

01962
4



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ELABORACION DE RELATORIAS PSICOANALITICAS
DE SESIONES DE GRUPO CON PACIENTES PSICOTICOS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGIA CLINICA:

P R E S E N T A :
JAVIER JAIME ESPINOSA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. MARCIA MORALES FIGUEROLA

COMITE DE TESIS: DRA. EMILY ITO R. SUGIYAMA
DR. JAIME WINKLER PYTOWSKY
DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ
DRA. LILIAN KLEIN STERN



**FACULTAD
DE PSICOLOGIA**

MEXICO, D. F.

2003

FALLA DE CUBRILLO

I



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

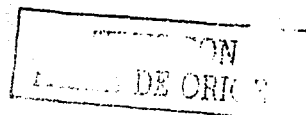
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

AGRADECIMIENTO

Un especial agradecimiento al **Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)**, porque gracias a la beca crédito que me otorgó, fue posible cursar estudios de posgrado en la Facultad de Psicología de la UNAM, y así contribuir al desarrollo profesional de servicios de salud mental en el ámbito de las ciencias humanas.

• • •



AGRADECIMIENTOS

A mi pareja Angela, por su paciencia y apoyo incondicional, a quien manifiesto mi gratitud por su colaboración en la captura de la tesis y que influyó de manera constante motivándome y sugiriendo modificaciones en la redacción y en la estructura de algunos capítulos.

A mis hijos Rodri y Dany, y a mi madre, quienes supieron esperar pacientemente el tiempo que no puede compartir con ellos, como hubiera querido; dedico este humilde trabajo.

A la Dra. Marcia Morales Figuerola tutora y analista, confidente y siempre respetuosa, quien me brindó su total confianza y apoyo para la elaboración de esta investigación. A los sinodales. A la Dra. Emily Ito Sugiyama, por la virtud de su paciencia, disciplina y método para coordinar el manuscrito en la parte técnica y por comprender mi disgrafía. Al Dr. Jaime Winkler Pytowski por su atención, espera y sugerencias en los puntos álgidos de este trabajo. Al Dr. José de Jesus González Nuñez que también fue mi analista y sabe de mis defectos y búsqueda personal, y quien ha demostrado siempre su disponibilidad, apoyo conocimiento y entrega al trabajo clínico. A la Dra. Lilian Klein Stern por su lectura atenta y siempre dispuesta a contribuir con el desarrollo de esta investigación.

A mis supervisores, por su enseñanza y comprensión, Dr. Abraham Manzano del Castillo y Mtro. Patricio Castro Albarrán.

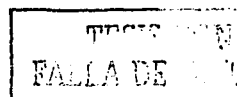
A los profesores de la maestría en psicología clínica y psicoanálisis, en especial a la Dra. Bertha Blum Grinberg, el Dr. Hugo Yoffe Brener y al Dr. David Ayala Murguía, fuentes de conocimiento y ejemplo, quienes cada uno a su estilo, han marcado en mi formación modelos de identificación a seguir.

A mis supervisores por su enseñanza y comprensión, Dr. Abraham Manzano del Castillo y Mtro. Patricio Castro Albarrán.

Expreso mi gratitud a mis colegas, con los que cursé la maestría en psicoanálisis y en especial a mis amigos, Verónica Gómez Mendoza, a Luis Pérez Alvarez y Miguel Angel Caballero Gutiérrez, que colaboraron escuchando con atención el proyecto de la tesis y me apoyaron incondicionalmente para continuar con el trabajo.

A mis amigos: Magda, Mari, Chava y Ur, que me escucharon y contuvieron mis emociones encontradas, al pasar momentos de estancamiento en el desarrollo de este trabajo.

Finalmente, deseo agradecer a los lectores y espero no defraudarlos con esta investigación.



I N D I C E

Resumen

Introducción

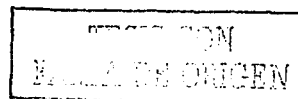
CAPITULO I.- TEORIA PSICOANALITICA DE LAS PSICOSIS EN FREUD..		1
1.1.	La concepción nosológica de Freud.....	2
1.2.	La actitud de Freud acerca del tratamiento psicoanalítico de las psicosis.....	7
1.3.	La concepción de la psicosis en Freud.....	10
1.3.1.	Neurosis de transferencia.....	10
1.3.2.	Las psicosis y la neurosis narcisista.....	12
1.3.2.1.	El concepto de la desmentida en las psicosis y la neurosis narcisista.....	13
1.3.2.2.	La organización de la libido en el autoerotismo (narcisismo primario), el narcisismo (secundario).....	14
1.3.2.3.	El autoerotismo (narcisismo primario).....	15
1.3.2.4.	El narcisismo como origen de la psicosis.....	16
1.3.2.5.	El pasaje del narcisismo secundario.....	17
1.3.2.6.	El narcisismo secundario como estructurador del yo.....	17
1.3.2.7.	En el narcisismo secundario se presenta la génesis de la paranoia, la melancolía y la manía.....	19
1.3.2.8.	El complejo de edipo y la angustia de castración.....	19
1.3.2.9.	El complejo de castración.....	21
1.3.2.10.	La desmentida y la castración.....	23
1.3.2.11.	El conflicto a nivel estructural.....	24
1.4.	La esquizofrenia.....	27
1.4.1.	El lenguaje de la esquizofrenia.....	28
1.5.	La paranoia.....	29
1.5.1.	El delirio de persecución.....	31
1.5.2.	El delirio erotomaniaco.....	32
1.5.3.	El delirio de grandeza.....	32
1.5.4.	La alucinación.....	33
1.6.	La melancolía.....	33
1.7.	La manía.....	37
CAPITULO II.- LA TEORIA Y TECNICA DEL DISPOSITIVO GRUPAL.....		40
2.1.	Antecedentes freudianos de la teoría psicoanalítica de grupo.....	40
2.2.	Los tres modelos del agrupamiento propuestos por Freud.....	41
2.2.1.	Primer modelo en <Tótem y tabú> 1912.....	41
2.2.2.	Segundo modelo en <Psicología de masas y análisis del yo> 1921.....	42
2.2.3.	Tercer modelo en <El malestar en la cultura> 1929.....	42
2.3.	El grupo.....	43
2.3.1.	La psicología y el grupo.....	44
2.3.2.	Los inicios de la clínica grupal en el psicoanálisis.....	46
2.4.	Los dispositivos grupales en E.U.A.....	46
2.4.1.	El primer dispositivo grupal para la psicosis.....	47
2.4.2.	Las terapias <por> el grupo y <en> grupo.....	48

2.4.3.	Los temas.....	49
2.4.3.1.	Síntomas y confesiones.....	49
2.4.3.2.	Psicología de valores.....	50
2.4.3.3.	Situaciones de emergencia.....	50
2.4.3.4.	Perspectiva histórica.....	50
2.4.3.5.	Consejos.....	50
2.4.3.6.	Relato y análisis de sueños.....	50
2.5.	Contribución inglesa al psicoanálisis de grupo.....	50
2.5.1.	Los supuestos básicos.....	50
2.5.2.	La matriz grupal.....	53
2.5.3.	La resonancia fantasmática.....	53
2.5.4.	El psicoanálisis de grupo.....	54
2.6.	La contribución francesa el trabajo psicoanalítico en los grupos.....	54
2.6.1.	El grupo como objeto.....	54
2.6.2.	El grupo como sueño.....	55
2.6.3.	La ilusión grupal.....	55
2.6.4.	El aparato psíquico grupal.....	56
2.6.5.	Las fantasías como prototipos de los grupos internos.....	59
2.6.6.	La polisemia del término grupo.....	60
2.6.7.	La realidad psíquica grupal.....	62
2.6.8.	El concepto de grupo interno.....	64
2.7.	El dispositivo grupal en Francia.....	66
2.7.1.	El dispositivo grupal kaésiano.....	67
2.7.2.	El encuadre del dispositivo grupal en el CEFRAP.....	67
2.7.3.	El funcionamiento del dispositivo grupal.....	67
2.7.3.1.	La regresión en los grupos terapéuticos.....	67
2.7.3.2.	La tópic del espacio grupal.....	68
2.7.3.3.	El contenido manifiesto.....	69
2.7.3.3.1.	El contenido latente.....	70
2.7.3.3.2.	Los mecanismos de defensa.....	71
2.7.3.3.3.	Los síntomas.....	72
2.7.4.	La resistencia grupal.....	73
2.7.5.	Transferencia y contratransferencia.....	74
2.7.5.1.	La transferencia en el grupo.....	75
2.7.5.2.	La transferencia hacia el monitor.....	75
2.7.5.3.	La transferencia hacia el grupo.....	75
2.7.5.4.	La transferencia hacia los otros.....	75
2.7.5.5.	La transferencia hacia el mundo exterior.....	75
2.7.5.6.	Una lectura de la transferencia del CEFRAP desde una postura kleiniana de grupo.....	76
2.7.5.7.	La contratransferencia.....	76
2.7.5.8.	Contratransferencia positiva y negativa.....	77
2.8.	La interpretación.....	78
2.8.1.	Intervenciones terapéuticas.....	79
2.9.	La supervisión.....	81
	CAPITULO III.- ELABORACION DEL PROTOCOLO.....	83
3.1.	Protocolos.....	84
3.2.	El protocolo.....	88
3.3.	Elementos que conforman el protocolo.....	8
3.4.	Introducción.....	89
3.4.1.	La ficha de identificación.....	91
3.4.2.	Los participantes en el grupo de pacientes y terapeuta.....	91

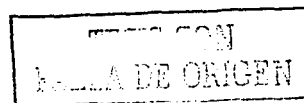
3.4.3.	La tópic del espacio grupal.....	91
3.4.4.	(I) Temas.....	92
3.4.5.	(II) La relatoria.....	93
3.4.5.1.	El contenido manifiesto.....	93
3.4.5.2.	El contenido latente.....	93
3.4.5.3.	Mecanismos de defensa.....	94
3.4.5.4.	Los síntomas.....	94
3.4.6.	(III) Procesos grupales.....	95
3.4.6.1.	Resistencia.....	96
3.4.6.2.	Los supuestos básicos.....	96
3.4.6.3.	Grupo interno.....	97
3.4.6.4.	La ilusión grupal.....	97
3.4.7.	(IV) Transferencia y contratransferencia.....	98
3.4.7.1.	Transferencia y contratransferencia: positiva y negativa.....	98
3.4.7.2.	La transferencia grupal.....	98
3.4.7.3.	La contratransferencia y el análisis personal del terapeuta.....	99
3.4.8.	(V) Intervenciones terapéuticas.....	100
3.4.9.	(VI) Supervisión.....	100
3.4.9.1.	Estrategias terapéuticas.....	100
3.4.9.2.	Prescripciones terapéuticas.....	100
3.4.10.	Observaciones.....	101
	Recapitulando.....	101

CAPITULO IV.- EL METODO..... 104

4.1.	El dispositivo grupal.....	106
4.2.	Objetivo general de la investigación.....	107
4.3.	Las funciones que cumple e protocolo.....	108
4.4.	Boceto del primer formato del protocolo.....	108
4.5.	Los jueces.....	108
4.6.	Versión final del protocolo.....	109
4.7.	Sujetos.....	110
4.7.1.	Criterios de inclusión de pacientes a grupo.....	110
4.7.2.	Criterios de exclusión.....	110
4.8.	Tópica del espacio grupal.....	111
4.9.	Terapeuta.....	112
4.10.	Procedimiento.....	112
4.10.1.	Revisión de expedientes.....	112
4.10.2.	Población/muestra.....	113
4.10.3.	Reclutamiento.....	113
4.10.4.	Las entrevistas grupales de selección.....	114
4.10.5.	Selección de pacientes.....	114
4.10.6.	Características de los grupos.....	115
4.10.7.	Características sociodemográficas de los grupos.....	116
4.10.8.	Espacio físico.....	117
4.10.9.	El encuadre.....	118
4.10.10.	El contrato terapéutico.....	118
4.11.	El instrumento.....	119
4.11.1.	Acopio de la información en el protocolo.....	120
4.11.2.	Supervisión.....	120
4.11.3.	La interpretación.....	121
4.12.	Sesión tipo.....	121
4.12.1.	El inicio de la primera sesión.....	122



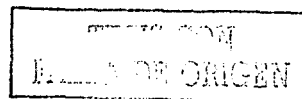
4.12.2.	El desarrollo de la segunda a la novena sesión.....	122
4.12.3.	El cierre de la décima sesión.....	122
4.13.	Las funciones del terapeuta durante el tratamiento.....	122
4.14.	El acopio de información en el formato del protocolo.....	123
CAPITULO V.- RESULTADOS E INTERPRETACION.....		125
5.1.	Análisis de datos sociodemográficos.....	125
5.1.1.	Selección de pacientes al tratamiento grupal.....	126
5.1.2.	Deserción.....	126
5.1.3.	El diagnóstico.....	126
5.1.4.	El género.....	126
5.1.5.	El rango de edad.....	127
5.1.6.	Estado civil.....	127
5.1.7.	Escolaridad.....	128
5.1.8.	Ocupación.....	128
5.1.9.	Religión.....	129
5.2.	Resultados e interpretación por Grupo.....	130
5.2.1.	Viñetas clínicas individuales Grupo A.....	130
5.2.1.1	Viñetas del Grupo A como un todo.....	137
5.2.1.2.	Topología del espacio grupal.....	137
5.2.1.3.	Temas.....	138
5.2.1.4.	Relatoría.....	139
5.2.1.4.1.	Contenido manifiesto.....	139
5.2.1.4.2.	Contenido latente.....	140
5.2.1.4.3.	Mecanismos de defensa.....	140
5.2.1.4.4.	Síntomas.....	140
5.2.1.5.	Procesos grupales.....	141
5.2.1.5.1.	Resistencia grupal.....	141
5.2.1.5.2.	Supuestos básicos.....	141
5.2.1.5.3.	Grupo interno.....	142
5.2.1.5.4.	Ilusión grupal.....	142
5.2.1.6.	Transferencia-contratransferencia.....	142
5.2.1.6.1.	Transferencia.....	143
5.2.1.6.2.	Contratransferencia.....	143
5.2.1.7.	Intervenciones terapéuticas.....	143
5.2.1.8.	Supervisión.....	143
5.2.1.8.1.	Prescripciones terapéuticas.....	144
5.2.1.9.	Observaciones.....	144
5.2.2.	Viñetas clínicas individuales Grupo B.....	145
5.2.2.1	Viñetas del Grupo B como un todo.....	151
5.2.2.2.	Topología del espacio grupal.....	151
5.2.2.3.	Temas.....	152
5.2.2.4.	Relatoría.....	152
5.2.2.4.1.	Contenido manifiesto.....	153
5.2.2.4.2.	Contenido latente.....	153
5.2.2.4.3.	Mecanismos de defensa.....	153
5.2.2.4.4.	Síntomas.....	153
5.2.2.5.	Procesos grupales.....	154
5.2.2.5.1.	Resistencia grupal.....	154
5.2.2.5.2.	Supuestos básicos.....	154
5.2.2.5.3.	Grupo interno.....	154
5.2.2.5.4.	Ilusión grupal.....	155



5.2.2.6.	Transferencia-contratransferencia.....	155
5.2.2.6.1.	Transferencia.....	155
5.2.2.6.2.	Contratransferencia.....	155
5.2.2.7.	Intervenciones terapéuticas.....	156
5.2.2.8.	Supervisión.....	156
5.2.2.8.1.	Estrategias terapéuticas.....	156
5.2.2.8.2.	Prescripciones terapéuticas.....	156
5.2.3.	Viñetas clínicas individuales Grupo C	157
5.2.3.1.	Viñetas del Grupo C como un todo	160
5.2.3.2.	Topología del espacio grupal.....	160
5.2.3.3.	Temas.....	161
5.2.3.4.	Relatoría.....	162
5.2.3.4.1.	Contenido manifiesto.....	162
5.2.3.4.2.	Contenido latente.....	162
5.2.3.4.3.	Mecanismos de defensa.....	162
5.2.3.4.4.	Síntomas.....	162
5.2.3.5.	Procesos grupales.....	163
5.2.3.5.1.	Resistencia grupal.....	163
5.2.3.5.2.	Supuestos básicos.....	163
5.2.3.5.3.	Grupo interno.....	163
5.2.3.5.4.	Ilusión grupal.....	163
5.2.3.6.	Transferencia-contratransferencia.....	164
5.2.3.6.1.	Transferencia.....	164
5.2.3.6.2.	Contratransferencia.....	164
5.2.3.7.	Intervenciones terapéuticas.....	164
5.2.3.8.	Supervisión.....	165
5.2.3.8.1.	Estrategias terapéuticas.....	165
5.2.3.8.2.	Prescripciones terapéuticas.....	165
5.2.3.9.	Observaciones.....	165
	Modificaciones al protocolo.....	165
5.3.	Análisis de resultados de los 3 grupos	167
5.3.1.	Elementos que conforman el protocolo.....	167
5.3.2.	Análisis de categorías de los grupos.....	167
5.3.2.1.	Los temas	168
5.3.2.1.1.	Síntomas y confesiones.....	168
5.3.2.1.2.	Perspectiva histórica.....	168
5.3.2.1.3.	Consejos.....	168
5.3.2.1.4.	Psicología de valores y metas de la psicoterapia.....	169
5.3.2.1.5.	Situaciones de emergencia.....	169
5.3.2.1.6.	Relato y análisis de sueños.....	169
5.3.2.2.	Relatoría	169
5.3.2.2.1.	Mecanismos de defensa.....	169
5.3.2.2.2.	Los síntomas.....	169
5.3.2.3.	Los procesos grupales	170
5.3.2.3.1.	La resistencia grupal.....	170
5.3.2.3.2.	Supuestos básicos.....	170
5.3.2.3.2.1.	Supuesto básico de ataque fuga.....	171
5.3.2.3.2.2.	Supuesto básico de apareamiento.....	172
5.3.2.3.2.3.	Supuesto básico de dependencia.....	172
5.3.2.3.3.	Grupo interno.....	172
5.3.2.3.3.1.	Imagen del cuerpo.....	173
5.3.2.3.3.2.	Fantasmática originaria.....	174
5.3.2.3.3.2.1.	Fantasmática intrauterina.....	174

5.3.2.3.3.2.2.	Fantasma de la escena primaria.....	174
5.3.2.3.3.2.3.	Fantasma de seducción.....	175
5.3.2.3.3.2.4.	Fantasma de castración.....	175
5.3.2.3.3.3.	Los complejos familiares.....	176
5.3.2.3.3.4.	Aparato psíquico grupal.....	177
5.3.2.3.4.	Ilusión grupal.....	177
5.3.2.4.	Transferencia-contratransferencia	178
5.3.2.4.1.	Transferencia central con el monitor.....	178
5.3.2.4.2.	Transferencia lateral (hacia los otros).....	179
5.3.2.4.3.	Transferencia de grupo (hacia el grupo).....	179
5.3.2.4.4.	Transferencia hacia el mundo externo.....	180
5.3.2.4.5.	Contratransferencia.....	180
5.3.2.5.	Intervenciones	181
5.3.2.5.1.	Horizontal con el grupo como un todo.....	181
5.3.2.5.2.	Vertical con un individuo.....	182
5.3.2.5.2.1.	Interrogar al paciente.....	182
5.3.2.5.2.2.	Proporcionar información.....	182
5.3.2.5.2.3.	Clarificar.....	182
5.3.2.5.2.4.	Recapitular.....	182
5.3.2.5.2.5.	Señalar.....	182
5.3.2.5.2.6.	Interpretar.....	183
5.3.2.5.2.7.	Sugerir.....	183
5.3.2.5.2.8.	Indicar.....	183
5.3.2.5.2.9.	Encuadrar la tarea.....	183
5.3.2.6.	Supervisión	184
 CAPITULO VI.- DISCUSION Y CONCLUSIONES		186
6.1	Discusión.....	186
6.1.1.	Criterios sociodemográficos.....	186
6.1.2.	El género.....	186
6.1.3.	El rango de edad.....	187
6.1.4.	Estado civil.....	187
6.1.5.	Escolaridad y ocupación.....	187
6.1.6.	Religión.....	187
6.1.7.	Criterios clínicos.....	187
6.1.8.	Diagnóstico.....	188
6.1.9.	Terapeuta y supervisor.....	188
6.2.	El encuadre y el contrato	188
6.2.1	Análisis de categorías de los grupos.....	188
6.2.2.	Criterios de exclusión.....	189
6.2.3.	Deserción.....	189
6.3.	Elementos que conforman el protocolo	189
6.3.1.	Ficha de identificación.....	191
6.3.2.	Participantes.....	191
6.3.3.	Los temas	191
6.3.3.1.	Síntomas y confesiones.....	191
6.3.3.2.	Perspectiva histórica.....	192
6.3.3.3.	Consejos.....	192
6.3.3.4.	Psicología de valores y metas de la psicoterapia.....	192
6.3.3.5.	Situaciones de emergencia.....	192
6.3.3.6	Relato y análisis de sueños.....	192

6.3.4.	Relatoría	193
6.3.4.1.	Contenidos latentes.....	193
6.3.4.2.	Mecanismos de defensa.....	193
6.3.4.3.	Síntomas.....	194
6.3.5.	Los procesos grupales	194
6.3.5.1.	Resistencia grupal.....	194
6.3.5.2.	Supuestos básicos.....	195
6.3.5.3.	Grupo interno.....	195
6.3.5.4.	Ilusión grupal.....	195
6.3.6.	Transferencia-contratransferencia	196
6.3.6.1.	Transferencia.....	196
6.3.6.2.	Contratransferencia.....	197
6.3.7.	Intervenciones	198
6.3.8.	Supervisión	198
6.3.9.	Conclusiones	199
6.3.9.1.	El protocolo.....	199
6.3.9.2.	El protocolo con pacientes psicóticos.....	202
6.3.9.3.	La teoría.....	203
6.3.9.4.	El tratamiento.....	204
6.3.9.5.	Costo beneficio grupal.....	205
6.3.9.6.	Espacio terapéutico.....	205
6.3.9.7.	Interacción y comunicación.....	206
6.3.9.8.	Tratamiento grupal.....	206
6.3.9.9.	Prevención de las crisis y recaídas.....	206
6.3.9.10.	Avances terapéuticos.....	207
6.3.9.11.	Limitaciones del estudio.....	208
	A manera de corolario.....	
	Referencias.....	
Anexo I	Primera versión del protocolo.....	
Anexo II	Versión definitiva del protocolo.....	
Anexo III	Manual de acopio del protocolo.....	
Anexo IV	Viñetas clínicas (sesiones inicial, intermedia y final Grupos A,B y C, respectivamente)	



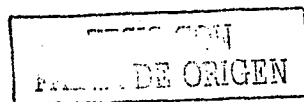
RESUMEN

El propósito de la investigación consistió en *generar, probar y analizar un protocolo* para <elaborar relatorías psicoanalíticas de grupo con pacientes psicóticos> que permitiera recabar información de lo sucedido en la clínica grupal, dando énfasis a lo escuchado y lo observado en el vínculo grupal, desde la óptica psicoanalítica, ya que esta perspectiva, pone el acento en las formaciones grupales promovidas por el <inconsciente y la realidad psíquica> que estructuran la experiencia clínica, por lo que se considera necesario hacer un registro y transcripción de las sesiones, para finalmente analizarlas e interpretarlas.

El protocolo se puso a prueba con tres grupos de pacientes psicóticos, que cumplieron los requisitos de inclusión. De un total de 39, se seleccionaron a 22 participantes de ambos sexos, los cuales se distribuyeron en dos grupos, el A y el B con 11 participantes cada uno, y un tercer grupo el C que se constituyó con 15 participantes de los grupos previos que solicitaron continuar el tratamiento. Los participantes estaban exentos de daño orgánico cerebral. Todos tenían la capacidad de comunicarse verbalmente, eran capaces de seguir instrucciones básicas y se encontraban bajo control médico psiquiátrico. Además ninguno se encontraba bajo un estado de crisis que irrumpiera el tratamiento, con agresiones físicas o intentos suicidas. Para mayor información se incluye una viñeta clínica por participante.

El trabajo clínico se llevó a cabo en la modalidad de la <psicoterapia de grupo>. El encuadre fue psicoanalítico donde se expresó la regla de la <libre asociación de los pacientes y la abstención por parte de los integrantes del grupo y analista de toda relación no exigida por la escucha>. Se elaboró un contrato terapéutico de 10 sesiones por grupo con tres etapas de inicio, desarrollo y cierre, respectivamente. En total se registraron 30 sesiones y se cuenta con igual número de protocolos. Estos fueron analizados e interpretados, por *rubro*, por *sesión*, por *grupo* y finalmente, se hizo un escrutinio de los tres grupos para saber si el protocolo cubría con la *teoría, el método y la supervisión psicoanalítica*.

Se llegó a la conclusión de que el protocolo fue suficiente para elaborar "relatorías psicoanalíticas con pacientes psicóticos", y que cumplió con los criterios del método psicoanalítico de grupo.



INTRODUCCION

La composición de esta investigación fue un esfuerzo continuo de reflexión y búsqueda sobre mi práctica clínica con grupos de pacientes psicóticos, que pasó de ser un evento empírico para convertirse en una investigación estructurada de alcances teóricos, metodológicos y técnicos.

En este sentido el aporte que ofrezco a los lectores es la construcción de un <protocolo> de investigación para elaborar relatorías psicoanalíticas de grupo con pacientes psicóticos.

En el campo psicoanalítico de los grupos existe una carencia importante de investigación, para documentar y dar seguimiento a los tratamientos (Dies, 1995). Los protocolos que existen están diseñados para tratamiento en las neurosis (Zimmermann 1969; Foulkes, 1986; Anzieu y Kaës, 1976), y pocos son los casos documentados en las psicosis (Stone, 1995), situación que hace de esta investigación una propuesta novedosa.

En esta investigación se proponen los elementos para la articulación de un formato o protocolo, para una comprensión de los <productos del inconsciente en el dispositivo grupal con psicóticos>. El instrumento surgió como una necesidad personal de investigación en los contenidos de las sesiones de grupo de corte psicoanalítico, cuyo fin fue documentar y dar seguimiento, mediante registros cualitativos, a los tratamientos de grupo.

Esta investigación tuvo como objetivo generar, probar y analizar un <protocolo> para la obtención de información de los fenómenos grupales sucedidos en el tratamiento con pacientes psicóticos.

Genéricamente el formato se denominó <Protocolo de registro de sesiones de grupo>, y en su especificidad se le asignó el título de <Relatorías psicoanalíticas de sesiones de grupo con pacientes psicóticos>. El protocolo permite informar los sucesos clínicos básicos que se podrían observar, escuchar, analizar e interpretar en los tratamientos grupales.

En lo particular, el protocolo tiene como función ser un instrumento que permite documentar cada una de las sesiones; y en lo general, posibilita recabar información <como un todo>, es decir como un proceso clínico susceptible de ser investigado desde su inicio hasta el final, con el marco teórico psicoanalítico. El protocolo se llevó a cabo bajo el tratamiento del <dispositivo grupal> y el instrumento se probó con tres grupos de pacientes psicóticos.

El formato permite elaborar investigaciones clínicas, posibilita la evaluación y seguimiento cualitativo del tratamiento, permite generar estrategias terapéuticas y funciona para el aprendizaje de terapeutas grupales en formación.

Para llevar a cabo este objetivo fue necesaria una investigación teórica y técnica de los modelos de protocolos propuestos por analistas de grupo como Bion, Foulkes, Anzieu, Kaës y Bach, entre otros, y adaptar y modificar los modelos propuestos por estos autores, así como recuperar los elementos que constituyen el formato, y que ya habían sido probados con grupos psicóticos.

Para alcanzar los objetivos, fue necesario introducir el campo psicoanalítico de las psicosis. En el Capítulo I se explica *la teoría psicoanalítica de las psicosis desde la concepción freudiana*. En el Capítulo II se expone *la teoría y técnica del dispositivo grupal* desde el trabajo clínico propuesto por el CEFRAP y en especial desde la concepción de Kaës sobre la <realidad psíquica grupal>. En el Capítulo III se construyó la base técnica para *la elaboración del protocolo y las categorías* que lo conforman <los temas, la relatoria, los procesos grupales, la transferencia-contratransferencia, la intervenciones terapéuticas y la supervisión>, el formato que se propone no es un modelo rígido, es permeable y permite el acceso a modificaciones con sustento clínico. Las categorías no son una yuxtaposición de elementos, más bien responden a un conjunto de categorías estructuras, donde cada rubro encuentra relación recíproca con el marco teórico, el dispositivo grupal y la clínica. El Capítulo IV dedicado al *Método*, se da el sustento del procedimiento en el que se probó el protocolo; documentándose el objetivo de la investigación y las particularidades del procedimiento, allí mismo se informa cómo se llevó a cabo la investigación, para probar, analizar e interpretar el protocolo, también se documentan e informan, los pormenores sobre la selección de los pacientes, el encuadre, el contrato terapéutico y la explicación del tratamiento. En el capítulo V se presentan los *resultados e interpretación* de la investigación de los tres grupos sujetos de estudio. Finalmente, en el Capítulo VI se expone *la discusión y conclusiones que arrojó esta investigación*. La parte de los anexos incluye: <la versión preliminar y la versión final del protocolo>, así como un pequeño <manual> que indica cómo elaborar el registro de las sesiones en el protocolo y finalmente se ilustran tres viñetas clínicas de sesiones de grupo, en las que se muestra, el inicio, la fase intermedia y final del tratamiento, con diferentes grupos a fin de que el lector pueda apreciar las relatorias en diferentes momentos del tratamiento.

Finalmente espero no defraudar ni a los lectores, ni a los autores, en especial a René Kaës quien fue la fuente inspiradora, tanto en el terreno teórico como clínico y metodológico para la fundamentación de esta investigación. La aportación que hago en esta investigación es sencilla y humilde ante el vasto campo de la clínica grupal, es sólo una forma estructurada para tratar de entender, lo que se pudo observar, escuchar e interpretar en los grupos psicoanalíticos con pacientes psicóticos y a la vez es un homenaje a los autores de la clínica grupal.

IMPRESION
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO I

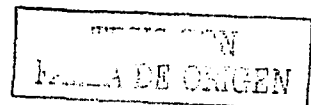
TEORIA PSICOANALITICA DE LAS PSICOSIS EN FREUD

"Doctor, los locos somos sólo otro cosmos, con otras estrellas, con otro sol: No somos lo más bajo; sólo somos otros. Lo otro, lo no ortodoxo. Otro horóscopo nos tocó, otro polvo nos formó los ojos, como formó los almas a los osos o los chepos o los hongos. Todos somos colonos, sólo colonos. Nosotras somos las locas, otros son los leños, otros topas o zoológicos o, como vosotras, ontólogos, yo no los compongo con shocks, no los tranco, no los rompo, no los normo"

Oscar de la Forbolla . Las vocales malditas

"La indagación psicoanalítica de la paranoia sería de todo punto imposible si los enfermos no poseyeran la peculiaridad de traslucir, aunque en forma desfigurada, justamente aquello que los otros neuróticos esconden como secreto.

Freud (caso Schreberpp. 11)



CAPITULO I

ESTADO CON
FALLA DE ORIGEN

TEORIA PSICOANALITICA DE LAS PSICOSIS EN FREUD

1.1. La concepción nosológica de Freud

En este capítulo desglosaré de manera sucinta la *concepción nosológica de Freud*, para guiar el marco teórico que fundamenta este escrito, y para evitar con ello, eventuales confusiones. Desde el inicio se presenta la nosología psicoanalítica, para poder diferenciar el trabajo de las neurosis¹, con respecto a las psicosis²; siendo la segunda, la más importante para la presente investigación. Por otra parte, enunciaré *la actitud de Freud ante las psicosis*, y finalmente se explicará el aporte de Freud a la *concepción psicoanalítica de las psicosis*.

Freud en su obra psicoanalítica, dedica el mayor esfuerzo a formular la psicogénesis de las patologías presentes en su formación clínica. Inicia con la histeria, demostrando su origen psicógeno en un conflicto sexual y hace a un lado el fundamento orgánico que no tenía esta patología. Lo mismo hizo cuando se encontró con una serie de patologías las cuales fue articulando en su teoría, como son: las representaciones obsesivas, la angustia, las fobias, algunas psicosis alucinatorias, la paranoia, y la melancolía, entre otras.

El legado freudiano, presenta un matiz heurístico alrededor de la clínica, el cual va modificando a lo largo de su vasta obra. Estas modificaciones incluyen tanto a la teoría, como al método. La clínica entre el analista y el analizado en su campo de intercambio, le imponían nuevos conocimientos que cada vez iba mejorando, y con su acostumbrado tesón, iba reconociendo eventuales errores de interpretación, que no le dejaban satisfecho.

A nivel teórico por ejemplo -dicho sea de paso- Freud inició su trabajo clínico respetando la nosología de su tiempo propuesta por sus maestros como Charcot y Breuer, así como de los psicopatólogos de su época como Janet, entre otros. Sin embargo su incursión clínica le imponía modificaciones teóricas, hasta el punto de cuestionar a sus maestros y promover una nueva nomenclatura más ligada a sus descubrimientos, por ejemplo, como sucedió con lo que hoy conocemos como histeria.

¹ Laplanche y Pontalis en el diccionario de psicoanálisis (1983:236). "Al parecer, el término <neurosis> fue introducido por William Cullen (médico escocés) en un tratado de medicina aparecido en 1777. First Lines of the Practice of Psysics. La segunda parte de su obra se titula Neurosis or Nervous Disease, y trata no solamente de enfermedades mentales o <vesanias>, sino también de la dispepsia, las palpitaciones cardíacas, el cólico, la hipocondría y la histeria. (idem:321) "El término Neurosis implica una clasificación de tipo etiológico -enfermedades funcionales de los nervios-"

² Laplanche y Pontalis (1983:321) "La aparición del término <psicosis> en el siglo XIX marca una evolución que condujo a erigir a las enfermedades mentales, diferenciándolas no sólo de las enfermedades del cerebro o de los nervios, como enfermedades del cuerpo, sino también de lo que la tradición filosófica consideraba como <enfermedades del alma>, el error y el pecado".

En su artículo sobre *las psiconeurosis de defensa* (1894, Vol. III: 48) Freud explica que Janet consideraba, que "la escisión de la conciencia es un rasgo primario de la alteración histérica; tiene por base una endebles innata de la aptitud para la síntesis psíquica, un estrechamiento del <campo de conciencia>, como estigma psíquico testimonia la degeneración de los individuos histéricos". Mientras que Breuer contraponía su trabajo teórico de la siguiente manera, consideraba que (Idem:48) la <base y condición> de la histeria era el advenimiento de unos estados de conciencia peculiarmente oníricos y con una aptitud limitada para la asociación, a los que propone llamar <estados hipnoides>".

Más adelante, Freud argumenta que encontró una tercera forma de histeria, en la cual la escisión de conciencia no tiene ningún papel importante y que será correlato de un proceso traumático, donde se tramitará y curará por la abreacción y que se denomina histeria de retención.

Categorícamente descalifica el trabajo de Janet y comunica que (Idem:49) "sólo he de considerar aquí la segunda forma de histeria, que yo designaré como *histeria de defensa*, separándola así de la histeria *hipnoide* y de la histeria de *retención*."

Entonces ¿ a qué llamaba Freud histeria de defensa? ni más ni menos que a la *histeria de conversión*, que en este artículo teorizó la génesis del síntoma neurótico como sigue (Idem:49) "la tarea que el yo defensor se impone, tratar <como no acontecida> la representación inconciliable, es directamente insoluble para él; una vez que la huella mnémica y el afecto adherido a la representación están ahí, ya no se los puede extirpar. Por eso equivale a una solución aproximada de esta tarea de *convertir esta representación intensa en una débil*, arrancarle el afecto, la suma de excitación que sobre ella gravita. Entonces esta representación débil dejará de plantear totalmente exigencias al trabajo asociativo; *empero la suma de excitación divorciada de ella tiene que ser aplicada a otro empleo*."

Hasta aquí son iguales los procesos en la histeria y en las fobias y representaciones obsesivas; desde este punto los caminos se separan. En la histeria, el modo de volver inocua la representación inconciliable, es *trasponer a lo corporal la suma de excitación*, para lo cual yo propondría el nombre de *conversión*. La conversión puede ser total o parcial, y sobrevendrá en aquella inervación motriz o sensorial que mantenga un nexo, más íntimo o más laxo, con la vivencia traumática".

La nota anterior, permite ilustrar por una parte, el trabajo teórico freudiano acerca de la nosología y su tesón para confrontar argumentaciones que no presentaban un sustento clínico y teórico consecuente, y que será puente para articular cuando se describa, el trabajo teórico de la psicosis.

Para 1915, Freud tenía formulada la primera teoría del aparato psíquico en la concepción metapsicológica: tópica (Icc-Prcc-Cc), dinámica (el conflicto intrapsíquico) y económica (distribución de la energía psíquica -invertidura, contrainvertidura y sobreinvertidura) que se revisarán brevemente en la teoría de las psicosis.

Es en este año, cuando Freud ya tenía mejor delimitado su campo clínico, separando y **contraponiendo las neurosis actuales de las psiconeurosis**. No me detendré aquí a diferenciar cada uno de los cuadros clínicos, ni de los artículos, ya que ésto desviaría la atención.

En ese momento las **neurosis actuales** se subclasificaban en: 1) neurosis de angustia, 2) neurastenia. -y posteriormente Freud incluyó- 3) la hipocondría.

Laplanche y Pontalis (1983:240) comentan que "el origen de las neurosis actuales no debe buscarse en los conflictos infantiles, sino en el presente, y los síntomas no constituyen una expresión simbólica y sobredeterminada, sino que resultaban directamente de la falta de adecuación de la satisfacción sexual".

Por otra parte las **psiconeurosis** se subdividían en: **psiconeurosis de transferencia y psiconeurosis narcisistas**.

- I) Las **psiconeurosis de transferencia** se subclasificaban a su vez en: 1) Histeria de conversión, 2) Neurosis obsesiva y 3) Fobias, a las que luego denominó y trabajó como histeria de angustia.
- II) Las **psiconeurosis narcisistas**, se subdividen en trabajos freudianos de diferentes épocas donde incluía: 1) la psicosis alucinatoria/confusional, la demencia praecox (esquizofrenia), 2) la paranoia³, 3) la melancolía (depresión psicótica).

En lo referente a las **psiconeurosis de transferencia**, Escriben Laplanche y Pontalis (Idem:319-320) los "síntomas constituyen la expresión simbólica de los conflictos infantiles". Por una parte, la **represión** va a significar uno de los descubrimientos freudianos de más trascendencia, y será el mecanismo que sustentará la base de las psiconeurosis, por otro lado sentará las bases para constituir, la elaboración de la teoría de la 1ª tópica freudiana. Mientras que las **psiconeurosis narcisistas** se caracterizan por haber cancelado el vínculo erótico con los objetos y las personas, teorización que Freud retomaría de Abraham y al respecto comenta Freud, en la *conferencia 26 dedicada a la teoría de la libido y el narcisismo* (1917.vol. XVI:378) "ya en 1908, Karl Abraham, tras un intercambio de ideas conmigo, formuló la tesis de que el carácter principal de la *dementia praecox* (incluida entre las psicosis) consiste en que en ella falta la investidura libidinal de los objetos", y esta investidura <es revertida al yo, y esta reversión reflexiva es la fuente del delirio de grandeza de la demencia praecox>.", continua Freud (Idem:378) "Les diré que estas primeras concepciones de Abraham se conservaron en el psicoanálisis y se convirtieron en la base de la posición que adoptamos hacia las psicosis."

Es importante hacer una aclaración terminológica, acerca del concepto de **dementia praecox**, en la *introducción al narcisismo*, Freud (1914, Vol. XIV:72), propuso denominar como <parafrenicos> a las psicosis que Kraepelin clasificó como *Dementia Praecox* y que Breuler nombró *Esquizofrenia*.

³ Freud (1911:70) Comenta "Más sustantivo me parece conservar la paranoia como un tipo clínico independiente, aunque su cuadro haría a menudo se complique con rasgos esquizofrénicos"

Es conocido en el ámbito clínico como Freud cedió a la nomenclatura de Breuer⁴ que hasta la fecha impera en la clasificación en una de las ramificaciones en que se dividen las psicosis, y que él mismo Freud a lo largo del citado texto utilizará en varios momentos de manera sinónima, por ejemplo decía (Idem:73) "Entiéndase bien: no pretendo aquí aclarar el problema de la esquizofrenia ni profundizar en él, sino sólo recopilar lo dicho en otros lugares, a fin de justificar la introducción al narcisismo".

En el siguiente corte nosológico ya se puede apreciar la incursión de Freud en la segunda teorización de aparato psíquico

Para 1924, el trabajo nosológico de Freud, quedó de la siguiente forma.

- I) **neurosis actuales** (neurosis de angustia, neurastenia e hipocondría)
- II) **neurosis** (histeria de angustia, histeria de conversión y neurosis obsesiva)
- III) **neurosis narcisistas** (melancolía)⁵
- IV) **psicosis** (esquizofrenia, paranoia y manía)⁶)

En el artículo de *Neurosis y psicosis* (1924. Vol. XIX:158) Freud formularía que: "la neurosis de transferencia corresponde al conflicto entre el yo y el ello, **la neurosis narcisista al conflicto entre el yo y el superyó, la psicosis entre el yo y el mundo exterior**". (las negritas son mías)

Según Laplanche y Pontalis (1983:238) la clasificación del siglo XX en la década de los 80's, la nosología psicoanalítica, quedaría conformada como sigue:

- I) afecciones psicosomáticas
- II) neurosis
- III) psicosis (paranoia, esquizofrenia, depresión psicótica y psicosis maniaco depresiva)

El concepto de narcisismo, dentro de la concepción nosológica psiquiátrica actual, prácticamente ha desaparecido, pero no en la clínica psicoanalítica. Sin embargo actualmente **de manera errónea, varios autores, utilizan el concepto de narcisismo como sinónimo de psicosis**, como nos lo recuerda y lo demuestra Crespo (1992. Vol:14). "Freud en sus escritos había definido siempre a todo conjunto de psicosis en términos de <neurosis narcisistas>, cambia de parecer en 1924, limitando el empleo del término a las afecciones de tipo melancólico, diferenciando las neurosis narcisistas tanto de las neurosis de transferencia como de las psicosis".

⁴ Miller en su artículo sobre esquizofrenia y paranoia, en psicosis y psicoanálisis, comenta (1985:11) "Pues bien ¿ en qué se transforma el concepto de demencia precoz?. En el de esquizofrenia. Puede decirse que el concepto de esquizofrenia, en la guerra conceptual, ha triunfado completamente sobre la demencia precoz. Quiero decir que el concepto de esquizofrenia es popular y el de demencia precoz fue claramente superado por ese concepto bleuleriano de esquizofrenia "

⁵ Hoy conocida en los manuales psiquiátricos como el DSM IV y el CIE 10 como depresión con síntomas psicóticos

⁶ La manía, también conocida como psicosis maniaco depresiva actualmente se le clasifica en los trastornos del humor.

TRABAJO
FALLA DE ORIGEN

En palabras de Freud, en su artículo *El yo y el ello* (1923. Vol.XIX:158) expresa: "La melancolía es un paradigma de este grupo, por lo cual reclamaríamos para esas perturbaciones el nombre de <psiconeurosis narcisistas> y en verdad no desentonaría con nuestras impresiones que hallásemos motivos para separar de las otras psicosis, estados como la melancolía".

En esta tesis se trabajará con la clasificación de Laplanche y Pontalis de la psicosis donde además, quedan incluidas las psicosis posparto y las psicosis reactivas breves (sin etiología orgánica).

Quedaría para este breve pasaje nosológico una pregunta, ¿dónde quedaron las perversiones? Laplanche y Pontalis (1983:272-3) dan un breve comentario. "El estudio sistemático de las perversiones sexuales estaba a la orden del día cuando Freud comenzó a elaborar su teoría de la sexualidad (psychopathia sexualis de Kraft-Ebing, 1893; *Studies in the Psychology of Sex*, 1897). Si estos trabajos describían ya el conjunto de las perversiones sexuales del adulto, la originalidad de Freud consistió en encontrar, en el hecho de la perversión, un punto de apoyo para poner en tela de juicio la definición tradicional de la sexualidad. "(loc.cit)" La predisposición a la perversión no es algo raro y especial, sino una parte de la constitución llamada normal>; lo viene a confirmar y explicar la existencia de una sexualidad infantil. Esta, en la medida en que se halla sometida al juego de las pulsiones parciales, íntimamente ligada a la diversidad de las zonas erógenas, y en tanto que se desarrolla antes de establecerse las funciones genitales propiamente dichas, puede describirse como <disposición perversa polímorfa>. Desde este punto de vista, la perversión adulta aparece como la persistencia o reaparición de un componente parcial de la sexualidad. Ulteriormente el reconocimiento por Freud, dentro de la sexualidad infantil, de fases de organización libidinal y de una evolución en la elección de objeto, permitirá precisar esta definición (fijación a una fase, a un tipo de elección objeto), las perversiones serían una regresión a una fijación anterior de la libido".

Lo anterior da pauta para pensar que Freud no contemplaba hacer una clasificación de las perversiones, sino trabajar sus orígenes, y como ésta, se podía comparar incluso con las psicosis, en cuanto al mecanismo de la desmentida, que se trabajará con más detalle en la parte teórica dedicada a las psicosis.⁷

FALLA DE ORIGEN

⁷ La clasificación al inicio de este siglo (XXI) no se trabaja aquí debido a que algunas de las múltiples escuelas psicoanalíticas hacen su análisis y se ajustan a los criterios de los trastornos mentales agrupados, ya sea por el DSM IV o el CIE 10, mientras que otras se abstienen por completo de su utilización. Como ejemplo de estas últimas tenemos la escuela lacaniana francesa que incluye una clasificación de tres categorías a saber: las neurosis, las perversiones y las psicosis, mientras en la escuela norteamericana incluye, además de las clasificaciones oficiales mencionadas un apartado de trastornos fronterizos de la personalidad, que clínicamente ubican a personas con patologías, que comparten, tanto rasgos clínicos de las neurosis, como de la psicosis, oscilando la categoría fronteriza entre ambas patologías, sin que el sujeto pierda por completo el contacto con la realidad. Como se puede apreciar, éste merece una tesis aparte.

1.2 La actitud de Freud acerca del tratamiento psicoanalítico de las psicosis

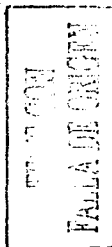
La actitud de Freud ante las psicosis es descrita en varios artículos, la cual fue modificando parcialmente conforme sus descubrimientos teóricos y técnicos en la clínica le permitían una nueva apreciación del fenómeno psicótico. En su trabajo *Sobre psicoterapia* (1904-1905. Vol. VII:253) describe la diferencia del psicoanálisis con respecto a la sugestión hipnótica y la catarsis. En ese texto expresa los criterios de selección para pacientes que podrán ser sujetos del tratamiento psicoanalítico y de ello comenta: "Si se quiere actuar sobre seguro, es preciso limitar la elección de personas que posean un estado normal, pues en el procedimiento psicoanalítico nos apoyamos en él para apropiarnos de lo patológico: Las psicosis los estados de confusión y de desazón profunda (dirá, toxica) son pues, inapropiados para el psicoanálisis, al menos tal y como hoy lo practicamos. No descarto totalmente que una modificación apropiada del **procedimiento** nos permita superar esa contradicción y abordar así una psicoterapia de las psicosis". (las negritas son mías). Aquí Freud reconoce la modificación del procedimiento, es decir del método, -la cura psicoanalítica como estrategia- y no la teoría de la psicosis.

El método privilegiado para entonces estaba centrado en la asociación libre, sin dar más explicación, parece que Freud estaría en una actitud donde una participación más activa del analista en la psicosis podría dar mejores resultados. Con el tiempo los analistas trabajarían tanto la teoría, como la modificación en el procedimiento, por diferentes autores como: Klein y Lacan⁸, entre otros.

Posteriormente en el *caso Schreber* (1911) Freud refrendará y articulará con más precisión una explicación de la proyección y definirá cómo se conforman las ideas delirantes, en un fino escrutinio del mecanismo de la proyección. Allí redacta uno de los cinco historiales clínicos⁹ más famosos y documentados del autor y de mayor peso teórico-clínico; demostrando que sus aportaciones teóricas, podían explicar los mecanismos psíquicos de las estructuras clínicas con patología severa, que a su paso encontraba. Freud explica cual es el trabajo del psicoanalista en la psicosis (Idem:11): "El psicoanalista trae, de la noticia que tiene sobre las psiconeurosis, la conjetura de que las formaciones de pensamiento tan extravagantes, tan apartadas del pensar ordinario de los hombres, se han originado en las mociones más universales y comprensibles de la vida anímica; **le gustaría por eso, conocer los motivos y los caminos de esa transformación: Con ese propósito ahondará de buena gana en la historia del desarrollo así como en los detalles del delirio**". (las negritas son mías). Para Freud entender los fenómenos clínicos, era la base para sustentar la teoría psicoanalítica. En este párrafo podemos observar,

⁸ Con Klein y Lacan se dio un trabajo de aportación sobre las psicosis. Con lecturas y prácticas diferentes del psicoanálisis Freudiano que no se revisarán en este trabajo.

⁹ Los cinco casos clínicos son: Fragmento de análisis de un caso de histeria-caso de Dora-(1905. Vol:VII); Análisis de la fobia de un niño de cinco años -caso del pequeño Hans- (1909.vol X); a propósito de un caso de neurosis obsesiva-caso del hombre de las ratas-(1909.Vol. X); Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente <caso Schreber> (1910-11.Vol:XI); De la historia de una neurosis infantil (1914-1918:Vol.XVII)



cómo el énfasis, ahora lo hace en el origen, el itinerario y el delirio. Baste decir que el acento es teórico.

Más adelante afirma (Idem:29) "Los psicoanalistas, profesamos hasta ahora la opinión de que las raíces de toda enfermedad nerviosa y psíquica se encuentran de preferencia en la **vida sexual**, algunos lo hacemos sólo fundados en la experiencia, y los otros, además de ello, en virtud de consideraciones teóricas". (las negritas y cursivas son mías).

Entonces la psicogénesis, tanto de las neurosis como de las psicosis tienen como raíz una etiología sexual

En el artículo sobre la *introducción al narcisismo* (1914. Vol. XIV. 72) Freud insistía en su actitud ante la psicosis, de la siguiente manera: "Los enfermos que he propuesto designar <parafrénicos> (esquizofrénicos) muestran dos rasgos fundamentales de carácter: el **delirio de grandeza** y el **extrañamiento de su interés respecto al mundo exterior** (personas y cosas). Esta última aseveración los hace inmunes al psicoanálisis, los hace incurables para nuestros empeños". (las negritas son mías) Es preciso reconocer que, este artículo está fundamentado en su teoría de la libido a fin de esclarecer el narcisismo primario y secundario.

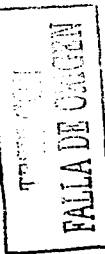
Más adelante Freud explica (Idem.72) "los parafrénicos (esquizofrénicos), parecen haber retirado realmente su libido de las personas, pero sin sustituirlas por otras en su fantasía. Y cuando esto último ocurre, parece ser algo secundario y corresponde a un intento de curación que quiere reconducir la libido al objeto".

Entonces los psicóticos han cancelado el vínculo con las personas y las cosas, situación que no sucede en la neurosis de transferencia (neurosis de histeria y la neurosis obsesiva), donde estos últimos han resignado su vínculo con la realidad sin cancelar el vínculo erótico con las personas, que sustituyen por la fantasía.

Aquí el acento freudiano recae en la clínica, en la teoría y por ende en la cura, esto genera demarcaciones teóricas, que alejan a los psicóticos del tratamiento psicoanalítico, ya que el psicótico no tiene objeto externo a quien dirigir la libido (que claro, incluye al analista) y en las neurosis sí.

A la fecha las psicosis no tiene cura: existen tratamientos farmacológicos, psicológicos, sociales y multidisciplinarios que modifican síntomas y algunos otros quitan momentáneamente el malestar, pero sin lograr la erradicación del padecimiento.

En la *conferencia 16ª sobre Psicoanálisis y psiquiatría*. (1917. Vol. XVI. parte III:234) Freud hace un análisis de una mujer de 53 años que padecía de delirio de celos, donde compara el trabajo del psiquiatra y el del psicoanalista, con respecto su labor clínica en las psicosis, y concluye que la psiquiatría no puede hacer nada más que el diagnóstico y el pronóstico de tal padecimiento; sin embargo **al psicoanálisis le queda el trabajo del delirio**. Freud se pregunta ¿podría influir el psicoanálisis sobre las ideas delirantes, conociendo los mecanismos de los síntomas? Responde



(Idem:234) "No señores, no puede, al menos provisionalmente, es tan impotente contra la enfermedad como cualquier otra terapia. Podemos comprender, es verdad, lo que ha ocurrido dentro del enfermo, pero no tenemos medio alguno para hacer que él mismo lo comprenda.

¿Afirmarán por ello que el análisis de esos casos es desestimable porque no arroja fruto? Creo que no, en modo alguno. Tenemos el derecho, más aún el deber, de cultivar la **investigación** sin mirar por un efecto útil inmediato". Continúa Freud "las ideas delirantes, seguirían siendo, con pleno derecho un medio insustituible de la investigación científica". Finaliza " en el caso de estas enfermedades, de difícil acceso por otras vías, obtenemos, en ciertas condiciones, éxitos que no les van a la zaga a otros cualesquiera en el campo de la medicina clínica." De este artículo podemos, rescatar nuevamente el interés acerca del delirio y la importancia que tiene en la investigación, así como las aportaciones psicoanalíticas del momento, que permitían descifrar el mensaje del delirio.

En la 27ª Conferencia sobre la transferencia Freud (Idem:406) explica "La observación permite conocer que los que adolecen de **neurosis narcisistas no tienen ninguna capacidad de transferencia o solo unos restos insuficientes de ella**; rechazan al médico, no con la hostilidad, sino con la indiferencia. Por eso éste no puede influirlos lo que dice los dejará fríos, no les causa ninguna impresión, y entonces no puede establecer en ellos el mismo mecanismo de curación que implantamos en los otros, a saber, la renovación del conflicto patógeno y la superación de la resistencia de la represión. Permanecen tal cual son". (las negritas son mías) Quizá sea este artículo junto, con el de introducción al narcisismo, los que generaron en los analistas freudianos, una actitud de rechazo para el trabajo con los psicóticos.

En éste como en los anteriores trabajos Freud deja claro, que las psicosis son susceptibles de teorizarse, pero no de cura, es decir, de incidir en la conducta y los fenómenos psicóticos.

Resumiendo, la actitud freudiana cambió de acuerdo al momento clínico y teórico en el que se encontraba. Al principio en 1905, las modificaciones para tratar las psicosis, necesitarían *un cambio en el procedimiento, luego en 1911 a nivel teórico*, reconoce que puede trabajar con el origen de las ideas delirantes y teoriza el análisis de una *dementia praecox* (caso Schreber), en el que explica el mecanismo de la proyección y la formación de ideas delirantes, en otro momento, en 1914, en la introducción al narcisismo, encuentra un dique, que le sugiere la imposibilidad de la cura a *los psicóticos, ya que además del delirio, estas personas presentan un extrañamiento ante las personas y las cosas. Donde descubre que el psicótico no puede reconocer al analista como objeto*. Para 1917 reconoce a las ideas delirantes como un evento insustituible para la investigación psicoanalítica y concluye, en el mismo año, que en la relación analítica entre el analista y el analizado, los psicóticos *no transfieren*, es decir no pueden reeditar sus conflictos psíquicos con el analista, limita por completo su cura. Sin embargo reconocía las contribuciones teóricas que le traía la reflexión, acerca de sus pacientes psicóticos. Escribe Freud (1917:79) "Un estudio directo del narcisismo me parece bloqueado por dificultades particulares: La

700 1000
FALLA DE ORIGEN

principal vía de acceso a él seguirá siendo el análisis de las parafrenias (esquizofrenias): Así como las neurosis de transferencia nos posibilitaron rastrear las mociones pulsionales libidinosas, la demencia praecox y la paranoia nos permitirá inteligir la psicología del yo".

Hasta aquí el panorama, parece desalentador, pero siguiendo las sugerencias de Freud algunos analistas dieron el nuevo paso, reconsideraron el método. Se adhirieron a las teorizaciones de la primera tópica y otros a la segunda tópica. Encontraron la especificidad de la relación transferencial con los psicóticos y la posibilidad de la cura:

El camino vuelve abrirse y se transita en él. A medio siglo que ha pasado, ya hay algunos frutos, que se han producido con Klein y Bion principalmente. Otros más como Lacan comentarán, que no se puede trabajar las psicosis desde la teoría de las neurosis de transferencia, por lo que articula una nueva aproximación teórica al fenómeno de las psicosis que no se tratará en este escrito.

1.3. La concepción de la psicosis en Freud

Este capítulo básicamente está fundamentado en la concepción psicoanalítica freudiana de las psicosis y la neurosis narcisista. Cabe aclarar que se da un resumen que no es merecido para la clínica de las neurosis de transferencia, es más bien para ubicar al lector con respecto a los puntos clave en los que se diferencia de las psicosis y neurosis narcisista.

1.3.1. Neurosis de transferencia

Para Freud la teoría psicoanalítica concibe a la sexualidad como el lugar donde habrá de encontrarse la etiología tanto de las neurosis, como de la perversión y de las psicosis. Diré que la etiología se parte entre dos mitos, el de Narciso¹⁰ y el de Edipo rey¹¹. El primero para las psicosis (y neurosis narcisistas) y el segundo para las neurosis, (de transferencia), mientras que las perversiones transitan entre ambos mitos.

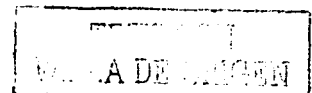
A continuación se explica brevemente cómo se configuran las neurosis de transferencia y se desarrolla con más *profundidad*, la concepción freudiana de las <psicosis y la neurosis narcisista>.

La neurosis de transferencia (la histeria, la obsesión y la angustia) tienen como mecanismo psíquico de acción, la <represión>¹² que encubre el deseo. Cuando el conflicto intrapsíquico se instaura, se da una lucha entre el deseo y la defensa. A

¹⁰ Ver. Mito griego de Narciso (personaje seducido por su propia imagen reflejada por el agua de una fuente, murió al no poder alcanzar el objeto de su pasión. En el lugar donde murió nació la flor que lleva su nombre).

¹¹ Obra del poeta trágico y dramaturgo Sófocles (nace en Colona cerca de Atenas, en 496 ó 497 y muere en Atenas en 406 A: de C) Enciclopedia práctica planeta (1995.vol.6) se conservan siete tragedias de las más de un centenar que escribió: *Ajax, Las Traquinas, Antigona, Edipo rey, Electra, Filoctetes y Edipo en Colona.*

¹² Este mecanismo también se presentará en la psicosis paranoica.



cambio del conflicto, se presenta el <síntoma¹³> como retorno de lo reprimido; por ejemplo convertido en conversión, para la histeria; en desplazamiento, para la obsesión y en fobia, para la proyección, como mecanismo constitutivo de dichas patologías¹⁴.

A nivel de la libido, ésta puede ligarse a los objetos y sustituirse por la fantasía, cuando el conflicto se presenta. El objeto para el psicoanálisis, es el objeto de la pulsión a la que va encadenado el deseo con un carácter inconsciente.

Entonces en las neurosis de transferencia, el <yo> se constituye a través del proceso de identificación con el superyó (ideal del yo) de los progenitores, con lo que el sujeto accede a un narcisismo secundario, erigiendo una auténtica relación de objeto. Donde el yo se enriquece por los vínculos que establece con el objeto.

En la fase fálica del desarrollo psicosexual, el <complejo de Edipo> se instaura como una prohibición incestuosa que reconoce el neurótico, y a la cual se somete, no importando si da solución al Complejo. Esto es, en el yo del neurótico se acepta la ley del complejo de Edipo que marca su estructura psíquica.

Escribe Freud en *tótem y tabú* (1913. vol. XIII:16) refiriéndose a los pueblos primitivos "Nos enteramos de que se han fijado como meta, con mayor cuidado y la severidad más penosa, evitar relaciones sexuales incestuosas. Y aún su íntegra organización social parece servir a este propósito o estar referida a su logro". Más adelante explicará (Idem:26) "El psicoanálisis nos ha enseñado que la primera elección de objeto sexual en el varoncito es incestuosa, recae sobre los objetos prohibidos, madre y hermana, y también nos ha permitido tomar conocimiento de los cambios por los cuáles él se libera, cuando crece, de la atracción del incesto. El neurótico representa para nosotros, por lo común una pieza de infantilismo psíquico; no ha conseguido liberarse de las constelaciones pueriles de la psicosexualidad, o bien ha regresado a ellas (inhibición del desarrollo y regresión). En su vida anímica inconsciente, pues las fijaciones incestuosas de la libido siguen desempeñando o han vuelto a desempeñar – un papel principal. Por eso hemos llegado a proclamar como el complejo nuclear de las neurosis el vínculo con los padres, por apetencias incestuosas. El descubrimiento de esta significación choca, desde luego, con la más universal incredulidad en las personas adultas y normales idéntica desautorización". Finaliza expresando, "esos deseos incestuosos del ser humano, más tarde destinados a la condición inconsciente."

Como desenlace de este complejo, se presenta el <complejo de castración>, situación que marca en el sujeto el reconocerse como incompleto, y sujetado por el deseo. El complejo de castración es vivido de manera diferente por el varón con respecto a la niña. Con el primero se genera una angustia de castración en la que el

¹³ El síntoma es el representante simbólico del deseo que se abre paso ante la defensa (represión). El síntoma se puede presentar también como una formación de compromiso, en el sueño, en la fantasía, en el chiste y en los lapsus.

¹⁴ Estas patologías no se explicaran aquí, ya que no es el objeto de esta investigación, sin embargo, se sugiere que el lector, maneje la explicación metapsicológica (topográfica, económica y dinámica) elaborada por Freud. A fin de familiarizarse con la concepción de las psicosis.

sujeto concluye estar incompleto, estar en falta. Mientras que para la niña, la angustia de castración es vivida como un castigo, donde ella supone en una primera instancia, representarse de manera inconsciente que tendrá un acceso al falo y que éste crecerá.

En el ámbito estructural el conflicto psíquico se presenta así: Freud (1924: vol. XIX:158) "el conflicto en la neurosis de transferencia corresponde al conflicto entre el yo y el *ello*".

1.3.2. Las psicosis y la neurosis narcisista.

El mecanismo que opera en las psicosis (esquizofrenia, paranoia, manía) y la neurosis narcisista (melancolía) es la **desmentida** de una parte de la realidad.

Las psicosis tienen su origen en etapas pregenitales. **La esquizofrenia tiene su desenlace en el autoerotismo** (narcisismo primario). Mientras que para la paranoia, la manía y la melancolía, el origen se encuentra en el **narcisismo secundario**.

En el narcisismo de los psicóticos, no pueden libidinizar los objetos, (invertir a los objetos de libido) por lo que no pueden establecer auténticas relaciones de objeto. Es decir <no generan una verdadera relación de objeto>.

Entonces el yo de los psicóticos está poco estructurado, la identificación que establece el psicótico es defectuosa, y el superyó, juega un papel determinante en la melancolía, generando culpa y castigo, que pueden llevar al individuo a tratar de acabar con su vida. El Complejo de Edipo, es el complejo nuclear de la neurosis, donde el sujeto se somete a la prohibición del incesto y la ley que esta impera. Aquí hay un sujeto consituído, que desea. Mientras que en las psicosis el paso por el complejo de Edipo no necesariamente hace valer la ley de la <prohibición del incesto>, ya que no existe un sujeto propiamente dicho, el yo no se ha consituído como tal.

En la neurosis el sujeto acepta la castración y se reconoce incompleto. Mientras que el psicótico <desmiente> la castración. Por lo que asume una posición en la que se siente completo. Puede hacer todo desde su mundo interior y alternativo, que se ha generado de manera soberana, llamado psicosis.

Los síntomas en la psicosis son un intento de curación, por lo que el deliro se presenta como un síntoma de restitución. A nivel estructural se presenta así:

1. En las psicosis el conflicto se da entre el yo y el mundo exterior, (esquizofrenia, paranoia y manía).
2. Para la neurosis narcisista (melancolía) el conflicto se da entre el yo y el superyó.

En el conflicto de la psicosis el yo, se muestra vulnerable, ante las demandas del ello y satisface fácilmente o cancela casi por completo las pulsiones del ello, mientras

ENCUENTRO CON
LA LLA DE ORIGEN

desmiente la realidad y en ocasiones es severamente castigado por el *superyó*, que se torna cruel a través de la culpa, que en ocasiones lo llevan actuar con conductas auto o heteroagresivas

Las representaciones de los psicóticos están principalmente comandadas por el proceso primario, y pueden pasar de un sistema (lcc-Prcc-cc) a otro sin deformación. Estos enunciados serán desarrollados a lo largo del capítulo, a fin de aclarar su interconexión en la psicosis.

1.3.2.1. El concepto de la desmentida¹⁵ en las psicosis y la neurosis narcisista

El mecanismo que opera en las psicosis¹⁶ (esquizofrenia, paranoia, manía) y la neurosis de narcisista (melancolía) es la *desmentida* de una parte de la realidad.

El concepto de desmentida define el mecanismo que da inicio a las psicosis. Freud en su artículo sobre la *neuropsicosis de defensa* (1894, Vol. III:59) explica que el mecanismo de la *desmentida*¹⁷ es una defensa exitosa que genera una confusión alucinatoria. En palabras del autor del psicoanálisis, "existe una modalidad defensiva mucho más enérgica y exitosa, que consiste en que el *yo desestima*¹⁸ la *representación insoportable junto con su afecto y se comporta como si la representación nunca hubiera aparecido*. Sólo que en el momento en que se ha conseguido esto, la persona se encuentra en una psicosis que no admite otra clasificación que *<confusión alucinatoria>*". (cursivas mías). El concepto no sólo incluye a la llamada psicosis alucinatoria, sino de manera general, el concepto se presenta tanto en las psicosis, como en la melancolía.

Entonces, el yo se defiende de una *<representación insoportable y de su afecto>* por medio de la psicosis (Idem.60) "el yo se ha defendido de la representación insoportable mediante el refugio en la psicosis". Freud consideró a la defensa como una predisposición patológica del más alto nivel argumentando que, (loc.cit) "el yo se arranca de la representación insoportable, pero ésta se entrama de manera inseparable con *un fragmento de la realidad objetiva*, y en tanto el yo lleva a cabo esa operación, se desease también, total o parcialmente, de la realidad objetiva. Esta última es a mi juicio condición bajo la cual imparte a las representaciones

¹⁵ Ver. Mier (1997:101) Comenta " la traducción al español de la palabra *verleugnung*, como aparece en texto freudiano, ha tenido una historia errática, el término ha sido vertido como *<desmentida>* en la versión de Etcheverry (Amorrortu), mientras que la versión de López Vallesteros (Biblioteca Nueva) recurre a traslaciones variadas y circunstanciales, especialmente *<repudio>* o *<repudiación>*, en otros textos freudianos y lacanianos el término ha sido traducido también como *<desestimación>*. El diccionario de Laplanche y Pontalis prefiere el término *<renegación>*". (las negritas son mías)

¹⁶ La *desmentida* no es un mecanismo privativo de las psicosis, ya que también *se presenta en las perversiones*, que se documentará más adelante.

¹⁷ En la nota a pie de página 4 de Strachey sobre el artículo de Freud del fetichismo (1927:148) comenta "Freud establece otra distinción en el empleo de ambos términos: la *<represión>* se aplicaría a la defensa contra las demandas pulsionales internas, y la *<desmentida>* a la defensa contra los reclamos de la realidad externa".

¹⁸ (Nota a pie de página Laplanche y Pontalis (1983:381). Comentan que "Lacan se opone al empleo que hace Freud de la palabra *Verwerung* -desmentida rechazo- en relación con la psicosis y propone, como equivalente francés el término *forclusión* -repudio-")

RECIBIDO CON
LA DE ORIGEN

propias una vividez alucinatoria, y de esa suerte, tras una defensa exitosamente lograda, la persona cae en la confusión alucinatoria."

1.3.2.2. La organización de la libido en el autoerotismo¹⁹ (narcisismo primario), el narcisismo (secundario).

Las psicosis tienen su origen en etapas pregenitales. La esquizofrenia tiene su desenlace en el *autoerotismo* (narcisismo primario). Mientras que para la paranoia, la manía y la melancolía, el origen se encuentra en el *narcisismo secundario*.

Parafraseando a Freud en los *tres ensayos de teoría sexual* (1905:180) reconoce la existencia de organizaciones *pregenitales* y *genitales* de la vida sexual.

La organización pregenital esta constituida por dos fases²⁰. A la primera organización pregenital sexual la denomina *oral* o *canibálica*; a la segunda la denomina *sádicoanal*.

La primera fase oral, argumenta Freud (Idem:180) "La actividad sexual no se ha separado todavía de la nutrición, ni se han diferenciado opuestos dentro de ella. El objeto de una actividad es también el de la otra; la meta sexual consiste en la incorporación del objeto. El paradigma de lo que más tarde en calidad de la *identificación*, desempeñará un papel psíquico tan importante". Más adelante, explica que la segunda fase sádicoanal, "Aquí se ha desplegado la división de opuestos, que atraviesa la vida sexual, pero todavía no se le puede llamar todavía *masculino* y *femenino*, sino que es preciso decir *activo* y *pasivo*. La actividad es producida por la *pulsión* de apoderamiento a través de la musculatura del cuerpo y como órgano meta sexual pasiva se constituye ante todo, la mucosa erógena del intestino; empero, los objetos de estas dos aspiraciones coinciden. Junto a ello se practican otras pulsiones parciales de manera autoerótica." Estas pulsiones parciales se practicarán en las etapas que denominará posteriormente, en la introducción al narcisismo 1914 <*narcisismo primario* (autoerotismo) y *narcisismo secundario*>.

Freud en su artículo sobre la *organización genital infantil* (1923. vol. XIX) aclara que ahora considera que su escrito sobre tres ensayos de teoría sexual donde reconocía que las organizaciones pregenitales de la libido, esta constituida por dos tiempos (oral y anal)²¹, la investigación lo llevó a reconocer un desenlace en la sexualidad

¹⁹ Es en el texto de tres ensayos de teoría sexual en 1905, que Freud, define el autoerotismo, este término, también lo utilizará en el caso Schereber en 1911, y será hasta su trabajo de *introducción al narcisismo en 1914, donde sustituye, el concepto de autoerotismo por el de narcisismo primario*.

²⁰ Laplanche y Pontalis (1983:155) comentan que será hasta 1923 que Freud incluye la tercera fase fálica pregenital en la que incluye al complejo de Edipo y su desenlace será la angustia de castración. (Idem:154) "La organización genital propiamente dicha, se instaura en la pubertad"

²¹ Freud (1923:146) "hoy no me declararía satisfecho con la tesis de que el primado de los genitales no se consuma en la primera infancia, o lo hace sólo a manera muy incompleta: La aproximación de la vida infantil a la del adulto llega mucho más allá, y no se circunscribe a la emergencia de elección de objeto: Si bien no se alcanza una verdadera unificación de las pulsiones parciales bajo el primado de los genitales, en el apogeo de desarrollo de la sexualidad infantil el interés por los genitales y el

1905-1906
ORIGEN

infantil en el quinto año de vida y aquí se consume lo que sería después la sexualidad del adulto.

Explica Freud que (Idem:146)." El carácter principal de esta <organización infantil> es, al mismo tiempo, su diferencia respecto de la organización genital definitiva del adulto. Reside en que para ambos sexos, sólo desempeña un papel *un genital*, el masculino. Por tanto, no hay primado genital, sino un primado de *falo*." A esta fase la denominó fálica y la caracterizó por la unificación de las pulsiones parciales que tienen su primacía en los genitales masculinos, ya que el varón y la niña no reconocen en esta etapa sólo que la primacía del pene, es decir como representación del falo. Aquí se inscribe la oposición <fálico-castrado>. En esta fase se expresa el complejo de Edipo y el de Castración como estructuradores del sujeto y su deseo.

Entonces en la sexualidad humana se transita por tres fases, donde se organiza la libido, *la oral, la anal y la fálica, posteriormente, se instaurará un período de latencia, para continuar con el inicio de la pubertad y finalmente la sexualidad adulta*. Lo importante aquí no es describir las fases del desarrollo como tales, sino más bien explicar cómo se organiza la libido, en el apuntalamiento pulsional de las zonas erógenas y qué consecuencias trae en la formación de los <procesos psíquicos>, que devela. Por un lado en el narcisismo, y por otro en la fase fálica con el complejo de Edipo y el complejo de Castración.

1.3.2.3. El autoerotismo (narcisismo primario)

Pero ¿qué es el <autoerotismo>? es el primer momento en que se organiza la libido²² del individuo. La pulsión no es dirigida hacia otra persona, sino que es dirigida hacia el propio cuerpo. Escribe Freud en tres ensayos de teoría sexual(1905:Vol.VII:164), "El hecho de que la pulsión no está dirigida a otra persona, se satisface en el propio cuerpo, es autoerótica", es decir el bebé se autosatisface en la zona erógena. En esta etapa, es la boca la zona erógena por excelencia. En otras palabras el bebé se toma como objeto, generándose un placer de órgano.

que hacer genital cobran una significatividad dominante, que poco le va a la zaga a la de le edad madura".

²² Laplanche y Pontalis, en el diccionario de psicoanálisis, (1983:210) expresan "El término <libido> significa en latín deseo, ganas, Freud declara haberlo tomado de A. Moll (Untersuchungen über die Libido sexualis, Volumen I, 1898). De hecho, se encuentra repetidas veces en las cartas y manuscritos dirigidos a Fliess, y por primera vez en el manuscrito E (fecha probable: junio de 1894). ¿cómo define Freud a la libido? Explica Freud (1905. Vol. VII:198) "Hemos establecido el concepto de libido como una fuerza susceptible de variaciones cuantitativas, que podrían medir procesos y trasposiciones en el ámbito de la excitación sexual. Con relación a su particular origen, la diferenciamos de la energía que ha de suponerse en la base de los procesos anímicos en general, y le conferimos así un carácter también cualitativo. Al separar la energía libidinosa de otras clases de energía psíquica, damos expresión a la premisa de que los procesos sexuales del organismo se diferencian de los procesos de la nutrición, por un quimismo particular". Entonces se le llama *libido* a la energía psíquica que permite el placer, y tiene como principio de operación el *placer-displacer*, que consiste básicamente en la búsqueda del placer y la supresión del dolor, fungiendo la libido como motor que moviliza las representaciones en el aparato psíquico, teniendo un carácter primordialmente inconsciente. Es importante recordar que el bebé nace con una dote de libido distribuida en toda su piel, y que producen placer, a las que llamó zonas erógenas.

RECIBIDO
15 JUN 1984
C. A. DE ORIGEN

Como objeto parcial de la pulsión. ¿qué sucede en la etapa del autoerotismo, es decir cómo vive el bebé esta etapa?. En el autoerotismo el bebé vive en un mundo de omnipotencia, respondiendo a las exigencias del mundo externo a partir de su inaugurado mundo interno. Entra en conflicto continuo entre la realidad externa y sus necesidades básicas y libidinales, donde se le es dado prácticamente todo para su supervivencia, en esta fase el bebé no diferencia a la madre de su propio cuerpo, ni mucho menos sus fronteras, al grado de vivenciar a la madre, como una extensión de él. Es una etapa donde no existe un yo, o como diría Freud, existe el no-yo, donde predomina los vínculos con el mundo externo. Hay que recordar que en el principio de placer-displacer, es el motor que mueve al aparato psíquico²³, que marcaran la estructura psíquica del bebé. Él no diferenciará a su madre de manera completa, sino que primero a través del autoerotismo marcará su cuerpo y su psique; después, percibirá a su madre sólo como objeto parcial; hasta que sucedan una serie de eventos y en los que responda a ellos de manera singular: Freud llamó a ésta, fase de autoerotismo.

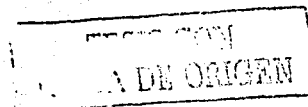
Más adelante, (Idem:164-5) Freud argumentará: "diríamos, los labios del niño se comportaron como una *zona erógena*, y la estimulación por el cálido flujo de leche, fue la causa de la sensación placentera. Al comienzo claro está, la satisfacción de la zona erógena se asoció con la satisfacción de la necesidad de alimentarse. El quehacer sexual se apuntala primero en una de las funciones que sirven de conservación de la vida, y sólo más tarde se independiza de ella." Freud argumentará entonces que "la necesidad de repetir la satisfacción sexual se divorcia entonces de la necesidad de buscar alimento, un divorcio que se vuelve inevitable cuando aparecen los dientes y la alimentación ya no se cumple más exclusivamente mamando, sino también masticando. El niño no se sirve de un objeto ajeno para mamar, prefiere una parte de su propia piel, porque le resulta más cómodo, porque así se independiza del mundo exterior al que aún no puede dominar". Continúa Freud (Idem:165-6). En el chupeteo o en el mamar con fruición hemos observado ya los tres caracteres esenciales de una exteriorización sexual infantil. Esta nace *apuntalándose* en una de las funciones corporales importantes para la vida, todavía no conoce objeto sexual, pues es *autoerótica*, y su meta sexual se encuentra bajo el imperio de una *zona erógena*. "

Nos damos cuenta que lo que se enviste primero es el cuerpo o mejor dicho, partes de él, a través de las zonas erógenas, en este caso en la zona oral, por lo que es sustantivo el *lugar que ocupa la madre* en el apuntalamiento pulsional hacia el bebé, ya que a través del vínculo con ella, marcará su libido y por consiguiente su aparato psíquico, en la medida en que él responda, con acciones psíquicas.

1.3.2.4. El narcisismo como origen de la psicosis

Para Freud el origen de la esquizofrenia se da en la etapa de organización de la libido conocida como: *autoerotismo (narcisismo primario)* Freud comenta (1911. Vol. XII:71) "la fijación predisponente debe situarse más atrás que en el caso de la

²³ Cfr. La primera y segunda tópica freudiana del aparato psíquico.



paranoia, o sea, estar contenida al comienzo del desarrollo, que *partiendo del autoerotismo aspira al amor de objeto.*" (cursivas mías).

En el caso *Schreber* (1911. Vol. XII:56), Freud descubre que: "indagaciones recientes nos han llamado la atención sobre un estadio en la historia evolutiva de la libido, estadio por el que se atraviesa en el camino que va del autoerotismo al amor de objeto, se le ha designado, *narcisismo.*" (las cursivas son mías)

Entonces tenemos dos estadios de organización libidinal, el primero corresponde al estadio del *autoerotismo*²⁴, el segundo al *narcisismo* a este último le corresponde la transposición de <libido narcisista en libido de objeto>.

1.3.2.5. El pasaje del narcisismo secundario

Pero ¿qué es el narcisismo?, es un tipo específico de organización libidinal y se refiere al amor a la imagen propia. Freud comenta en su artículo sobre la *Introducción al Narcisismo* (1914. Vol. XIV:72), "la libido sustraída del mundo exterior fue conducida al yo, y así surgió una conducta que podemos llamar narcisismo".

Hay dos tipos de *narcisismo* el *primario* (autoerotismo) y el *secundario*. El secundario se da cuando el individuo libidiniza a los objetos externos, inaugurando prácticamente la diferenciación de su yo, que se enriquece por el vínculo que establece con el objeto.

En el texto sobre *el esquema del psicoanálisis* Freud (1938:148) comenta que el monto disponible de libido se encuentra en el yo, "llamamos *Narcisismo* primario absoluto a ese estado. Dura hasta que el yo empieza a investir con libido representaciones de objeto de trasponer libido narcisista en libido de objeto."

1.3.2.6. El narcisismo secundario como estructurador del yo

Freud escribe que en la relación entre el narcisismo primario (autoerotismo) y el secundario, es importante señalar que (Idem:74) "es un supuesto necesario que no esté desde el comienzo en el individuo una unidad comparable al yo, el yo tiene que ser desarrollado. Ahora bien, las pulsiones autoeróticas son iniciales, primordiales; por tanto, algo tiene que agregarse al autoerotismo, una *nueva acción psíquica*, para que el narcisismo se constituya". (las cursivas son mías)

Recapitulando los humanos venimos dotados de libido, distribuida en las zonas erógenas corporales, que permiten el apuntalamiento de la pulsión: Donde primero es autoerótica (narcisismo primario), esta libido no sabe nada de objetos. Posteriormente con el narcisismo secundario se relacionara con los objetos externos, modificándose la libido narcisista por la libido del yo.

Para Freud alejarse del narcisismo primario y acercarse al narcisismo secundario, es lo que lleva al bebé a estructurar su yo, en una *nueva acción psíquica*, que

²⁴ Es necesario aclarar que Freud en varios de sus artículos utilizó de manera indiscriminada, el concepto de autoerotismo como sinónimo de narcisismo primario.

RECIBIDO
FALLA DE ORIGEN

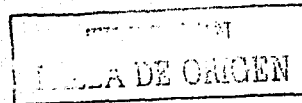
denominará como *identificación*. Laplanche y Pontalis (1983:229) comentan que el yo no existe desde un principio, como unidad exige para constituirse, <una nueva acción psíquica>".²⁵

Al respecto *En la introducción al narcisismo*²⁶ Freud explica que (1914. Vol. XIV:73) "nos vemos llevados a concebir el narcisismo que nace por replegamiento de las investiduras de objeto, como *un narcisismo secundario que se edifica sobre la base del otro, primario*". (las cursivas son mías) A ese otro al que se refiere Freud, es la *función que cumple el padre*, principalmente en la función que juega para con el hijo, puesto que será el mecanismo de la *identificación* lo que constituirá una nueva instancia, la del ideal del yo -que después en la segunda tópica de manera insidiosa será denominado el superyó-.

Más adelante enfatiza (1914. Vol. XIV:96-7) "*el desarrollo del yo consiste en un distanciamiento respecto del narcisismo primario y engendra una intensa aspiración a recobrarlo: Este distanciamiento acontece por medio del desplazamiento de la libido a un ideal del yo impuesto desde afuera; la satisfacción se obtiene mediante el cumplimiento de este ideal. Simultáneamente, el yo ha emitido las investiduras libidinosas de objeto: El yo se empobrece a favor de estas investiduras así como el ideal del yo, y vuelve a enriquecerse por las satisfacciones de objeto y por el cumplimiento del ideal*". (las cursivas son mías).

En Psicología de Masas y Análisis del yo (1921.Vol. XVIII:67), Freud explica: "en la vida anímica del individuo, *el otro cuenta con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo*, y por eso desde el comienzo mismo la psicología individual es simultáneamente psicología social, en este sentido más alto, pero enteramente legítimo." (las cursivas son mías)

Todo lo expuesto anteriormente nos permite pensar que el yo del esquizofrénico (y del psicótico en general), no se ha conformado aún, podría decirse que esta inacabado, o tiene una estructura yoica indeterminada. Hay que recordar que el superyó también cumple un papel como <enemigo>, que se observa con frecuencia en la melancolía y las psicosis. Mostrándose en autocastigos y flagelaciones, tanto físicas como psíquicas, que se propina al psicótico. Se incluyen aquí también los actos suicidas y de agresión dirigida. Que por lo regular están comandados por ideas delirantes, en las que el psicótico trata de eliminar ya sea al sujeto que supone encarna su persecución o quiere acabar con el sufrimiento insoportable de la psicosis que le aqueja.



²⁵ Ver. Lacan En los escritos 1 (1971) quien reformularía aquí su estudio sobre < el estadio del espejo como formador de la función del yo, tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica.

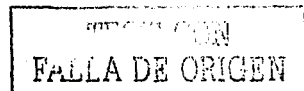
²⁶ Es necesario comentar que en este artículo, Freud aduce al yo como un reservorio de la libido, que posteriormente en la segunda tópica, será designado entre *ello-yo* el encargado del reservorio pulsional.

1.3.2.7. En el narcisismo secundario se presenta la génesis de la paranoia, la melancolía y la manía.

Freud es más contundente con el siguiente argumento (1911; Vol. XII:67) "*en la paranoia la libido liberada se vuelca al yo, se aplica a la magnificación del yo propio.* (cursivas mías). Así se vuelve a alcanzar el estadio del narcisismo, conocido por el desarrollo de la libido, estadio en el cual el yo propio era el único objeto sexual. En virtud de este enunciado clínico supondremos que los paranoicos conllevan una fijación en el narcisismo, y declaramos que *el retroceso desde la homosexualidad sublimada hasta el narcisismo*, indica el monto de la regresión característica de la paranoia".

Tanto la melancolía y, como la manía tienen su origen en el narcisismo. En la introducción al narcisismo Freud escribe (1914. vol.XIV:247) No vacilaríamos en incluir dentro de la melancolía la regresión, desde la investidura objeto hasta la fase oral de la libido que pertenece todavía al narcisismo". Con respecto a la manía Freud dice (Idem: 255) que " tiene que estar en trabazón estrecha con la regresión de la libido al narcisismo."

1.3.2.8. El complejo de Edipo y la angustia de castración



El complejo de Edipo representa la fase de unificación de las pulsiones parciales y aquí es donde se da el desenlace de la angustia de castración.

En la segunda tópica freudiana en *el yo y el ello* (1923:XIX:33-4). El autor del psicoanálisis, escribe que hay "Dos factores que son los culpables de esta complicación: la disposición triangular de la constelación del Edipo, y la bisexualidad²⁷ constitucional del individuo.

En el caso del niño varón, simplificando, se plasma de la siguiente manera: En época tempranísima desarrolla una investidura de objeto hacia la madre, que tiene su punto de arranque en el pecho materno y muestra el ejemplo de arquetípico de una elección de objeto según el tipo de apuntalamiento (anaclítico); desde el padre, el varoncito se apodera por identificación: Ambos vínculos marchan un tiempo uno junto al otro, hasta que por el deseo de los refuerzos sexuales hacia la madre, y por la percepción de que el padre es un obstáculo para estos deseos, nace el complejo de Edipo. La identificación padre cobra ahora una tonalidad hostil, se trueca en el deseo de eliminar al padre para sustituirlo junto a la madre: A partir de ahí, la relación con el padre es ambivalente; parece como si hubiera devenido manifiesta la ambivalencia contenida en la identificación desde el comienzo mismo. La actitud (postura) ambivalente hacia al padre, y la aspiración de objeto exclusivamente tierna hacia la madre, caracterizan, para el varoncito el complejo de Edipo simple, positivo.

²⁷ Freud argumenta (Idem: 34-5) "el complejo de Edipo más completo, que es un duplicado, positivo y negativo, dependiente de la bisexualidad originaria del niño: Es decir que el varoncito no posee sólo una actitud ambivalente hacia el padre, y una elección tierna de objeto a favor de la madre, sino que se comporta también, simultáneamente como, una niña: muestra la actitud tierna hacia el padre, y la correspondiente actitud celosa hacia la madre".

Con la demolición del complejo de Edipo tiene que ser resignada la investidura de objeto madre. Puede tener dos diversos reemplazos: o bien una identificación con la madre, o un refuerzo de identificación-padre: Solemos considerar este último desenlace como el más normal, permite retener en cierta medida el vínculo tierno con la madre"²⁸

Finalmente Freud comenta (loc.cit) "Yo opino que se hará bien en suponer en general, y muy particularmente en el caso de los neuróticos, el complejo de Edipo completo". Freud consideró al superyó como el heredero del complejo de Edipo y escribe (Idem:35-6) "*Así como resultado más universal de la fase sexual gobernada por el complejo de Edipo, se puede suponer una sedimentación en el yo, que consiste en el establecimiento de esas dos identificaciones, unificadas de alguna manera entre sí. Esta alteración del yo recibe su posición especial: se enfrenta al otro contenido del yo como ideal del yo o superyó*".

En su artículo sobre *el sepultamiento del complejo de Edipo* (1924.Vol.XIX:181) Freud escribe "El complejo de Edipo revela cada vez más su significación como fenómeno central del período sexual de la primera infancia. Después cae sepultado, sucumbe a la represión-como decimos-, y es seguido por el período de latencia."

Recapitulando el Complejo de Edipo es una estructura, que organiza los deseos amorosos y de hostilidad hacia los padres, que el niño experimenta de manera ambivalente. Se instaura como una estructura que predomina la <neurosis de transferencia>. El complejo representa la prohibición del incesto y la ley que lo rige, que se puede encontrar clínicamente en el desenlace con el complejo de castración. También el complejo de Edipo por una parte permite la elección de objeto total, dando acceso a la genitalidad y permite el desarrollo del superyó (ideal del yo).

Por otra parte es en el complejo de Edipo en el que se consolidan las fantasías originarias²⁹. Al respecto escribe Freud, en su artículo. *A propósito de un caso de neurosis obsesiva* (1909:162)" cabe discernir con nitidez que el ser humano en crecimiento busca en estas formaciones de la fantasía, sobre su primera infancia borrar la memoria de su quehacer autoerótico, elevado a sus huellas mnémicas al estadio del amor de objeto". Más adelante complementará (idem:163) " el contenido de la vida sexual infantil consiste en el quehacer autoerótico de los componentes sexuales predominantes en huellas de amor de objeto y en la formación de aquel complejo, que uno podría llamar nuclear de las neurosis, que abarca las primeras mociones tanto tiernas como hostiles hacia los padres y hermanos, después de que ha despertado el apetito de saber del pequeño".

Lo anterior nos permite formular que por una parte el complejo de Edipo en las psicosis, o no existe de manera completa o se transita de diferente manera. El psicótico no se ha constituido como sujeto del deseo, su yo esta incompleto indeterminado, ya que no genera una auténtica relación de objeto, no accede a la

²⁸ En lo referente al complejo de edipo en *los escritos 1 (1971)* la niña, confróntese, el artículo freudiano del sepultamiento del complejo de Edipo.1924.vol. XIX.

²⁹ Ver. la conferencia 23ª- de introducción al psicoanálisis (1916-7), el historial del hombre de los lobos (1918), el hombre de las ratas (1909) y el sepultamiento del complejo de Edipo.

genitalidad vive en el narcisismo y no tiene defensas exitosas ante el agobiante superyó que trata de castigar de manera cruel cualquier asomo de las pulsiones empujadas por el ello, que prácticamente es ingobernable para el psicótico, ante una realidad con la que lucha y que ha reformulado, a través de la <desmentida>.

1.3.2.9. El Complejo de castración.

El complejo de castración tiene su origen en <la constatación de la diferencia anatómica de los sexos>, premisa necesaria para que instaure el complejo.

En el complejo de castración es el desenlace del complejo de Edipo para el niño, ya que señala la crisis terminal del Edipo, al prohibir al varón a su madre como objeto, este episodio le permitirá transitar, por el periodo de latencia y la formación de su superyó. Es decir la prohibición del incesto es donde se marca la ley como edificadora de del orden humano. Mientras que para la niña el descubrimiento de la diferencia anatómica le da inicio a su deseo paterno del falo, (ya que la niña lo vive como envidia, mientras que el niño lo vive como una amenaza de castración) que consiste en su entrada al Complejo de Edipo.

En el artículo sobre *la organización genital infantil* Freud analizará el complejo de castración que había antes trabajado en el caso Hans y sugerido en la *introducción al narcisismo* ³⁰ Freud dirá (1923.vol.XIX:146) "El carácter principal de esta <<organización genital infantil>> es, al mismo tiempo, su diferencia respecto de la organización genital definitiva del adulto. Reside en que, para ambos sexos, sólo desempeña un papel *un genital*, el masculino. Por tanto, no hay un primado genital, *sino un primado del falo*."dirá más adelante "Para él (niño) es natural presuponer en todos los otros seres vivos humanos y animales, un genital parecido al que él mismo posee; más aún: sabemos que hasta en las cosas inanimadas busca una forma análoga a su miembro." (Idem:147) "En el curso de estas indagaciones el niño llega a descubrir que el pene no es un patrimonio común de todos los seres semejantes a él.". Adelante argumenta."Es notoria su reacción frente a las primeras impresiones de la falta del pene. Desconocen esa falta; creen ver un miembro a pesar de todo; cohonestan la contradicción entre observación y prejuicio mediante el subterfugio de que aún sería pequeño y ya va a crecer, y después, poco a poco, llegan a la *conclusión, afectivamente sustantiva, de que sin duda estuvo presente y luego fue removido. La falta de pene es entendida como resultado de una castración*, y ahora se le plantea al niño la tarea de habérselas con la referencia de la castración de su propia persona." Determina Freud " *sólo puede apreciarse rectamente la significatividad del complejo de castración si a la vez se toma en cuenta su génesis en la fase del primado del falo.* "(*cursivas mías*)

Freud argumenta (Idem:148) "Pero no se crea que el niño generaliza tan rápido ni tan sólo de buen grado su observación de que muchas personas del sexo femenino no poseen pene; ya que es un obstáculo para ello el supuesto de que la falta de

³⁰ Freud en la introducción al narcisismo ya había escrito (1914;Vol.XIV:89)" Las perturbaciones a que está expuesto el narcisismo originario del niño: Las mociones con que se defiende de ellas y por las cuales es forzado a hacerlo, he ahí unos temas que yo querría dejar en suspenso como un importante material todavía a la espera de ser trabajado; su pieza fundamental puede ponerse de resalto como <complejo de castración> (angustia por el pene en el varón, envidia del pene en la mujer)".

TRABAJADO
FALLA DE ORIGEN

pene es consecuencia de la castración a modo de castigo." (Idem:148). "Sólo más tarde, cuando aborda los problemas de la génesis y el nacimiento de los niños, y colige que sólo mujeres pueden parir hijos, también la madre perderá el pene y, entre tanto, se edificarán complejísimas teorías destinadas a explicar el trueque del pene a cambio de un hijo."³¹ Al parecer, con ello nunca se descubren los genitales femeninos". De todo esto, ¿qué tiene que ver la castración con las psicosis?, comenta Freud (1911.Vol.XII:52), "en el desenlace del delirio de Schreber la fantasía sexual infantil celebra un triunfo grandioso; la voluptuosidad misma es dictada por el temor de Dios, y Dios mismo (el padre) no deja de exigírsela al enfermo la más temida amenaza del padre, la castración, ha prestado su material a la fantasía del deseo de la mudanza en mujer combatida primero y aceptada después". Aquí es importante señalar que el <psicótico lleva el complejo de castración al delirio> y esta trasmutación de la castración en fantasía (en delirio), puede llevar a un castigo manifiesto, este síntoma, como se ha podido constatar en algunos casos clínicos. Donde algunos psicóticos realmente llevan a cabo el acto de la castración de manera real, no simbólica.

Laplanche y Pontalis escriben que (1983:59) "el complejo de castración es su punto de impacto en el narcisismo: el falo se considera por el niño como una parte esencial de la imagen del yo; la amenaza que le afecta pone en peligro radical esta imagen su eficacia procede de la conjunción los dos elementos siguientes: prevalencia del falo, herida narcisista".

Recapitulando, para el psicótico desmentir la castración, es también impedir <la primacía del falo> y dejar fuera de su inconsciente la herida narcisista³², viviendo un mundo alternativo, en el que no acepta, la prohibición del incesto, la ley. Por lo que vive a plenitud su mundo narcisista, sin poder vincularse con los objetos de manera completa. Circunscribiendo sus relaciones al mundo exterior, con relaciones de objeto parcial, como se ha señalado con anterioridad.

Ahora bien el complejo de castración es una fantasía inconsciente que responde directamente al misterio que le genera al niño la diferencia anatómica de los sexos. Notamos que su estructura y función son diferentes tanto para la el niño (amenaza de castración) como para la niña (envidia del pené la niña lo vive como un daño que ha sufrido, que pretende negar o reparar). Es sustantivo mencionar que el *complejo de castración* se presenta en <todos los casos clínicos> como lo documento Freud en el casos Schreber y otros más".

MECIA COM
FALLA DE ORIGEN

³¹ Ver La conferencia 23ª *los caminos de la formación del síntoma* (1917. vol. XVI: 338) las fantasías primordiales son un patrimonio filogenético. En ellas el individuo rebasa su vivenciar propio hacia el vivenciar de la prehistoria, en los puntos en que el primero ha sido demasiado rudimentario. Me parece muy posible que todo lo que hoy es contado en el análisis como fantasía- la seducción infantil, la excitación sexual encendida por la observación del coito entre los padres, la amenaza de castración, (o más bien la castración)- fue una vez realidad en los tiempos originarios de la familia humana y que el niño fantaseador no ha hecho más que llenar las lagunas de la verdad individual con una verdad prehistórica"

³² Generando ideas delirantes como síntomas de restitución.

De las notas anteriores podemos rescatar por un lado que no se da el complejo de Edipo en el psicótico, ya que este es el desenlace de la neurosis de transferencia. Mientras que, el complejo de castración tiñe el material inconsciente desde la fantasía que amenazan al infante, prefigurada por el narcisismo del psicótico. Entonces como el psicótico no puede combatir la castración genera una nueva realidad a través de <desmentida>, a fin de tratar de evitar tal sufrimiento y desmoronarse por completo.

1.3.2.10. La desmentida y la castración.

Freud articulará nuevamente el concepto de la desmentida, para explicar <la escisión del yo>, ante la angustia de castración. El mecanismo de la desmentida para Freud se puede encontrar tanto en la perversión como en las psicosis. Los perversos con la desmentida destruyen la prueba de la posibilidad de la castración.

En el esquema del psicoanálisis Freud argumenta (1938:XXIII:205) "encontramos fetichistas³³ que han desarrollado la misma angustia de castración que los no fetichistas, y reaccionaron de igual manera. Por tanto, en su comportamiento se expresan al mismo tiempo dos premisas contrapuestas. Por un lado, desmienten el hecho de su percepción, a saber, que en lo genitales femeninos no han visto pene alguno; por el otro, reconocen la falta del pene de la mujer y de ahí extraen las conclusiones correctas: Las dos actitudes subsisten una junto a la otra durante toda la vida sin influirse recíprocamente. Es lo que se tiene derecho a llamar una escisión del yo. (cursivas mías)

Para Freud la desmentida es un proceso que sucede posterior a la negación. *La desmentida se presenta en el complejo de castración y genera la escisión del yo como se pudo apreciar en los pasajes anteriores. Por su parte la negación afecta al juicio, mientras que la desmentida incide directamente en la percepción (rechaza la representación y el afecto insoportable) de la realidad, en esta fase a la angustia de castración, a fin de que el individuo no se vea afectado preferirá desmentir su castración es decir su falta y regresar entonces al estado de la perfección narcisista o psicótico, que vive con intensidad, sin llegar a una verdadera relación de objeto.*

Freud argumenta, que el yo infantil, esta sometido por un lado bajo el imperio del mundo real objetivo, y por otro tramita las exigencias pulsionales del ello mediante la represión. El yo se defiende de una dominación del mundo exterior sentida como penosa, (Idem205)"lo cual acontece mediante la *desmentida* de las percepciones que anotan ese reclamo de la realidad objetiva. Tales desmentidas sobrevienen asaz a menudo, no sólo en fetichistas; y toda vez que tenemos oportunidad de estudiarlas revelan como unas medidas que se tomaron a medias, unos *intentos incompletos desasirse de la realidad objetiva.*(las cursivas son mías) La desautorización es completada en todos los casos por un reconocimiento; se

³³ Freud en su artículo sobre *la escisión del yo en el proceso defensivo* comentaría (1938, Vol. XXIII:277) el fetichista "Se creó un sustituto del pene echado de menos en la mujer, un fetiche. Con ello había desmentido, es cierto, la realidad objetiva, pero había salvado su propio pene".

TELEFON
FALLA DE ORIGEN

establecen siempre dos posturas, independientes entre sí, que arrojan por resultado la situación de una escisión del yo. También aquí, el desenlace dependerá de cual de las dos pueda arrastrar hacia sí, la intensidad más grande".

Entonces el concepto de <la escisión del yo> es utilizado, por Freud para señalar un fenómeno singular que encontró en la clínica del fetichismo y las psicosis: donde coexisten dos actitudes psíquicas, dentro del yo. La primera toma en cuenta la realidad, mientras que la segunda desmiente la realidad y substituyéndola por una producción del deseo (síntoma convertido en delirio). Además ambas respuestas coexisten sin afectarse una a la otra.

En el artículo de *la pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis* (1924. Vol. XIX:195) aclara Freud "en la neurosis se evita, al modo de una huida, un fragmento de la realidad, mientras que en la psicosis se lo construye. Dicho de otro modo, *en la psicosis, a la huida inicial sigue una fase activa de reconstrucción*". (las cursivas son mías)

Esta reconstrucción el psicótico la hará a través del delirio, más adelante concluye Freud (loc.cit) "la neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber nada de ella, la psicosis la desmiente y procura sustituirla", de allí los delirios. (Idem. 195-6) "la psicosis se plantea la tarea de procurarse percepciones tales que correspondan a la realidad nueva, lo que logra de manera más radical por la vía de la alucinación. La diferencia entre neurosis y psicosis, es reducida ya que en ambos casos se *sustituye la realidad* sin embargo en las neurosis las fantasías tiene un material que parte del deseo y por lo regular encuentra por medio de la regresión una manera de satisfacer el deseo, pero en la psicosis se quiere remplazar, su mundo fantástico por el exterior".

1.3.2.11. El conflicto a nivel estructural

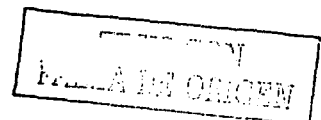
En la segunda tópica freudiana el conflicto a nivel estructural se presenta así:

1. En las **psicosis** el conflicto se da entre el yo y el mundo exterior, (esquizofrenia, paranoia y manía).
2. Mientras que para la **neurosis narcisista** (melancolía) el conflicto se da entre el yo y el **superyó**.

Una breve exposición de la segunda teoría del aparato permitirá articular los conceptos enunciados en este capítulo a fin de poder continuar con la exposición en el conflicto, estructural y los mecanismos defensivos y los síntomas en las psicosis.

El nuevo modelo estructural analizado por Freud en el yo y el ello en 1923 y artículos posteriores, incluye tres nuevas instancias, el **ello**, el **yo** y el **superyó**³⁴ Este nuevo modelo dependerá de la primera teorización del aparato psíquico. Parafraseando a

³⁴ Ver *la metapsicología* (1915, vol XIV), *el yo y el ello* (1923, vol. XIX), y *el esquema del psicoanálisis* (1938.vol. XXIII) a fin de revisar con detalle, lo que se menciona aquí, principalmente en lo referente a las conexiones entre un sistema y otro, los itinerarios y las mudanzas de las representaciones psíquicas.



Freud diré que ahora *ello* a nivel tópico es completamente inconsciente y opera bajo las operaciones energéticas del proceso primario (donde la energía fluye libremente y sólo se concatena con los mecanismos de condensación y desplazamiento, convertidas en representación cosa), y lo que gobierna al ello es el *principio de placer*

El ello es lo heredado, lo que proviene del cuerpo. En el esquema del psicoanálisis Freud explica (1938.Vol. XXIII:143). "Llamamos *ello* a la más antigua de estas provincias o instancias psíquicas; su contenido es todo lo heredado, lo que se trae con el nacimiento, lo establecido constitucionalmente; en especial, entonces, las pulsiones que provienen de la organización corporal, que aquí (en el ello) encuentran una primera expresión psíquica, cuyas formas son desconocidas (no consabidas) para nosotros". A nivel económico la fuerza energética inviste las pulsiones y sólo llegan a través del representante de la representación. En el esquema del psicoanálisis Freud define (Idem:146) "llamamos pulsiones a las fuerzas que suponemos tras las tensiones del ello. Representan los requerimientos que hace el cuerpo a la vida anímica".

Hay dos tipos de *pulsiones la vida y la destrucción* o muerte que tienden a buscar su expresión continua (loc.cit) Freud expresa "la meta de la primera es producir unidades cada vez más grandes y, así, conservarlas o sea, una ligazón; la meta de la otra es, al contrario, disolver los nexos y así destruir las cosas del mundo. Respecto de la pulsión destrucción, podemos pensar que aparece como su meta última transportar lo vivo al estado inorgánico, por eso también la llamamos *pulsión de muerte*."

Freud define al yo como, (1923.Vol. XIX:27) "el representante de lo que puede llamarse razón y prudencia, por oposición al ello, que contiene las pasiones. El origen del yo proviene del ello". En el esquema del psicoanálisis (1938.vol. XXIII. 143) escribe al respecto "bajo el influjo del mundo exterior real-objetivo que nos circunda, una parte del ello ha experimentado un desarrollo particular; originariamente un estrato cortical dotado de los órganos para la percepción de estímulos y de los dispositivos para la protección frente a estos, se ha establecido una organización particular que en lo sucesivo media entre el ello y el mundo exterior: a este distrito de nuestra vida anímica le damos el nombre del yo. El yo es ante todo cuerpo, Freud escribía (1923.Vol.XIX:27)." El yo sobre todo es una esencia-cuerpo; no es sólo una esencia superficie, sino, él mismo, la proyección de una superficie". Es importante no olvidar aquí cómo se constituye a través de la identificación con el otro, como se mencionó antes, hay que recordar que (Idem:31) "el carácter del yo es una sedimentación de las investiduras de objeto resignadas, contiene la historia de estas elecciones de objeto".

Estructuralmente hablando, las funciones del yo coinciden a nivel tópico con la conciencia y el preconscious, sin embargo presenta una parte inconsciente principalmente, la que echa a andar a los mecanismos de defensa, que utiliza cuando se ve amenazado por la angustia, evitando con los mecanismos tal displacer por medio de la conrainvestidura. A nivel económico el yo opera regido por el proceso secundario, donde la energía fluye ligada a representaciones palabra. El yo

RECIBIDO EN
FALLA DE ORIGEN

se encarga de la percepción interna y con el contacto del mundo externo, teniendo como *principio la realidad*.

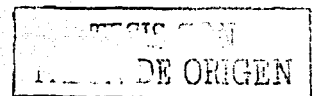
Freud escribía (1938. Vol.XXIII:144) el yo "tiene la tarea de la autoconservación y la cumple tomando hacia afuera noticia de los estímulos, almacenando experiencias sobre ellos (en la memoria), evitando estímulos hiperintensos (mediante la huida), enfrentando estímulos moderados (mediante la adaptación) y por fin aprendiendo a alterar el mundo exterior, de una manera acorde a fines para su ventaja (actividad); y hacia adentro, hacia el ello, ganando imperio sobre las exigencias pulsionales, decidiendo si debe consentirles la satisfacción, desplazando esta última los tiempos y circunstancias favorables en el mundo exterior, o sofocando totalmente sus excitaciones"

El yo tiene una serie de vasallajes con los que ha de luchar a fin de no generarse conflicto, ya que por una parte debe satisfacer las pulsiones figuradas en el deseo provenientes del ello y por otra responder a las leyes del superyó, para finalmente, tratar de quedar bien con la realidad. Entonces el yo hará uso de la represión hacia el ello afianzándola por medio de la contrainvestigación de la resistencia.

El superyó es una resultante del yo a partir del Complejo de Edipo, por lo que en esencia a nivel tópicico tiene un carácter inconsciente, pero también, una parte consciente y otra preconscious. Es el encargado de la conciencia moral de los padres y la social, representa la censura ante los actos socialmente normativizados. Freud escribió (1923.XIX:37) "El ideal del yo es, por tanto, la herencia del complejo de Edipo y, así, expresión de las más potentes mociones y los más importantes destinos pulsionales libidinales del ello. Mediante su institución, el yo se apodera del complejo de Edipo y simultáneamente se somete, él mismo, al ello. Mientras que el yo es esencialmente el representante del mundo exterior, de la realidad, el superyó³⁵ se le enfrenta como abogado del mundo interior, del ello".

En el *esquema del psicoanálisis*. (1938. Vol.XXIII:207) Freud explica "Un fragmento del mundo exterior ha sido resignado como objeto, al menos parcialmente, y a cambio (por identificación) fue acogido en el interior del yo, o sea ha devenido un ingrediente del mundo interior. observa al yo, le da órdenes, lo juzga y lo amenaza con castigos, en un todo como los progenitores, cuyo lugar ha ocupado. Llamamos *superyó* a esa instancia, y la sentimos en sus funciones de juez, como nuestra *conciencia moral*)

A nivel dinámico la nueva concepción estructural es la del conflicto, es decir, entre instancias o sistemas psíquicos, el yo entra en conflicto con el ello; con el superyó y finalmente con el mundo externo, que se pueden plasmar en diferentes formulas a fin de conocer el origen de las patologías.



³⁵ Es importante señalar que en varios pasajes de su obra Freud utilizó el ideal del yo como sinónimo de superyó.

A continuación se explican los cuadros clínicos de la esquizofrenia, la paranoia la manía y la melancolía, donde se incluyen tanto los aportes de la primera como de la segunda tópicos freudianos.

1.4. La esquizofrenia

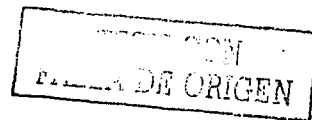
La esquizofrenia pertenece a un grupo de psicosis, específico, que tiene su origen en el narcisismo primario. Se caracteriza por extrañamiento de interés por el mundo. Presentando así un pobre contacto con la realidad, su comportamiento es apático y la formación de los síntomas predominan las ideas delirantes. Los síntomas corresponden al sobreinvertimiento de las <representaciones palabra>, por lo que desfigura el lenguaje, desde el imperio del proceso primario, es decir a través de la condensación, el desplazamiento y la simbolización, situación que hace que esquizofrénico sea incoherente. Las alucinaciones corresponden también al sobreinvertimiento de las <representaciones de objeto> del proceso primario. Los síntomas representan una forma de restitución o intento de curación.

En la *Introducción al narcisismo*, Freud explica (1914:vol.XIV:72) los esquizofrénicos (parafrénicos), "parecen haber retirado su libido de las personas y de las cosas, pero sin sustituirlas por otras en su fantasía, y cuando esto último ocurre, parece algo secundario y corresponde a un intento de curación³⁶ que quiere reconducir la libido al objeto". Más adelante comenta que el destino de esta libido se va al narcisismo, situación que en que la libido se transforma en idea delirante.

Con respecto al delirio de ser observado Freud comenta que proviene de la conciencia moral (superyó). escribe (Idem:92) "Los enfermos que se quejan de que alguien conoce todos sus pensamientos, observa y vigila sus acciones, son informados del imperio de esta instancia por voces, que de manera característica, le hablan en tercera persona (<ahora ella piensa de nuevo eso>, <ahora él se marcha>). Aquí hay que recordar que el ideal del yo (superyó) partió de la influencia crítica de los padres". También esta concepción será válida para la paranoia.

En el artículo de *neurosis y psicosis* Freud afirma que (1938, Vol. XXIII:157) " las esquizofrenias, se sabe que tienden a desembocar en la apatía afectiva, vale decir la pérdida de toda participación en el mundo exterior. Con relación a la génesis de las formaciones delirantes, algunos análisis nos han enseñado que *el delirio se presenta como un parche mal colocado en el lugar donde originariamente se produjo una desgarradura en el vínculo del yo con el mundo exterior*. Si esta condición (el conflicto del mundo exterior), no es mucho más patente de lo que ahora discernimos, ello se fundamenta en que en el cuadro clínico de la psicosis los fenómenos de proceso patógeno a menudo están ocultos por los de un intento de reconstrucción, que se le superponen." (cursivas mías)

³⁶Después a este síntoma le llamó de restitución o reconstrucción.



1.4.1. El lenguaje en la esquizofrenia

En los estadios iniciales de la esquizofrenia, se altera el *lenguaje*, Freud expone que (1915, vol. XIV:194) "El modo de expresarse es a menudo objeto de un cuidado particular, es <rebuscado>, <amanerado>. Las frases sufren una peculiar desorganización sintáctica que las vuelve incomprensibles para nosotros, la suerte que juzgamos disparatadas las preferencias de los enfermos. En el contenido de las preferencias muchas veces pasa al primer plano una referencia a órganos o a invenciones del cuerpo³⁷."

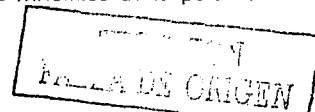
Por lo tanto la incoherencia deviene en representaciones cosa, comprimidas y movilizadas por la condensación y el desplazamiento, situación que hace difícil entenderlas de manera directa, ya que no ha sido organizadas por el proceso secundario, a través de representaciones palabras ligadas y coherentes por el yo: Entonces la condensación y el desplazamiento hacen oscuro el lenguaje del psicótico en múltiples voces para quien escucha. Bleuler escribe (1915, vol. XIV:196, citado por Freud). En la esquizofrenia las palabras³⁸ son sometidas al mismo proceso que desde los pensamientos oníricos latentes crea las imágenes del sueño, y que hemos llamado el proceso psíquico primario, son condensadas, y por desplazamiento transfieren unas a otras sus investiduras completamente; el proceso puede avanzar hasta el punto en que una sola palabra, idónea para ello por múltiples referencias, tome sobre sí la subrogación de una cadena íntegra de pensamientos."

Más adelante Freud afina su trabajo (loc.cit.) "En la formación sustitutiva del síntoma de la esquizofrenia su carácter extraño, el sustituto fue prescrito por semejanza de la expresión lingüística "argumentará en *lo inconsciente* (1915, Vol. XIV:200) que los intentos de restablecimiento de **las ideas delirantes en realidad lo que pretenden es recuperar el objeto perdido**, por lo que la explicación económica es la siguiente: "la investidura de la representación palabra no es parte del acto de represión, sino que constituye el primero de los intentos de restablecimiento o curación que llamativamente presiden en el cuadro clínico de la esquizofrenia. Estos intentos pretenden reconquistar el objeto perdido, y muy bien puede suceder que con este propósito emprendan el camino hacia el objeto pasando por su componente de palabra, debiendo no obstante conformarse después con las palabras en lugar de las cosas. Concluye Freud (Idem:201) los "esquizofrénicos tratan las cosas concretas como si fueran abstractas" (negritas y cursivas son mías).

A nivel tópico, en el texto del *esquema del psicoanálisis* Freud (1938, Vol. XXIII:158) define que "un contenido de ordinario inconsciente puede mudarse en uno preconscious y luego devenir consciente, como en vasta escala sucede en estados

³⁷ Resulta significativo como en las pruebas de dibujos de figuras humanas los pacientes esquizofrénicos dibujan órganos, proyectando un significado especial de su cuerpo.

³⁸ En *el yo y el ello*, Freud explica (1923, Vol. XIX:23) "Los restos de la palabra provienen, en lo esencial, de percepciones acústicas, a través de lo cual es dado un particular origen sensorial, por así decir, para el sistema Prc". La palabra entonces es, propiamente, el resto mnémico de la palabra oída.



psicóticos." Esto es, pasará de un sistema a otro sin el corte, de la censura o la represión, en otras palabras los contenidos del proceso primario pasan directo a la conciencia, la invaden, o mejor dicho se filtran.

Recapitulando *grosso modo* diré, que con el marbete de esquizofrenia se expresa un conjunto de psicosis, que tienen su inicio por lo regular en la adolescencia. Se caracteriza, con un extrañamiento hacia su persona y las cosas, el paciente está dividido en su interior, su pensamiento está matizado por lo regular de ideas delirantes extravagantes, alucina continuamente, oye voces, piensa que le han robado sus pensamientos más íntimos, o que está gobernado por su mundo interno, que trata de hacer válido para los demás, tiende al asilamiento y la expresión de sus afectos se ve empobrecida, su lenguaje es incoherente y su afecto incongruente, presenta conductas raras para los demás, no para él. Sus relaciones son escasas y complicadas, su sexualidad es básicamente autoerótica, ya que no reconoce otro objeto.

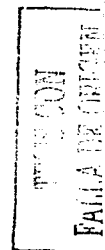
El psicótico a través del delirio trata de explicar tanto su mundo interno como el externo. Presenta regresiones orales a la primera fase de organización libidinal del autoerotismo, (narcisismo primario) donde no hay más objeto que su propio cuerpo, al que alude con frecuencia. Deja de participar en la vida ordinaria paulatinamente. Puede mostrar cambios afectivos de manera grotesca e impredecible o ser dócil y manejable. También puede ausentarse de la realidad externa durante largos períodos. Puede posponer el hambre y el sueño con demasiada frecuencia. No está exento de presentar estados depresivos y ansiosos, y en algunos casos, llegar a la agitación psicomotora, o a su opuesto, quedar paralizado con conductas catatónicas. Puede parecer extraño, en ocasiones despreocuparse por su aliño. Puede ser desconfiado y contradecirse sin que eso le importe.

El esquizofrénico puede ser hostil y amable, puede odiar y reclamar, pero no se puede enamorar. No tiene un vínculo real con los objetos, no los puede investir, puede identificarse parcialmente con los rasgos más severos y hostiles del superyó, que lo atormenta con alucinaciones auditivas que lo ofenden y que saben de sus más íntimos pensamientos y no tiene capacidad para desear, desmiente la primacía del falo ante la angustia de castración y niega su padecimiento y aún si vive. Se comunica y nos comunica que no lo comprendemos y no lo entendemos, por lo que se retira a su mundo, el que ha hecho de manera soberana donde todo lo inimaginable se hace posible, donde no hay censura, donde la mente no tiene más fronteras que su mundo interno, grita desde su silencio y pide ayuda cuando las defensas psíquicas no están para tolerarlo, y nadie está para escucharlo. Prefiere retirarse a su alter mundo, del que es gobernado y gobernador de tiempo completo.

1.5. La paranoia.

La paranoia³⁹ es una afección psicótica que se caracteriza por presentar delirios de persecución y una conducta interpretativa. La psicogénesis se encuentra en el

³⁹ Freud pudo demostrar en varios de sus artículos, los mecanismos psíquicos que operaban en la etiología de las psicosis, como el escrito H sobre la paranoia (1895, Vol. I:247) donde expone que La



narcisismo, su conflicto se encuentra en la <homosexualidad>, por lo que el delirio es una forma de negar su homosexualidad. En esta psicosis se presentan comúnmente delirios de grandeza, de celos y erotomaniacos. En esta patología hay una producción importante de ideas delirantes y pocas alucinaciones, por lo regular las alucinaciones son auditivas. Presentan delirios de ser observados y perseguidos, que alejan al sujeto de la realidad externa, por lo que su juicio se ve afectado, y equivocan el sentido de las relaciones sintiéndose acusados, principalmente. Sin embargo, su inteligencia pocas veces se ve afectada, y muchos pacientes paranoicos cuentan con una buena dote de conocimientos que sofistican sus ideas delirantes. Afectivamente se encuentran preocupados, al grado de mostrar mortificación extrema. Son desconfiados y hostiles con potencial para mostrarse agresivos o verdaderamente violentos. Se interesan por asuntos diversos, como la política, la religión y la ciencia entre otros temas, generando discusiones en las que se apasionan, mostrándose confrontadores e hirientes, sus afectos son hostiles y agresivos, cuando reconocen que alguien puede encarnar sus sospechas se tornan desconfiados, al grado de manejar su mundo de relación con mucha cautela a fin de no ser lastimado, ya que son hipersensibles a la crítica y dudan de la relación interpersonal, sexualmente presentan un conflicto homosexual que es el núcleo de sus ideas delirantes y que expresa sus afectos más íntimos a través de la proyección, como se mostrara más adelante.

En el Caso *Schreber*, el delirio tiene una significatividad importante para la persona que sufre de psicosis. Freud escribe (1911. Vol. XII:39) "la relación del enfermo con su perseguidor se puede resolver mediante una fórmula simple, la persona a quien el delirio atribuye un poder y un influjo tan grandes, hacia cuyas manos convergen todos los hilos del complot, es, cuando se la menciona de manera determinada, la misma que antes de contraerse la enfermedad poseía una significatividad de similar cuantía para la vida de sentimientos del paciente, o una persona sustitutiva de ella, fácilmente reconocible.

Sostenemos que la intencionalidad del sentimiento es proyectada como un poder exterior, el tono del sentimiento es trastornado hacia lo contrario, y que la persona ahora odiada y temida a causa de su persecución es alguien que alguna vez fue amado y venerado: La persecución estatuida en el delirio -afirmamos- sirve sobre todo para justificar la mudanza de sentimiento en el interior del enfermo".

Hay que recordar que en *Tótem y Tabú* Freud (1914:56) escribió "cuando el paranoico señala a una persona de su círculo de relaciones como su <perseguidor>, con ello la lleva hasta la serie paterna la ponen en las condiciones que le permiten hacerla responsable, en su sentir de toda desdicha".

También Freud argumentó que la paranoia es una forma de defensa ante la homosexualidad, (1911, vol. XII:55) "Diríamos que el carácter paranoico reside en que para defenderse de una fantasía de deseo homosexual se reacciona, precisamente, con el delirio de persecución de esa clase" explicación que

paranoia es una defensa "es un modo patológico de la defensa, como la histeria, la neurosis obsesiva y la confusión alucinatoria. Uno se vuelve paranoico por cosas que no tolera".

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

refrendaría en el yo y el ello (1923, Vol. XIX:44) "en la paranoia persecutoria el enfermo se defiende de cierta manera de una ligazón homosexual hiperintensa con determinada persona y el resultado es que esta persona amadísima pasa a ser perseguidor contra quien se dirige la agresión a menudo peligroso contra el enfermo tenemos el derecho de afirmar, por interpolación que una fase anterior el amor se había traspuesto en odio."

Lo anterior nos permite ubicar al perseguidor en el vínculo más cercano del paranoico quizá en la familia de origen o quienes cumplieron las veces de ellos. La conclusión a la que llegaría Freud, está enmarcada de la siguiente manera (1911. Vol. XII:58) "sostenemos que el núcleo del conflicto en la paranoia del varón, es la invitación de la fantasía de deseo homosexual, amar al varón, (aclara) no olvidaremos que para certificar un supuesto tan importante es premisa indispensable indagar un gran número de todas las formas de afición paranoica".⁴⁰ Es de esperarse el siguiente pasaje Freudiano en el que escribe (vol.XIX:44) "la indagación analítica nos dio a conocer la existencia de violentos sentimientos de rivalidad, que llevan a la agresión, tras cuyo doblegamiento, solamente, el objeto antes odiado pasa a ser amado o da origen a una identificación".

Freud explica los delirios⁴¹ de persecución, el erotomaniaco y el de grandeza, a partir del mecanismo de la proyección en la paranoia, que derivan en los siguientes enunciados, que cito textualmente para evitar confusiones y problemas de interpretación. (1911.Vol.XII: 59-60) "la paranoia puede figurarse como unas contradicciones a una fase sola <Yo (un varón) lo amo (a un varón)>, y aún agotan todas las formulaciones posibles de esta contradicción.

1.5.1. El delirio de persecución

A la frase <Yo lo amo (al varón)> la contradice

a) el delirio de persecución, proclamo en voz alta:

< Yo no lo amo –pues yo lo odio>.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

Esta contradicción, que en lo inconsciente no podría rezar de otro modo, no puede devenirle conciente⁴² al paranoico en esta forma. El mecanismo de la formación de síntoma en la paranoia exige que la percepción interna, el sentimiento sea sustituida por una percepción de afuera. Así la frase <pues yo lo odio> se muda por proyección, en esta otra: <el me odia (me persigue) lo cual me justificará después para odiarlo>.

Entonces, el sentimiento inconsciente que pulsiona aparece como consecuente de una percepción exterior.

⁴⁰ Ver Freud (1915. Vol. XIV, P.259-272), Acerca de un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica.

⁴¹ En este artículo también Freud trabaja el delirio de celos que no se desarrollará en este trabajo.

⁴² Aquí es importante, comentar que en el inconsciente, no existe la negación. Freud en artículo sobre <La negación>(1925:253) explica "un contenido de representación o de pensamiento reprimido puede irrumpir en la conciencia a condición de que se deje negar. La negación es un modo de tomar noticia de lo reprimido".

<Yo no lo amo – pues yo lo odio – porque ÉL ME PERSIGUE>

La observación no deja ninguna duda sobre que el perseguidor no es otro que el otrora amado.

1.5.2. El deliro erotomaniaco

Otro punto de ataque para la contradicción lo registra la *erotomanía*, que sin esta concepción permanecería totalmente incomprensible:

<Yo no lo amo- pues yo la amo>

Y aquella misma compulsión a proyectar imprime a la frase esta mudanza: <Yo noto que ella me ama>.

<Yo no lo amo – yo la amo- porque ELLA ME AMA>”

Muchos casos de erotomanía podrían impresionar como unas fijaciones heterosexuales exageradas y disformes, que no tuvieran otro fundamento que ese, si no prestáramos atención a la circunstancia de que todos esos enamoramientos no se instalan con la percepción interna del amar, sino con las del ser -amado- viene de afuera. Ahora bien, en esta forma de paranoia también la frase intermedia <yo la amo> puede devenir consciente, porque su contradicción a la primera frase no es diametral, no es tan inconciliable como la que media entre amar y odiar. En efecto, sigue siendo posible amarla además de amarlo, de esta suerte, puede suceder, que el sustituto de proyección <ella me ama> sea relegado de nuevo por la frase <pues yo la amo>, del <lenguaje fundamental>.”

1.5.3. El deliro de grandeza

FALLA DE ORIGEN

Explica Freud (Idem:60)” se creería que una frase de tres eslabones como <yo lo amo> admitirá sólo tres variedades, de contradicción. El delirio de los celos contradice al sujeto, el delirio de persecución al verbo, la erotomanía al objeto; Sin embargo es posible una cuarta de contradicción, la desautorización en conjunto de la frase íntegra:

<Yo no amo en absoluto, y no amo a nadie>, y esta frase parece psicológicamente equivalente- puesto que uno tiene que poner la libido en alguna parte- a la frase <Yo me amo sólo a mí>. Esta variedad de contradicción nos da entonces por resultado el delirio de grandeza, que podemos concebir como una *sobreestimación sexual del yo propio* y así, poner en paralelo con la consabida sobrestimación del objeto de amor.”

En la formación de síntoma de *proyección*, en la paranoia Freud escribe.(Idem:61)” Una percepción interna es sofocada, y como sustituto de ella adviene a la conciencia su contenido, luego de experimentar cierta desfiguración, como una percepción de afuera: En el delirio de persecución, la desfiguración consiste en una mudanza de afecto; lo que estaba destinado a ser sentido adentro como amores percibido como odio afuera”.⁴³

⁴³ Freud aclara (1911.vol.XII:61) ”Uno estaría tentado de postular este asombroso proceso como lo más sustantivo de la paranoia y absolutamente patognomónico de ella, si no recordara a tiempo que:1) la proyección no desempeña el mismo papel en todas las formas de paranoia, y 2) no ocurre

Freud definirá que existen fases en la represión, la primera corresponde a la fijación, que es previa de cada represión, la segunda es la represión propiamente dicha el esfuerzo de dar casa ⁴⁴ y la tercera fase, explica Freud (Idem:63) , para las psicosis es" las más sustantiva para los fenómenos patológicos, cabe mencionar el fracaso de la represión, *la irrupción, el retorno de lo reprimido*. Tal irrupción se produce desde el lugar de la fijación y tiene por contenido una regresión del desarrollo libidinal hasta ese lugar. hay que recordar que habrá tantas fijaciones como estadios hay en el desarrollo de la libido. Esto es la producción patológica en la formación delirante (1910.vol XII:65) es," en realidad, el intento de restablecimiento, la reconstrucción". En palabras coloquiales cuando falla la represión se instaura la reconstrucción del mundo externo en una nueva acción psíquica donde el psicótico genera un mundo nuevo a través de la desmentida.

1.5.4. La alucinación

Las alucinaciones en la paranoia será explicada en los siguientes términos, Freud argumenta en *el manuscrito K* que (1896, Vol.I:267) "sólo el afecto que haya sido reprimido (desalojado) por proyección, o lo fuera también el contenido de la vivencia, según sea el caso, pues el retorno abarcará meramente el afecto penoso o también al recuerdo: En esta segunda alternativa" más adelante comenta que "el contenido de la vivencia retorna como un pensamiento en forma de ocurrencia, o como una alucinación visual o sensorial. El afecto reprimido parece retornar siempre en alucinaciones de voces."

1.6. La melancolía

La melancolía es una depresión extrema, donde hay una afectación profunda del deseo, Freud la consideró como la única <neurosis narcisista>.Que corresponde a un duelo patológico, donde se da una pérdida de objeto, en la que el sujeto desconoce, lo que ha perdido. La melancolía es una depresión profunda que se presenta como una pérdida narcisista grave. Aquí se da un desgaste de la libido, como una pérdida del yo.

Los síntomas principales recaen en el yo, los afectos presentan una rebaja en el amor propio, la persona rompe con los vínculos externos, niega la realidad y se identifica, con la pérdida (que desconoce), después introyecta el objeto que supone perdido. En el lenguaje de la pulsión se puede decir que lo devora de manera oral y canibalística, luego lo escupe, situación que le genera sentimientos ambivalentes, se desentiende de la realidad. No hay nada que pueda contener el sufrimiento, la culpa y la pérdida del amor propio comandados por el superyó llevan al paciente a la autoflagelación, a la aniquilación, son comunes las ideas de muerte y actos suicidas, que tienen como fin acabar con el sufrimiento, con el que no puede combatir, el sujeto, ya que el daño viene de dentro, desde el *superyó*. En la melancolía se

sólo en la paranoia, sino también bajo otras constelaciones de la vida anímica, y aún cabe atribuirle una participación regular en nuestra postura frente al mundo exterior"

⁴⁴ Ver Las tres fases de la represión en el caso Schreber (1910 ó 1911. vol.XII:62-3).

presentan los síntomas extremos de la depresión, como la anhedonia, las ideas de minusvalía, el dolor emocional, la tristeza el llanto, la adinamia y por si fuera poco, rompe con la realidad, presenta alucinaciones auditivas de tipo ofensivo provenientes de un superyó severo y castigador que aniquilan cualquier asomo de esperanza, mientras el *superyó* crece y se ensaña con el *yo* que disminuye y sufre, enfrentándose al horror de encontrarse sólo, consigo mismo, la lucha más severa de odiarse, por sí mismo. El *superyó* heredero del complejo de Edipo castiga al *yo* con el que antes se había identificado, mientras el *yo* se regresa al estado *narcisista*, al grado de perder contacto con la realidad y presentar un ensimismamiento que lo llevan a contemplarse como el ser más desdichado, es importante recordar que en el artículo de *neurosis y psicosis* Freud escribió que el conflicto de la melancolía también llamada por él la *neurosis narcisista*, presenta el conflicto el *yo* contra el agobiante superyó, que los asfixia y del cual no puede librarse.

Freud estudió la melancolía haciendo un excelso análisis comparativo con el duelo⁴⁵ comentando que (1915.vol.XIV:242) "La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo."

La pérdida en la melancolía es desconocida en el duelo no, situación la aclara Freud de la siguiente manera (Idem:244) "la pérdida ocasionadora de la melancolía; cuando él sabe a quién perdió pero no lo que perdió en él: Esto nos llevaría a referir de algún modo a la melancolía a una pérdida de objeto, en el cual no hay nada inconsciente en lo que atañe a la pérdida" Más adelante argumentará. "En la melancolía la pérdida desconocida tendrá por consecuencia un trabajo interior semejante y será la responsable de la inhibición que le es característica. Solo que la inhibición melancólica nos impresiona como algo enigmático porque no acertamos ver lo que absorbe tan enteramente al enfermo: El melancólico nos muestra todavía algo que falta en el duelo: una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico, un enorme empobrecimiento del *yo*. En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía eso ocurre al mismo *yo*. El enfermo nos describe a su *yo* como indigno, estéril y moralmente despreciable; se hace reproches, se denigra y espera repulsión y castigo: Se humilla ante todos los demás y conmisera a cada uno sus familiares por tener lazos con una persona tan indigna: No juzga que le ha sobrevenido una alteración sino que extiende su autocrítica al pasado; asevera que

⁴⁵ ¿Cómo se presenta el examen de la realidad en duelo normal?, escribe Freud (Idem:242-3) "El examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda la libido de sus enlaces con ese objeto: A ello se opone una comprensible renuencia; universalmente se observa que el hombre no abandona de buen grado una posición libidinal, ni aún cuando su sustituto ya asoma: esa renuencia puede alcanzar tal intensidad que produzca un extrañamiento de la realidad y una retención del objeto por vía de una psicosis alucinatoria de deseo. Lo normal es que prevalezca el acatamiento a la realidad, pero la orden que esta imparte no puede cumplirse enseguida. Se ejecuta pieza por pieza con un gran gasto de tiempo y de energía de investidura, y entre tanto la existencia del objeto perdido continua en lo psíquico. Cada uno de los recuerdos y cada una de las expectativas en que la libido se anuda al objeto son clausurados, sobre investidos y en ellos se consume el desasimiento de la libido".

TEXTO CON
FALLA DE ORIGEN

nunca fue mejor. El cuadro de este tipo de *delirio de insignificancia* – predominantemente moral. Se completa con el insomnio, la repulsa del alimento y un desfallecimiento, en extremo asombroso psicológicamente, de la pulsión que compele a todos los seres vivos a aferrarse a la vida" (las cursivas son mías).

En la melancolía, una parte del yo se toma como objeto a la otra, redacta Freud (Idem: 245) "una parte del yo se contraponen a la otra, la aprecia críticamente, la toma por objeto, digamos. Y todas nuestra ulteriores observaciones corroboran la sospecha de que la instancia crítica escindida del yo en este caso podría probar su autonomía también en otras situaciones, a esta parte la llamo la conciencia moral". (ideal del yo o superyó)

Con respecto al <conflicto en la melancolía> y la identificación Freud expone que (loc.cit) "Hubo una elección de objeto, una ligadura de la libido a una persona determinada; por obra de *una afrenta o real desengaño* de parte de la persona amada sobrevino un sacudimiento de ese vínculo de objeto: El resultado no fue el normal; que habría sido un quite de la libido de este objeto y su desplazamiento a uno nuevo, sino otro distinto, que para producirse parece requerir varias condiciones. **La investidura de objeto resultó poco resistente, fue cancelada, pero la libido libre no se desplazó a otro objeto sino que se retiró sobre el yo: Pero ahí no encontró un uso cualquiera, sino que sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto resignado: La sombra del objeto cayó sobre el yo**, quien en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular es como un objeto, como el objeto abandonado. De esta manera, **la pérdida del objeto hubo de mudarse en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en la bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por la identificación.**" (negritas y cursivas mías)

La melancolía tendrá su lugar en una regresión de la investidura de objeto al fase oral del desarrollo en el narcisismo concluye Freud (Idem:247)." Por tanto la melancolía toma prestados una parte de sus caracteres de duelo, y la otra parte de la regresión desde la elección narcisista de objeto hasta el narcisismo: Por un lado, como el duelo, es reacción frente a la pérdida real del objeto de amor, pero además depende de una condición que falta a duelo normal o lo convierte, toda vez que se presenta, en un duelo patológico. *La pérdida del objeto de amor es una ocasión privilegiada para que campee y salga a la luz la ambivalencia de los vínculos de amor*". Más adelante dirá Freud "Las ocasiones de la melancolía rebasan las más de las veces el claro acontecimiento de la pérdida por causa de muerte y abarcan todas las situaciones de afrenta, de menosprecio y de desengaño en virtud de las cuales puede instalarse en el vínculo una oposición entre el amor y odio o reforzarse una ambivalencia preexistente. Este conflicto de ambivalencia, de origen más bien externo unas veces, más bien constitucional otras, no ha de pasarse por alto entre las premisas de la melancolía. Si el amor por el objeto – ese amor que no puede resignarse a la par que el objeto mismo es resignado- se refugia en la identificación narcisista, el odio se ensaña con ese objeto sustitutivo, insultándolo, denigrándolo haciéndolo sufrir, y ganando en este sufrimiento una satisfacción sádica: *Este*

FIN CON
MILLA Y ORIGEN

automartirio⁴⁶ de la melancolía, inequívocamente gozoso, importa en un todo como el fenómeno paralelo de la neurosis obsesiva, la satisfacción de las tendencias sádicas y de tendencias al odio que recaen sobre un objeto y por la vía indicada han experimentada una vuelta hacia la persona propia. En ambas afecciones suelen lograr los enfermos, por el rodeo de la auto punición, desquitarse de los objetos originarios y martirizar a sus amores por intermedio de su condición de enfermos. A nivel económico Freud escribe (Idem:249) " la investidura de amor del melancólico en relación con su objeto ha experimentado un destino doble; en una parte ha regresado a la identificación, pero en otra parte, bajo la influencia del conflicto de ambivalencia, fue trasladada hacia atrás, hacia la etapa del sadismo más próxima a ese conflicto". Las cursivas son mías.

Entonces es el sadismo el que descubre la inclinación al suicida por el melancólico sólo este sadismo nos revela el enigma de la inclinación del suicidio por la cual la melancolía concluye Freud (idem:249) "**el yo sólo puede darse muerte si en virtud del retroceso de la investidura de objeto puede tratarse a sí mismo como un objeto**, si le es permitido dirigir contra sí mismo esa hostilidad que recae sobre un objeto y subroga la reacción originaria del yo hacia la elección narcisista del objeto".

A nivel tópico Freud argumenta (Idem:254) que "en la melancolía se urde una multitud de batallas parciales por el objeto; en ellas se enfrenta el odio y el amor, el primero pugna por desatar la libido del objeto, y el otro por salvar del asalto esa posición libidinal. A estas batallas parciales no podemos situarlas en otro sistema que el lcc del reino de las huellas mnémicas de cosa (a diferencia de la investidura de palabra). Ahí mismo se efectúan los intentos de desatadura en el duelo, pero por este caso nada impide que tales procesos prosigan por el camino normal que atraviesa el Prcc hasta llegar a la conciencia. Este trabajo esta bloqueado por el trabajo melancólico, quizá a consecuencia de una multiplicidad de causas o de conjunción de estas: La ambivalencia constitucional pertenece en sí y por sí a lo reprimido, mientras que las vivencias traumáticas con el objeto pueden haber activado otro (material) reprimido. Así, de estas batallas de ambivalencia, todo se sustrae de la conciencia hasta que sobreviene el *desenlace* característico de la melancolía. *Este consiste, como sabemos, en que la investidura libidinal amenazada abandona finalmente al objeto, pero sólo para retirarse del yo del cual había partido. De este modo el amor se sustrae de la cancelación por su huida al interior del yo.* Tras esta regresión de la libido, el proceso puede devenir conciente y representa ante la conciencia como *un conflicto entre una parte del yo y una parte crítica.*" Es decir el conflicto entre una parte del yo y el superyó. (las cursivas son mías)

41
FELIX DE ORIG

⁴⁶ En el yo y el ello (1923:vol.XIX:53-54) Freud explica cómo se presenta la crítica del sentimiento de culpa en el superyó, comenta al respecto, en "la melancolía, hallamos que el superyó hiperintenso, que ha arrastrado hacia sí a la conciencia, se abate con furia inmisericorde sobre el yo, como si hubiera apoderado de todo el sadismo disponible en el individuo: De acuerdo con nuestra concepción del sadismo, diríamos que el componente destructivo se ha depositado en el superyó y se ha vuelto hacia el yo: Lo que ahora gobierna en el superyó es como un cultivo puro de la pulsión de muerte, que a menudo logra efectivamente empujar al yo a la muerte, *cuando el yo no consiguió defenderse antes de su tirano mediante el vuelco a la manía*" (las cursivas son mías).

En la 31ª conferencia. *La descomposición de la personalidad psíquica*, Freud (1932:56) explica " en el ataque melancólico el superyó se vuelve hipersevero, insulta denigra, maltrata al pobre yo, le hace esperar los más graves castigos, lo reprocha por acciones de un lejano pasado que en su tiempo se tomaron a la ligera, como si durante todo ese intervalo se hubiera dedicado a reunir acusaciones y sólo aguardara su actual fortalecimiento para representarse con ellas y sobre la base de formular una condena. El superyó aplica el más severo patrón moral al yo que se ha entregado inerte, y hasta subroga la exigencia de la moralidad general; así, aprehendemos con una mirada de nuestro sentimiento de culpa moral expresa tensión entre el yo y el superyó."

1.7. La manía

La manía es una psicosis, donde predominan la fuga de ideas, los cambios en el humor, y no necesariamente se alucina, pero existe en ella un compromiso importante con ideas sobrevaloradas, que pueden llegar a convertirse en ideas delirantes de grandeza. El humor se ve afectado por la euforia y el enojo. El juicio se encuentra empobrecido y aumenta la actividad física y psíquica. En la manía puede presentarse de manera periódica y puede oscilar y compartir patología depresiva, generándose entonces estados maniaco-depresivos, donde alguna de las dos características predomina el cuadro.

Freud trabajó en menor medida a la manía⁴⁷, que otras psicosis. Básicamente su trabajo lo derivó del estudio del *duelo y la melancolía*. En esta patología Freud pone el acento en el nivel *económico* de la formación del delirio de grandeza.

Ya en la introducción al narcisismo Freud teorizaba acerca de las ideas delirantes de la manía de la siguiente manera "Sobre la manía (vol.XIV.:73) "podrían imputarse al delirio de grandeza: una sobreestimación del poder de sus deseos y de sus actos psíquicos, la <omnipotencia de los pensamientos>, una fe en la virtud ensalmadora de las palabras y una técnica dirigida al mundo exterior, la <magia>, que aparece como una aplicación consecuente de premisas de la manía de grandeza".

Freud aplicó los conocimientos de la melancolía a la manía, argumentando que (Idem:250-1) "la manía no tiene un contenido diverso de la melancolía, y ambas afecciones pugnan con el mismo <complejo> al que el yo probablemente sucumbe en la melancolía mientras que en *la manía lo ha dominado o lo ha hecho a un lado*. El otro apoyo nos lo brinda la experiencia según la cual en todos los estados de alegría, júbilo o triunfo, que nos ofrece el paradigma normal de la manía, puede reconocerse idéntica conjunción de condiciones económicas: En ellos entra en juego un influjo externo por el cual un gasto psíquico grande mantenido por largo tiempo o realizado a modo de un hábito, se vuelve por fin superfluo, de suerte que queda disponible para múltiples aplicaciones y posibilidades de descarga.⁴⁸ (las cursivas son mías)

⁴⁷ Este trabajo quedó prácticamente a cargo de K. Araham quien diferenció la manía de la neurosis obsesiva.

⁴⁸ Freud cita varios ejemplos (Vol XIV:251)" cuando una gran ganancia de dinero libera de pronto a un pobre diablo de la crónica de preocupación por el pan de cada día, cuando una larga y laboriosa

TESIS CON
A DE ORIGEN

Freud a nivel de hipótesis escribe (loc.cit), ***"En la manía el yo tiene que haber vencido a la pérdida del objeto (o al duelo por la pérdida, o quizá al objeto mismo), y entonces queda disponible todo monto de contra inversión que el sufrimiento dolido de la melancolía había atraído sobre sí desde el yo y había ligado:*** Cuando el maniaco nos demuestra también inequívocamente su emancipación del objeto que le hacía penar.⁴⁹ (negritas y cursivas son mías)

Freud concluye su trabajo sobre la manía (Idem:253) "Si el objeto no tiene para el yo una importancia tan grande, una importancia reforzada por millares de lazos, tampoco es apto para causarle un duelo o una melancolía: Ese carácter, la ejecución pieza por pieza del desaimiento de la libido, es por tanto adscribible a la melancolía del igual modo que al duelo; probablemente se apoya en las mismas proporciones económicas y sirve a idénticas tendencias".

Tiempo después en su texto sobre *psicología de masas y análisis del yo* (1921.vol.XVIII:125) Freud explica que "Sobre la base de nuestro análisis del yo es indudable que, en **el maniaco yo e ideal del yo se han confundido**, de suerte que la persona, en un talante triunfal y de autoarrebato que ninguna crítica perturba, puede regocijarse por la ausencia de inhibiciones, miramientos y autorreproches: Es menos evidente, que la miseria del melancólico sea la expresión de una bipartición tajante de ambas instancias del yo, en que el ideal, desmedidamente sensible, hace salir a la luz de manera despiadada su condena del yo, en el delirio de insignificancia y en autodenigración" (cursivas mías). Lo anterior permite explicar el por qué del juicio errático en la manía, básicamente por una confusión de su yo con el ideal del yo (superyó).

Recapitulando diré que la manía expresa la cara contraria de la melancolía, el afecto del maniaco es eufórico, se muestra con mucha energía física y hace una gran cantidad de actividades que no termina, sus ideas delirantes representan *una expansión del yo que se ha confundido con el superyó*, y la regresión que hace al *narcisismo lo lleva a vivir una conducta omnipotente que antes existió y donde todo lo podía*, es insaciable con los objetos que no puede entender, pero que quiere tener, por lo que también su juicio esta deteriorado. Lleva en su marca la pulsión de muerte que lo asecha y lo perturba, su culpa se encuentra disminuida por lo que funciona desinhibidamente en un actuar sin límite.

...
FALLA DE ORIGEN

brega (lucha) se ve coronada al fin por el éxito, cuando se llega a la situación de poder librarse de golpe de una coacción oprimente, de una disimulación arrastrada de antiguo, etc. *Esas situaciones se caracterizan por el empujado talante, las marcas de una descarga del afecto jubiloso y una mayor presteza para emprender toda clase de acciones, tal como ocurre en la manía y en completa oposición a la depresión y a la inhibición propias de la melancolía.*

⁴⁹ Freud (1915.vol.XIV.:251) "Este esclarecimiento suena verosímil, pero en primer lugar, está muy poco definido y, en segundo lugar, hace aflorar más preguntas y dudas nuevas que las que nosotros podemos responder".

CAPITULO II

TEORIA DEL DISPOSITIVO GRUPAL

"El grupo es históricamente anterior al individuo que de él emerge" G. Mead (1937)

"Todo grupo se constituye en un espacio dado y conquistado. Éste lo encierra, lo define, pero además, en el espacio buscan los miembros del grupo a su otro grupo, a su lugar distinto. El espacio es su compulsión y su pulsación fuera de él, el espacio lo organiza, pues recoge su sueño; el grupo es un móvil en busca de su lugar, al que ordena y desordena sin cesar. La movilidad del espacio, no su inconsistencia, es necesaria para el movimiento exploratorio hacia incesantes equilibrios. Movilidad, es decir, simultaneidad y sucesión de fronteras, diferenciación de los límites y permuta de plazas. La frontera asegura al grupo su identidad y su distinción contra la incertidumbre de sí y de los demás. Inmovilizada, considerada infranqueable, significa y provoca la apatía o la agresión estereotipada, la descomposición bajo la apariencia de unidad, demasiado fluctuante e inasible, inquieta y anonadada todo deseo y todo orden. El límite está en el centro del discurso de los miembros de un grupo acerca de ellos mismos y del grupo. Todo conflicto lo es a propósito del límite entre el yo y el no-yo, entre el yo y el otro, entre el espacio asignado al grupo y otro espacio:

René Klés (1977:120)

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO II

LA TEORÍA Y TÉCNICA DEL DISPOSITIVO GRUPAL

En este capítulo me abocaré al objetivo de la *demarcación del marco teórico*. Es importante aclarar que en el trabajo psicoanalítico con grupos, la teoría es un puente de articulación entre la clínica terapéutica y el analista de grupo. Es decir, la teoría por una parte define los conceptos del marco de referencia, a la vez que explica el campo técnico del dispositivo grupal y de la labor del analista del grupo en el tratamiento, por lo que el capítulo está dividido en dos secciones; en la primera se desarrolla la teoría de los grupos psicoanalíticos, después se trabaja con los conceptos de la técnica grupal, es decir del dispositivo grupal.

La primera parte es esencialmente teórica, aquí se comentan los tres modelos de agrupamiento, propuestos por Freud y se desarrollan las implicaciones del concepto de grupo y se diferencian los conceptos teóricos que aportó la psicología social, con respecto a las contribuciones del psicoanálisis al grupo. Se trabaja con las dificultades epistemológicas en las que ha nacido el concepto de grupo, y cómo ha generado confusión, y se hace un breve recorrido por los dispositivos de la clínica grupal (norteamericana, inglesa y francesa). El análisis principal recae en el <dispositivo grupal>.de la escuela francesa. En esta sección se pone énfasis en la aportación de Kaës acerca de la concepción de <la realidad psíquica grupal>, que proviene del psicoanálisis freudiano, y que anuda los trabajos de las escuelas inglesa y francesa. Aquí se revisarán conceptos clave de los trabajos de analistas grupales ingleses como Bion, Foulkes, y Ezriel. Posteriormente se continúa con un breve recorrido por los conceptos necesarios de la propuesta francesa del CEFRAP⁵⁰ enunciada básicamente por: Pontalis, Anzieu, Bejarano y Kaës.

La segunda parte es teórico-técnica. En esta sección se desarrollan los conceptos ligados al dispositivo grupal, el encuadre, el contrato, el funcionamiento grupal, la tópic del espacio grupal, el contenido manifiesto, el contenido latente, la resistencia, la transferencia-contratransferencia, la interpretación y finalmente la supervisión del trabajo clínico, entre otros.

2.1. Antecedentes freudianos de la teoría psicoanalítica de grupo.

Para llegar a conocer el dispositivo grupal, es necesario explicar los elementos que lo fundaron con los aportes de Freud y de la escuela inglesa con Bion y Foulkes básicamente, que fueron reconsiderados por la escuela francesa del CEFRAP⁵¹.

⁵⁰ CEFRAP: Centro de Estudios Franceses para la Formación y la Investigación Activa de la Psicología.

⁵¹ Un dato curioso es que mientras la escuela francesa, trabajaba el estatuto del grupo como objeto de estudio, ya la escuela inglesa tenía varios aportes al estudio de los grupos, sin que los primeros conocieran el trabajo de los segundos. Sin embargo El CEFRAP redescubrió los aportes de sus colegas ingleses asumiéndolos como trabajos sustantivos en la conformación teórica del dispositivo grupal.

TRABAJOS CON
FALLA DE ORIGEN

René Kaës (1995) en su texto sobre el grupo y el sujeto del grupo, elementos para una teoría psicoanalítica de grupo⁵² (1995), enfatiza que los aportes freudianos corresponden a tres modelos de agrupamiento, que corresponden a las obras de *Tótem y tabú de 1912; Psicología de masas y Análisis del yo de 1921 y El malestar en la cultura de 1929*, "estas obras no pueden leerse como un simple ejercicio de psicoanálisis aplicado".

Argumenta Kaës (Idem:41) "En efecto, si Freud insiste tanto en preparar los elementos de una hipótesis sobre las formaciones y los procesos psíquicos en los grupos humanos, es porque persigue con ello la elaboración de conceptos y de problemáticas capitales para la teoría psicoanalítica del inconsciente: *Tótem y Tabú*, no puede limitarse a ser leído solamente como una especulación del psicoanálisis, aplicado a la génesis de las formaciones sociales. Freud revela allí la vertiente paterna del complejo de Edipo, sus componentes narcisistas y homosexuales; sostiene la hipótesis de las formaciones trans-individuales de la psique, precisa su investigación sobre la transmisión psíquica y, por consiguiente, sobre el origen y lo originario. *Psicología de masas y análisis del yo*, no es un ensayo de <psicología social> en el sentido en que lo entendemos hoy. Freud utiliza en efecto esta noción para introducir dentro de la problemática del psicoanálisis la apertura intersubjetiva de los aparatos psíquicos en un lugar que permita entender conjuntamente la estructura del lazo libidinal entre varios sujetos, la función de las identificaciones y de los ideales y la formación del yo. *El porvenir de una ilusión (1927), El malestar en la cultura (1929)* y hasta el último trabajo, *Moisés y la religión monoteísta (1939)*, completarán esta vía de investigación y la mantendrán abierta.

La cuestión del grupo intersubjetivo es, por tanto, para Freud la ocasión de un nuevo desafío heurístico fundamental: **Le abre un eje de investigación sobre el apuntalamiento de la realidad psíquica individual en los conjuntos intersubjetivos, precisamente en la realidad psíquica que se forma, circula y se transforma en los conjuntos y constituye uno de los soportes del sujeto del inconsciente**".⁵³ Hay que recordar que esta aportación freudiana se asocia de manera directa a la definición de grupo que se trabaja en este capítulo.

2.2. Los tres modelos del agrupamiento, propuestos por Freud

En: 1.- *Tótem y tabú (1912)*; 2.- *Psicología de masas y análisis del yo (1921)* y 3.- *El malestar en la cultura (1921)*.

2.2.1. Primer modelo en <Tótem y tabú> 1912

Escribe Kaës (1995:49) "se organiza sobre la ficción teórica-mítica del asesinato del padre de los orígenes y sobre el pacto denegativo identificatorio que conciertan los hermanos al instituir la interdicción, que ellos han transgredido, en Ley organizadora de su estructura psíquica y de sus vínculos intersubjetivos.

⁵² Ver Kaës (1995:27-72).

⁵³ Las negritas y cursivas son mías.

2.2.2. Segundo modelo en <Psicología de masas y análisis del yo> 1921.

Explica Kaës que (Idem:49) "Las identificaciones⁵⁴ constituyen los fundamentos libidinales de la vida psíquica de los conjuntos; se trata efectivamente de los procesos de la vida psíquica del sujeto singular, pero lo que a Freud le interesa poner en evidencia son los arreglos de identificaciones y los productos específicos que caracterizan a la vida de los conjuntos: la figura principal del conductor, las formaciones del ideal común y de la idea que los representan."

2.2.3. Tercer modelo en <El malestar en la cultura> 1929.

Argumenta Kaës que (Idem:49) "Freud propone un *tercer modelo* para dar razón del paso de la pluralidad al agrupamiento: su principio es la renuncia mutua a la realización directa de los fines pulsionales: La comunidad que resulta de ello se define por la protección y las obligaciones, fundadas en el derecho, adquiridas a cambio de limitación de los <impulsos instintivos personales>"⁵⁵. Los tres modelos son ejemplos claros de cómo Freud da contenido a la realidad psíquica grupal, al definir estos modos de operar del grupo, es decir, que la grupalidad genera este tipo de vínculo.

Lo anterior tiene un correlato directo con la <realidad psíquica grupal> a la que Freud dio cuenta, y permite hacer lecturas psicoanalíticas en el orden grupal, por ejemplo, desde Tótem y Tabú, la figura a la que tratará de asesinar (simbólicamente), será al terapeuta, en una alianza grupal (de hermanos) a fin de quitarle la pareja, situación que se revertirá en ellos como culpa, con la cual marcarán su estructura psíquica, y su forma de proceder en el grupo. En Psicología de masas y Análisis del yo, permite leer al grupo, en la identificación donde se reconoce al terapeuta como un ideal, y funciona a partir de este entendimiento de carácter inconsciente, admitiendo en los otros (grupo) un lazo identificatorio que los une a fin de rendir cuentas al terapeuta.

El tercer modelo de *El malestar en la cultura*, permite hacer la lectura siguiente: las personas se agrupan renunciando a cualquier lazo libidinal hacia cualquier miembro del grupo y se dedica de lleno al trabajo terapéutico, es decir, a la tarea clínica con del cumplimiento irrestricto, de la regla del dispositivo grupal, renunciando a las pulsiones. El grupo estará enmarcado en un deber ser, donde imperan la protección y obligaciones fundadas en el derecho; que de hecho tienen que ver con el respeto a la regla fundamental del dispositivo grupal.

FALLA DE ORIGEN

⁵⁴ Hay que recordar que en la introducción del narcisismo como se pudo apreciar -en el segundo capítulo de esta tesis-, Freud tenía ya una importante investigación acerca de cómo se presenta la estructura libidinal de los vínculos en los conjuntos, que corresponden al proceso identificatorio a través de formaciones intrapsíquicas.

⁵⁵ Las negritas son mías.

2.3. El grupo⁵⁶

El estudio de los grupos inicia en la primera década del siglo XX, el desarrollo empezó como un abordaje empírico, al que siguió el estudio del método y su justificación teórica, desde la óptica particular de quien lo practicaba. Así se dio una incursión paulatina de diferentes disciplinas que arribaron al estudio del grupo con sus diversos marcos teóricos, como sucedió con la medicina, la psicología, el psicoanálisis, la sociología, la antropología y la administración, por nombrar algunas.

En la literatura de los grupos existe una gran cantidad de textos⁵⁷ dedicados a documentar con detalle los cambios que se han presentado en el campo de los grupos. Donde los estudios se dirigen a plantear el contexto histórico, la teoría el método y las técnicas.

Los diversos autores reconocen que el estudio de los grupos se debió básicamente a una necesidad social, que consistía en atender a un mayor número de personas, en el menor tiempo posible debido al incremento de la demanda de atención, tanto en enfermedades físicas crónicas (tuberculosis, diabetes, etc), así como psicológicas (gente que regresaba con traumas provocados por la guerra, psicóticos, etc). es decir, el estudio de los grupos surgió como una demanda de carácter social, con fines pragmáticos. Con lo que respecta a las disciplinas, por ejemplo la antropología pone el acento organizativo en cuanto al grupo como hacedor de cultura; la sociología da énfasis al trabajo de las masas, en su organización macrosocial (política-social) y reconoce al grupo como microcosmos de lo social; la administración se ha apoyado en la psicología⁵⁸ y otras disciplinas de los grupos utilizando métodos y técnicas grupales a fin de maximizar la producción, en un trabajo de adaptación, manipulación y explotación de obreros, donde importa más el fin que los medios.

El hecho de que múltiples disciplinas, asumieran al grupo como objeto de estudio, pronto someterían al <nuevo dispositivo> al abordaje desde su particular óptica, con enfoques que van desde lo clínico hasta lo social, pasando por lo experimental y lo filosófico. El grupo paulatinamente pasó a ser una especie de manzana de la discordia, donde cada disciplina <lo hacía suyo> y trataba de zanjar sus límites con respecto a otras áreas, como sucedió con la psicología social, el psicoanálisis, la sociología, etc., donde se erigieron instituciones y entrenamientos ligados directamente a incursionar en el dispositivo grupal, aportando cada una desde su marco teórico, sus matices peculiares al nuevo objeto de estudio.

⁵⁶ El vocalo <grupo> según Anzieu (1974:10) deriva "del italiano gruppo era<nudo>, antes de llegar a ser <reunión>, <conjunto>. Los lingüistas lo relacionan con el antiguo provenzal grop=nudo y suponen que deriva del germano occidental Kruppa=masa redondeada. Parece, además, que group y groupe (grupa) se originaron en la idea de círculo".

⁵⁷ Ver Cappon (1976) "El movimiento de encuentro en psicoterapia de grupo, descripción y análisis clínicos, tesis de maestría, UNAM. México, también Diaz. (1999) "Bases de la psicoterapia de grupo" y el excelso trabajo de Fernández (1989) el Campo Grupal, notas para una genealogía. Nueva visión México.

⁵⁸ Ver Las investigaciones de Elton Mayo en la Western Electric Company.

La naciente psicología social ávida de un objeto de estudio, fácilmente lo adoptó, reclamando al grupo como microcosmos representante de lo social, estudiaba sus propiedades y sus funciones de organización psicológica. Mientras que la sociología, reclamaba las masas y reconocía, a los grupos como instituciones que representaban el orden económico, político y social, estudiando a la familia y los grupos desde esta óptica. El psicoanálisis lo reconocía al inicio como un lugar de <aplicación directa de los conocimientos psicoanalíticos> que le ahorra tiempo al tratar a más pacientes en el mismo período de tiempo, en él atendía a los pacientes individualmente. Su proceder que respondía a las necesidades institucionales que le imponían estos criterios. Prácticamente en las tres últimas décadas del S. XX, es que concibió al grupo como <un dispositivo> capaz de tener una independencia y lograr un status epistemológico, sostenido por los cimientos sólidos de las bases del psicoanálisis en el que se reconocía al grupo como fuente de sus propias estructuras, e intermediario entre lo individual y lo social, es decir entre lo intrapsíquico y lo intersubjetivo. Situación que ahora permitía cuestionar la teoría, el método y sus prácticas clínicas que lo antecedieron. Esta última posición la podemos encontrar en la escuela francesa, donde sus aportes principales servirán para dar estructura a este capítulo.

La mayoría de los textos de grupo, ponen en relieve que se trabajó con el <método> del <dispositivo grupal>. Aquí se hacía énfasis en el nuevo rol del <coordinador, sus técnicas y el escenario>, donde el objetivo consistía en dar soluciones a problemáticas específicas. Lo anterior provocó la expansión de un nuevo objeto de estudio, que a la fecha está en construcción. Actualmente podemos advertir un gran cúmulo de exposiciones, teórico-metodológicas disímiles, en las que impera cierta confusión. Lo anterior ha generado múltiples y contradictorias interpretaciones de los grupos, lo que problematiza más su estudio. No me detendré aquí a detallar los múltiples modelos de abordaje, sólo señalaré los que dan pauta a esta investigación.

2.3.1. La psicología y el grupo.

La psicología tiene aportes principales desde la especialidad de la psicología social⁵⁹, que retoma de diversas escuelas, por ejemplo de la gestalt, el psicoanálisis, el conductismo, la propuesta cognitivo conductual⁶⁰ y de la teoría de los sistemas⁶¹; situación que genera un caos, ya que presentan en sus manuales, diversos principios epistemológicos que en su esencia son contradictorios, lo peor aún es que los mezclan, como en el caso del psicoanálisis y el conductismo. Lamentablemente encontramos nuevos textos que asumen esta posición en una combinatoria forzada

⁵⁹ Los exponentes básicos son Kurt Lewin, Asch, Newcomb, Spratt, Cartwright y Zander, Bales, Pichon Riviere, entre otros. (véase bibliografía complementaria). Ver Delahanty (1997) "La marca de Lewin en grupos e instituciones".

⁶⁰ Estas dos corrientes psicológicas prácticamente han trabajado desde el positivismo, con el marco epistemológico con el que inició el estudio de los grupos, adaptando la teoría del grupo a niveles de practicismo empírico y su incursión en los grupos, es de dos décadas a la fecha.

⁶¹ En sus inicios su práctica clínica se dedicó al estudio de los sistemas familiar y de pareja, principalmente, después a lo institucional. Véase bibliografía complementaria.

de principios teóricos, metodológicos y técnicos, confundiendo la multi e interdisciplina, con la integración, generando un caos.

En el caso de la psicología social, en principio no tiene como objeto de estudio el tratamiento, es decir la clínica grupal. Sus estudios están orientados más a descubrir las regularidades en que se encuentran inmersos los grupos, desde la *función* y los *efectos* que genera. Estudian por ejemplo, la organización, la membresía, la afiliación, la comunicación, la interacción, los tipos de liderazgo, el poder, los roles, la cohesión, la resistencia al cambio, la motivación. Tratan de dar respuesta al cómo funciona la dinámica de los grupos. En la psicología social, desde esta óptica, se puede trabajar tanto con masas, como con instituciones⁶² y grupos. La aplicación de sus conocimientos grupales los lleva a la búsqueda de masas y grupos de amplia cobertura.

Las aportaciones de la psicología social al grupo son básicamente: que reconocen al grupo como <un todo⁶³> y descubrir <las propiedades que definen al grupo>.

Cartwright y Zander (1978:17-18, citado por González y otros) "opinan que para que pueda darse un grupo es necesario que haya una reunión de dos o más personas y que éstas posean, alguna o algunas de las siguientes características".

- Que sus integrantes interactúen constantemente
- Que se reconozcan unos a otros como pertenecientes al grupo
- Que otras personas, ajenas, también los reconozcan como miembros de éste.
- Que acepten las mismas normas.
- Que se inclinen por temas de interés común .
- Que constituyan una red de papeles entrelazados
- Que se identifiquen con mismo modelo que rija sus conductas y exprese sus ideales
- Que el grupo les proporcione recompensa de algún tipo
- Que las metas que buscan alcanzar sean interdependientes
- Que todos perciban al grupo como una unidad
- Que actúen de forma similar. con respecto al ambiente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Esta lista permite diferenciar claramente lo que es un grupo; cómo es reconocido desde el interior por sus miembros y desde lo exterior por cualquier observador, además que reconoce las funciones y efectos de su interacción que lo constituye.

Sin embargo para los fines de esta tesis es importante acotar el marco teórico de la psicología y el psicoanálisis, para abordar la clínica grupal.

⁶² Delahanty (1997:43) "los campos de intervención de la dinámica de grupos son las organizaciones privadas o públicas: universidades, hospitales, iglesias, ejército, sindicatos, asociaciones, comunidades, etcétera".

⁶³ Esta proposición fue elaborada por Kurt Lewin, y que predominará al interior del psicoanálisis hasta la década de los 70as. Posteriormente se dará una ruptura epistemológica encabezada por el CEFRAP, como se observará más adelante.

2.3.2. Los inicios de la clínica grupal en el psicoanálisis

La historia de la clínica grupal, es sinuosa, con altibajos y con cambios, que llevan casi un siglo de modificaciones, con replanteamientos al interior de la teoría, las técnicas, y el método. Las concepciones teóricas necesariamente tiene que ver con una *narrativa* del momento en el que se inscriben. Lo que orienta el tipo de lectura de los grupos.

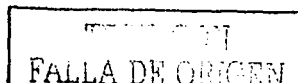
A continuación se hará un breve recorrido por los <aportes psicoanalíticos⁶⁴>, a fin de llegar a los que dan estructura al marco teórico de este trabajo.

2.4. Los dispositivos grupales en E.U.A.

Los dispositivos grupales que se exponen a continuación, tienen la finalidad de ubicar al lector en el contexto de la clínica grupal y observar los cambios al interior de la teoría y las prácticas clínicas grupales. Al respecto Cappon escribe que (1976:9). "Al final de la década de los 20's (S. XX) Burow, psicoanalista entrenado por Freud y Jung y analizado por este último, realiza lo que se puede considerar como esfuerzos pioneros en la aplicación de conceptos psicoanalíticos en el trabajo de los grupos. Acuña el término de análisis de trabajo en grupo. Burrow, pensaba que el psicoanálisis había restado importancia a la sociedad en su rol de productora de patología y veía al grupo como un lazo entre el individuo y la sociedad, con potencialidades terapéuticas". De allí en adelante aparecen una gran cantidad de psicoanalistas como los casos de Wender y Schilder, que integraban al dispositivo grupal los conceptos psicoanalíticos. Argumenta Cappon (Idem:10), por ejemplo Wender "combina las sesiones individuales con las de grupo, observando que en el grupo se daban menos resistencias, mayor espontaneidad, desarrollándose la transferencia, no sólo hacia el terapeuta, sino hacia los otros integrantes del grupo. Empezaba las sesiones con pláticas psicoanalíticas tales como: significados de la conducta, la interpretación de los sueños y la función del inconsciente; utilizando la discusión sobre aspectos psicodinámicos para lograr la interacción del grupo y la adquisición del insight".

Cappon (idem:11), explica la diferencia sutil con Schilder, su orientación era con un énfasis más psicoanalítico, "estimulaba la interacción, básicamente mantenía la neutralidad analítica, analizando la transferencia y la resistencia y trabajando con la conducta en términos genéticos para lograr cambios definitivos. Da gran importancia a la adquisición del insight, entendiéndose por éste la capacidad de aceptar las

⁶⁴ Es necesario aclarar, que la aportación del psicoanálisis al grupo, no está exenta de generar confusión a quienes incursionan por primera vez a este vasto y complejo campo de descubrimiento. Existen posiciones, al interior de las escuelas psicoanalíticas a nivel internacional, que han respondido con airados ataques a la legitimidad del marco teórico y del método que sustenta el dispositivo grupal. Estas argumentaciones han promovido, en algunos casos la división, la exclusión, la desertión, etc. en algunas instituciones psicoanalíticas, que han terminado en una lucha hegemónica acerca de qué hacer con el <saber del psicoanálisis> y sus aplicaciones. Esta situación no ha terminado y algunos miembros, que han desertado han germinado nuevas orientaciones e instituciones al interior del psicoanálisis, como lo es la clínica grupal. Por ahora dejaré esta discusión ya que distrae el objetivo del capítulo.



estructuras del mundo real y de comportarse de acuerdo a dicha realidad". A estos autores siguieron Slavson y Wolf que coincidían prácticamente en pensar que no es al grupo al que se trata, sino al individuo en interacción con otros. A Wolf se le reconoce haber empleado el término de <psicoanálisis de grupo>, para referirse al dispositivo grupal. Al igual que sus antecesores, estudiaba los sueños, reconocía la transferencia y el contenido latente de las comunicaciones en grupo. Slavson hizo afirmaciones que ahora se pueden echar abajo con gran facilidad; por ejemplo argumentaba que los grupos tenían pulsiones⁶⁵, situación que han debatido la mayoría de los analistas ingleses y franceses.

2.4.1. El primer dispositivo grupal para la psicosis

Cappon (1976:8) escribe que "Lazell en 1921 utiliza el *método de clase*⁶⁶ con pacientes psicóticos en el hospital de St. Elizabeth en Washington. Su método consistía básicamente en conferencias, habiendo poca interacción entre los pacientes. Consideraba que los pacientes se beneficiaban por sentir <que compartían su enfermedad> y problemas con individuos en similar condición y que además, la figura del médico se hacía menos amenazante al tratar a los pacientes en grupo".

Actualmente en E.U.A. el trabajo con grupos está básicamente mezclado, con las aportaciones de la psicología social, la gestalt, el conductismo y el psicoanálisis principalmente. Como ejemplo están los trabajos de <psicoterapia de grupo para pacientes con enfermedad crónica> de Walter y <Psicoterapia de grupo con pacientes internos> de Howard⁶⁷.

Un ejemplo, actual es el de Kaplan y Sadock (1983:571) quienes citan sus logros en lo referente a lo que han denominado <La terapéutica de grupo internacional estructurada⁶⁸> "combina la teoría psicoanalítica con las técnicas del condicionamiento operante, y consiste en hablar cada sesión de un miembro distinto del grupo". Esta nota solo revela la pobre idea de los autores acerca de la concepción epistemológica, que sólo confunde a los que se inician en el estudio de los dispositivos grupales de orden psicoanalítico.

RECIBIDO EN
FALLA DE ORIGEN

⁶⁵ Es importante aclarar que el grupo, al igual que las instituciones, no tiene pulsiones, no tienen madre, ni edipo. No se les pueden ver como un organismo, más bien, son los lugares donde se les puede representar, los productos del inconsciente, en este sentido se puede, decir que no hay fantasmas grupales, sino fantasías originarias, que a través de lo singular hacen resonancia en el grupo, situación que se trabajará con más detalle ulteriormente.

⁶⁶ El método fue diseñado por Pratt en 1905, y consistía en dictar conferencias a los pacientes con enfermedades crónicas, para que conocieran su padecimiento, sin aún reconocer al grupo como dispositivo, Ver.. Cappon (1976).

⁶⁷ Ver. Estos artículos se encuentran en la compilación que hacen Alonso y Swiller (1995) "En psicoterapia de grupo en la práctica clínica", el Manual Moderno, México.

⁶⁸ Kaës pone en relieve que (1976:24) "La literatura de los pequeños grupos <está mucho más signada por la ideología que cualquier otro campo considerado por la psicología". Por lo que su propuesta sobre el dispositivo grupal va más allá que una mera aplicación de los conocimientos del psicoanálisis al grupo, Kaës estructura a lo largo de su vasta producción un campo de investigación, de descubrimientos y un objeto de estudio, en continua crítica de su teoría y de sus prácticas clínicas. Es decir construye un modelo de explicación epistemológica.

2.4.2. Las terapias <por> el grupo y <en >grupo⁶⁹

Fernández (1989:88) explica que las figuras más representativas, de las terapias *por* y *en* grupo son: Slavson, Schilder y Klapman: "Más allá de algunas diferencias entre ellos esta corriente introdujo la interpretación en la situación colectiva, aplicando al grupo el <setting> psicoanalítico; a través de estos recursos crea las condiciones para descentrar la coordinación de liderazgo y para superar el procedimiento sugestivo, propio de las terapias, <por > el grupo".

Parfraseando a Fernández, los trabajos de Slavson y Klapman estaban dirigidos a la *unificación de la interpretación*, por lo que sugirieron en sus dispositivos, trabajos con elementos que los homogenizaran, como por ejemplo, agrupar a pacientes con características similares, en cuanto a la enfermedad, la edad, el sexo, el tema; y para ello era necesario hacer una selección exhaustiva que garantizara esta situación; lo que hacía al final de cuentas que *la interpretación para un sujeto fuera válida para todos*. Enfatiza Fernández (Idem:89), por esta razón se ha denominado a estas primeras formas de aplicación de psicoanálisis a los grupos <terapia interpretativa individual *en* grupo>".

Posterior a esta propuesta surgió <la técnica interpretativa *de* grupo>. En esta terapia ahora el centro de la interpretación, es el grupo, es decir la transferencia, es el otro extremo.

Analiza Fernández (idem:90) que "la psicoterapia de grupo, fundamenta su planteo alegando <la aplicación consecuente y total del psicoanálisis al grupo con su técnica estrictamente transferencial> Advierte la importancia de interpretar a los participantes en su sesión únicamente en función del aquí y ahora, dado que esta forma técnica permite que las respuestas promovidas integren al grupo". Paso que parece haber salvado la situación del individualismo, sin embargo Fernández crítica esta posición con el siguiente argumento (idem:91) "se podrá observar que, *si bien se interpreta a TODO-GRUPO* (en algunos casos se dirá incluso <el grupo piensa>, <siente>, <se angustia>, etc.) es decir, se toma al grupo como un destinatario de toda interpretación, *ésto no es la garantía de la totalidad: El grupo, haya logrado algún grado de especificidad o particularización*, se interpreta al grupo, "se <lee> la transferencia, las ansiedades y las fantasías. Esto es, se traslada al conjunto del corpus psicoanalítico de esta corriente tal cual, pero en vez de interpretar a las personas singulares, es el grupo el receptor global de las interpretaciones; la fantasía inconsciente grupal, es aquella fantasía individual que ha operado como un denominador de los integrantes.". finalmente reconoce la autora que este tipo de interpretación que contempla al grupo como un individuo, hace que desde el psicoanálisis algunos autores lean al grupo como una boca, como un cuerpo, como la madre arcaica, estados de melancolía y de ansiedad etc. Afina Fernández su postura argumentando que (idem:96) "cuando en realidad los grupos como las masas, no son madre, ni padre, ni tienen pulsiones, deseos, ni estados psicopatológicos. Por consiguiente se *vuelve imprescindible diferenciar la escucha*

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

⁶⁹ Ver el trabajo de Fernández (1989) acerca de los niveles epistémicos, con los que analiza su texto del Campo Grupal.

analítica como instrumento imprescindible en el trabajo con grupos". Esta posición podemos encontrarla, en <Bejarano y Kaës> miembros activos de la escuela francesa del CEFRAP⁷⁰, que posteriormente se documentará con detalle.

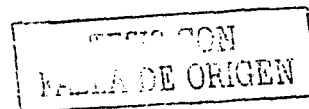
2.4.3. Los temas

En la escuela de E.U.A., se trabajó con el desarrollo de <temas> durante las sesiones grupales, situación que permitía estructurar el trabajo clínico con grupos de neuróticos. El término fue definido por Hobs en 1951 y fue retomado por Bach en 1975 en su texto sobre psicoterapia intensivo de grupo, y es un aporte que posibilita la investigación de lo sucedido en las sesiones grupales. El concepto del tema⁷¹ tiene una valía importante aplicado a la clínica con pacientes psicóticos, ya que permite estructurar las sesiones, y los pacientes pueden evitar que el contenido de la relatoría se convierta en un caos por la incoherencia inherente a esta patología.

Hobs (1975:80-81, citado por Bach) conceptualiza el tema como "un tópico y un centro donde se focaliza la discusión, con claros puntos de iniciación e interrupción. Puede haber uno o varios temas en una sola sesión, generalmente hay varios. Para cada tema hay un participante principal que es el centro de interés, y participantes secundarios, cuyo número e intensidad de implicación varían de tema a tema. En una serie de sesiones, algunos temas tienen corta vida, son traídos a colación, examinados brevemente y abandonados. Otros temas se abren camino a lo largo de todas las sesiones. La Técnica (del análisis de temas) se ha usado en varias investigaciones del proceso de grupo". En este tenor continúa Bach, (Idem:81) "para nuestro propósito actual, "<tema>" es definido como una concentración regularmente recurrente del interés de grupo, en una empresa común que es simultáneamente asumida por la mayoría de los miembros del grupo."⁷² Del trabajo de Bach (1975:83) donde agrupa los <tópicos> que se trabajan en los grupos con objetivos estructurados, se utilizaron para la investigación clínica: los *síntomas y confesiones*, *la psicología de valores*, *las situaciones de emergencia*, *la perspectiva histórica*, *los consejos y el relato de sueños*.

2.4.3.1. Síntomas y confesiones

Bach explica que (loc.cit) "los pacientes discuten aquello que les perturba, los problemas personales que los condujeron a la psicoterapia y los beneficios que esperan obtener de ella".



⁷⁰ El CEFRAP, Fernández (1989:113) Escribe "esta corriente intenta precisar que, desde el punto de vista psicoanalítico, el grupo puede aspirar un estatus diferente de aquel que tiene en el campo teórico y práctico de la psicología social, desarrolla gran parte de sus investigaciones a partir de sus experiencias con grupos breves llamados de formación.

⁷¹ Ver en Bach (1975:91-93) controversia sobre las actividades programadas y <las ventajas clínicas específicas de las actividades organizadas>.

⁷² Bach (1951:81) encontró "16 temas recurrentes en la psicoterapia de grupo reconociendo que sólo los seis primeros respondían al trabajo de los pacientes y los demás al trabajo estructurado del terapeuta, por lo que aquí sólo se señalarán los seis tópicos en los que recurren.

2.4.3.2. Psicología de valores

Al respecto Bach (loc.cit) escribe "los pacientes debaten técnicas, teorías de psicoterapia, la importancia de la higiene mental para la vida social, ética, medicina psicosomática y temas semejantes".

2.4.3.3. Situaciones de emergencia

Este autor puntualiza (loc.cit) que "los pacientes se cuentan sus problemas más graves, los cuales, esta ocasión, atribuyen a defectos del ambiente social o material".

2.4.3.4. Perspectiva histórica

Explica Bach (loc.cit.) que en este tópico "los pacientes hablan de su vida pasada e intercambian episodios emocionalmente importantes de sus relaciones interpersonales pasadas, especialmente familiares".

2.4.3.5. Consejos

En este tema Bach (loc.cit) recuerda que "los pacientes se aconsejan e indican mutuamente lo que quieren hacer o dejar de hacer, luego examinan los motivos que han tenido para ofrecer un consejo determinado a un miembro determinado del grupo".

2.4.3.6. Relato y análisis de sueños

Finalmente Bach (idem:83-4) escribe que "Los pacientes se cuentan sus sueños y todos proporcionan asociaciones. El terapeuta resume las asociaciones y eventualmente ofrece las propias".

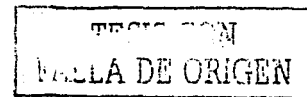
La presentación de temas elegidos por los pacientes, permite visualizar de manera esquemática lo que sucedió en cada sesión, dándole forma a la relatoría y que los pacientes encuentren un punto común de comunicación.

2.5. La contribución inglesa al psicoanálisis de grupo:

(Los supuestos básicos, la matriz grupal, la resonancia fantasmática y el psicoanálisis de grupo)⁷³

2.5.1. Los supuestos básicos

Los supuestos básicos son tres. 1) Supuesto básico de dependencia, 2) Supuesto básico de ataque fuga y 3) Supuesto básico de apareamiento.



⁷³ He de aclarar que no son los únicos conceptos de la contribución inglesa al trabajo psicoanalítico de los grupos, sin embargo son los que más han influenciado a la escuela francesa y que permiten su articulación en el protocolo de esta tesis.

Escribe Bion al respecto, (1990:119) "La actividad del grupo se ve obstruida, diversificada, y en ocasiones asistida por algunas otras actividades mentales que tienen en común el atributo de poderosas tendencias emocionales: Estas actividades que a primera vista parecen caóticas, adquieren cierto grado de cohesión si admitimos que surgen supuestos básicos comunes a la totalidad del grupo".

Supuesto básico de dependencia

Argumenta Bion (Idem:119) "El primer supuesto básico consiste en que el grupo se reúne a fin de lograr el sostén de un líder de quien depende para nutrirse de material y espiritualmente, y para obtener protección". Más adelante enfatiza, "pero lo esencial es que el supuesto básico sólo puede entenderse si las palabras que he usado se usan en el sentido literal y no metafórico".

Supuesto básico de emparejamiento⁷⁴

Bion (Idem:123) lo define de la siguiente manera "El sentimiento (esperanza, es característico del grupo de emparejamiento y debe tomarse como una evidencia de que el grupo de emparejamiento existe, aún cuando aparentemente no haya otra prueba. Es a la vez un precursor de la sexualidad y una parte de ésta. Las ideas optimistas que hallan su expresión verbal, son racionalizaciones que intentan lograr un desplazamiento en el tiempo y un compromiso con los sentimientos de culpa, gozar de dicho sentimiento se justifica porque apela a un resultado que se supone como moralmente libre de toda objeción. Así, los sentimientos ligados al grupo de emparejamiento, son el polo opuesto a los sentimientos de odio, destrucción y desesperación. Para que estos sentimientos de desesperanza se sostengan, es esencial que el líder del grupo, a diferencia del líder del grupo de dependencia y del grupo de ataque fuga, no haya nacido. Sería una persona o una idea la que salvaría al grupo; -de hecho lo libraría de los sentimientos de odio, destrucción y desesperación que surjan en el propio grupo o en otro-".

Supuesto básico de ataque-fuga

Argumenta Bion (Idem: 124) "se observa cuando un grupo se ha reunido para luchar por algo o para huir de algo. Un grupo en tal estado aceptará a aquel líder capaz de obtener del grupo que aproveche la oportunidad para escapar o agredir. Si hace demandas que no se ajusten a esto, es ignorado. En un grupo terapéutico, el analista es líder del grupo de trabajo. El apoyo emocional que él puede brindar esta sujeto a las fluctuaciones en relación con el supuesto básico activo y con la medida en que sus actividades se ajusten a lo que se requiere de un líder en esos diversos estados mentales. En el grupo de ataque fuga el analista encuentra que sus intentos para aclarar lo que está sucediendo se ven obstaculizados por la facilidad con aquellas propuestas que expresan odio a toda dificultad psicológica, o bien a los medios por los cuales ésta puede ser evadida, obtienen apoyo emocional."

⁷⁴ Traducido como apareamiento por diversos analistas de grupo.

Fernández (1988:103) al respecto escribe que Bion "destacó que los individuos reunidos en un grupo se combinan en forma instantánea e involuntaria para actuar según unos estados afectivos que denominó <supuestos básicos>, estos estados afectivos son para Bion arcaicos, pregenitales, y **se los encuentra en estado puro en la psicosis**⁷⁵. Describió tres supuestos básicos, a los que el grupo sin reconocerlos se somete alternativamente; expresan algo así como las fantasías grupales, de tipo omnipotente y mágico, acerca del modo de obtener sus fines, de satisfacer sus deseos, caracterizados por lo irracional de su contenido, tienen una fuerza y <realidad> que se manifiesta en la conducta del grupo, son inconscientes y muchas veces opuestos a las opiniones conscientes y racionales de los miembros que componen el grupo. Todos ellos son producciones grupales que tienden a evitar las frustraciones inherentes al aprendizaje por experiencia, en tanto esto implica esfuerzo, dolor y contacto con la realidad".

Sin embargo los supuestos básicos no son los únicos procesos grupales que se suceden en el dispositivo grupal.

Los supuestos básicos representan esquemas inconscientes en los que funciona el grupo. Bauleo (1989:106, citado por Fernández) expresa que con los supuestos básicos, Bion "*consiguió producir un instrumento para entender lo que sucede al grupo como grupo*", continúa la autora, en este sentido, pueden considerarse los supuestos básicos como esquemas subyacentes que organizan." En este orden de pensamientos, Fernández escribe (Idem:107) "según Anzieu, hasta Bion, la comprensión psicoanalítica de los grupos consistía en un psicoanálisis aplicado al grupo ya que, hasta entonces, los grupos no se habían considerado aún dentro de esta disciplina, como un posible campo de descubrimientos. **La noción de supuestos básicos es un primer intento, dentro de los aportes psicoanalíticos, de tomar a los grupos ya no como un campo de aplicación, sino como un campo de descubrimiento**"⁷⁶.

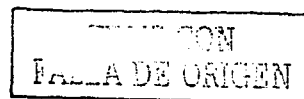
Kaës (1995:76) sostiene que "el concepto de supuesto básico fue creado por Bion para considerar los diferentes contenidos posibles de la mentalidad del grupo: *Los supuestos básicos están constituidos por emociones intensas, de origen primitivo, que juegan un papel determinante en la organización de un grupo, la realización de su tarea y la satisfacción de las necesidades y deseos de sus miembros. Son y permanecen inconscientes, subordinados al proceso primario; expresan fantasías inconscientes. Son utilizados por los miembros del grupo como técnicas mágicas destinadas a tratar dificultades que encuentran, y principalmente para evitar la frustración inherente al aprendizaje por la experiencia.*

Kaës pone en relieve que, (1995:77) "**Todos los grupos, incluidos los grupos de investigación, funcionan con arreglo a estos supuestos básicos y a sus tensiones con el grupo de trabajo**"⁷⁷, situación que permite su trabajo con psicóticos.

⁷⁵ Las negritas son mías.

⁷⁶ Las negritas son mías.

⁷⁷ Las negritas son mías.



2.5.2. La matriz grupal

Kaës cita a Foulkes⁷⁸, quien define de la siguiente manera la matriz psíquica es (1995:79) "el terreno común de las relaciones de operaciones, incluidas: *Todas las interacciones de los miembros participantes del grupo, es primordial para la teoría y el proceso de la terapia: Todas las comunicaciones sobrevienen en el interior de este marco de referencia. Un fondo de comprensión inconsciente, en el cual se producen reacciones y comunicaciones muy complejas; está siempre presente* " (las cursivas son mías).

2.5.3. La resonancia fantasmática⁷⁹

Bernard Escribe que (1991:125) "la resonancia fantasmática es el reagrupamiento de algunos participantes en torno a uno de ellos, que a través de su manera de ser, sus actos, sus ideas, ha hecho ver o ha dado a entender una de sus fantasías individuales inconscientes. Reagrupamiento quiere decir, no tanto acuerdo como interés, convergencia, eco y estimulación mutua"; continúa Missernard (Idem:125 citado por Bernard), "El discurso del grupo puede ser escuchado como la puesta en escena y en palabras de la fantasía de aquel que es su portador, al que otros miembros del grupo –al menos algunos de entre ellos- dan entrada. Más precisamente, cada uno de sus protagonistas ocupa una de las posiciones."

Este concepto fue denominado por Foulkes por primera vez y se ha vuelto popular en el lenguaje de los grupos psicoanalíticos, sin embargo fue Ezriel quien precisó que esta resonancia era de naturaleza fantasmática⁸⁰.

Al respecto escribe Anzieu(1986:206) "cuando se encuentran varias personas, cada una proyecta su objeto fantasmático inconsciente sobre los demás e intenta hacerlos actuar de acuerdo con ella. Si éste responde a sus propias fantasías, los demás representarán el papel esperado, y si un número suficiente de miembros del grupo encuentra así entre ellos suficientes respuestas mutuas a nivel fantasmático, se establecerá una <tensión común al grupo>".

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

⁷⁸ Escribe Bernard (1991:117) " S:H: Foulkes ha tenido una influencia significativa en Kaës, a través de conceptos como el que dijimos antes –matriz grupal-, que no sólo es tomado en su trabajo como organizadores grupales".

⁷⁹ Kaës por su cuenta reformula el concepto de resonancia fantasmática, en su aportación sobre su trabajo del <aparato psíquico grupal>-donde el concepto lo incluirá y lo llevará a la demostración teórica y clínica de las fantasías originarias, como parte de los organizadores grupales y en su más fina reelaboración será acogido por la acepción del <grupo interno> que sólo será reconocido a través de la transferencia y se trabaja con más detalle en el protocolo.

⁸⁰ Bernard (1991:126) Esta teoría de la resonancia fantasmática intra-grupo es la base de una técnica de psicoanálisis de grupo. La interpretación se realiza solamente en la situación del aquí y ahora (mientras que en psicoanálisis individual relaciona el presente con el pasado del individuo). Se dirige no a la problemática individual de un miembro, sino al denominador común de fantasías inconscientes de los miembros o los mecanismos de defensa colectivos movilizados contra la tensión común.

2.5.4. El psicoanálisis de grupo

Anzieu (1974:184) Explica que " El psicoanálisis de grupo, en el sentido estricto del término, fue practicado y definido por Ezriél. Con este método, la situación es integralmente psicoanalítica. Cerca de ocho sujetos se reúnen tres o cuatro veces por semana alrededor del analista, durante una hora. La consigna es la de asociar libremente; se los invita a hablar entre ellos lo más espontáneamente posible de las cosas que se presentan en el grupo: si los participantes se encuentran fuera de las sesiones, deben informar en la sesión lo que han dicho y hecho juntos (regla de restitución). Una vez que ha comenzado el tratamiento, generalmente ya no se conceden conversaciones individuales. El analista dirige su atención sobre el grupo en conjunto, y solo da a éste las interpretaciones; esas interpretaciones se refieren a la actitud actual del grupo en la sesión. Son interpretaciones <aquí y ahora>.

Continúa Anzieu (Idem:185), "el analista en sus intervenciones debe enfocar el problema latente revelado por el contenido manifiesto de las discusiones; el denominador común de las fantasías inconscientes de grupo en la concepción de Ezriél, finalmente las transferencias intragrupales no son tomadas en consideración; solamente tiene sentido la transferencia del grupo sobre el analista."

Concluye Kaës, los tres modelos de agrupamiento propuestos por Freud apuntan directo al reconocimiento de una <realidad psíquica grupal>, al igual que los términos de supuestos básicos (Bion), la matriz grupal (Foulkes) y de resonancia fantasmática (Ezriél), hacen del grupo una entidad generadora de efectos psíquicos propios: en palabras de Kaës (1995:81) **"Todos estos modelos de funcionamiento del grupo tienen como fundamento la hipótesis de que el grupo es una organización y un lugar de producción de realidad psíquica, una entidad relativamente independiente de los individuos que lo forman"**⁸¹.

2.6. La contribución francesa en el trabajo psicoanalítico de los grupos

(el grupo como objeto, el grupo como sueño, la ilusión grupal, el aparato psíquico grupal, el grupo interno, el dispositivo grupal francés)

2.6.1. El grupo como objeto

La concepción de grupo como objeto, fue propuesta en Francia por Pontalis en 1963.⁸² En la que da el < estatuto al grupo como objeto de estudio > poniendo el acento en las investiduras y las representaciones.

Escribe Kaës, que la ruptura epistemológica introducida por el psicoanálisis en la concepción de grupo, (1995:89) "admite al menos un rasgo común con la ruptura del psicoanálisis respecto del saber y la práctica de la medicina, de la filosofía y de la

⁸¹ Las negritas son mías.

⁸² Escribe Bernard (1991:3) "En 1963 Pontalis, discípulo de Lacan, publica El pequeño grupo como objeto, (trabajo que marcará la inflexión en el enfoque psicoanalítico de grupo: En él están bosquejados los grandes temas que desarrollará posteriormente la escuela del CEFRAP. Allí se subrayan varias líneas de trabajo).

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

psicología; lo que se modifica es el estatuto de objeto, esencialmente observado y manipulado en el accionar de la medicina y la psicología, es considerado por el psicoanálisis bajo el aspecto de estar *investido por la pulsión y la fantasía*".

2.6.2. El grupo como sueño

Escribe Anzieu (1991:4-5, citado por Bernard), "el grupo como el sueño, cumple una realización imaginaria de deseos frustrados y especialmente de aquellos prohibidos. Ya sea que la ilusión que induce el grupo y construida en su seno permanezca como una fantasía consciente⁸³, o que dé lugar a pautas de acción reales, en todos los casos persigue una realización de deseos de esta ilusión, y surge un intenso placer. Los procesos que constituyen el grupo como objeto del deseo común de sus miembros son los mismos del sueño (y del proceso primario, agregaría): desplazamiento, figuración simbólica y conversión en lo contrario. La elaboración secundaria está presente en la formación de mitos e ideologías". Entonces es de esperarse que la modalidad de actuar de los grupos sea regresiva y comprometa el funcionamiento de del proceso primario.

2.6.3. La ilusión grupal

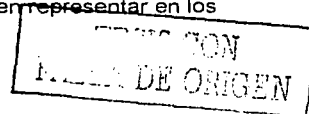
El concepto de ilusión grupal fue creado Anzieu (1986:85) quien argumenta. "Después de probar que la producción de la ilusión puede ser tanto grupal como individual, quisiera precisar ahora la forma específica con que la ilusión se presenta en el grupo. Llamo <ilusión grupal> a un estado psíquico que se observa tanto en los grupos naturales como en los terapéuticos o formativos, y que es espontáneamente verbalizado por los miembros en la forma siguiente; "Estamos bien juntos, constituimos un buen grupo, nuestro jefe monitor es un buen jefe, un buen monitor". más adelante escribe Anzieu (Idem: 92) "la ilusión grupal traduce la afirmación inconsciente según la cual los grupos no nacerían de la misma forma que los individuos, sino que serían producidos por partenogénesis y vivirían en el interior del cuerpo de una madre fecunda y omnipotente". Esto explica el deseo inconsciente que empuja a tantos contemporáneos nuestros, como se dice, a < hacer grupos>, deseo que se revela que es el de curar sus propias heridas narcisísticas y el de protegerlas de su repetición eventual por identificación proyectiva con el pecho bueno"

Escribe Kaës (1995:103), "La noción clásica propuesta por Didier Anzieu de una forma de la *ilusión* que sería *grupal*, no define solo un objeto de la *ilusión*, sino también una *modalidad* de su producción y una función específica *en la génesis de la realidad psíquica del grupo*"⁸⁴.

Para que la ilusión grupal se presente, es condición que se dé (Idem:93) "la *escisión de la transferencia* para que el grupo pueda convertirse en el pecho bueno introyectado, es necesario que se encuentre un objeto malo en el que pueda

⁸³ Hay que recordar a Freud quien consideró siempre que las fantasías se pueden representar en los niveles tópicos de lo inconsciente, el preconscious y la conciencia.

⁸⁴ Las cursivas son mías.



proyectarse la transferencia negativa escindida" (las cursivas son mías). La segunda condición es una ideología igualitaria. Esta última corresponde a que todos los miembros del grupo vivan la igualdad de la relación. Concluye Anzieu (idem:94) "Con la ilusión grupal nos encontramos ante identificaciones primarias o narcisistas: la igualdad exigida a cada uno por cada miembro del grupo es una igualdad de ser, que sólo puede obtenerse por la participación funcional en el pecho omnipotente y autosuficiente de la madre vivida como objeto parcial."

La ilusión grupal⁸⁵ también es una fantasía y puede verse desde la tópica como el funcionamiento del ideal del yo en los grupos, que parece que los elementos del grupo ante la escisión de la transferencia adoptando el pecho bueno, en una situación de igualdad quieren alcanzar al terapeuta, a través del ideal del yo. Es importante señalar que los procesos psicóticos del grupo interno y la ilusión solo pueden ser sujetos de análisis en la transferencia.⁸⁶

2.6.4. El aparato psíquico grupal

Rene Kaës en su tesis doctoral <del aparato psíquico grupal> convertida en texto en 1976, comprobó que los grupos humanos son construcciones, que sólo pueden presentarse como realidad social asociándose con las formaciones psíquicas originales, a estos elementos los llamó <los organizadores internos de la grupalidad> que tienen *la propiedad de producir y dirigir algunos procesos de grupo*. Pudiéndose observar que, la personalidad no es más que el resultado de la grupología promovida por los organizadores psíquicos. El grupo funciona en una tensión dialéctica de entre las posiciones en construirse como isomorfos⁸⁷ a la grupalidad psíquica y la posición de permitir hacer los procesos específicos de <la realidad psíquica>.

En esta obra Kaës fundamenta su análisis: de la construcción del <grupo como objeto de representación>, utiliza elementos de representación común, como son: los dibujos, los sueños, la fotografía, entre otros, para después demostrar en diferentes ensayos clínicos y teóricos, da cuenta cómo estas representaciones gráficas son invertidas en el proceso de construcción de grupo, concluyendo con la

⁸⁵ Kaës considera que (1995:223) "Los organizadores psíquicos grupales se producen en el curso del proceso grupal: son por ejemplo, los supuestos básicos, la matriz de grupo, las posiciones ideológicas y mitopoéticas, la ilusión grupal, el pacto denegativo grupal, el contrato narcisista grupal, etc. Todo ellos son a la vez <organizados> y <organizadores>. Son necesarios para la integración de los elementos de la unidad estructural y funcional. Sostienen el desarrollo del vínculo grupal y desarrollo de formaciones intrapsíquicas singulares." Lo cual significa que el concepto de <realidad psíquica grupal>, al ser un evento propio del grupo y que se configura independientemente de las personas que lo forman, son a la vez <organizadores> en el sentido que estructuran y rigen las representaciones, así como ciertos aspectos de la los vínculos al interior del grupo y de la vida intrapsíquica.

⁸⁶ Para Bejarano (1978:132) la defensa maniaca en la transferencia corresponde a lo que Anzieu denominó la ilusión grupal.

⁸⁷ Kaës (1976:260-1) "aplicada a la teoría psicológica de los grupos humanos, esta distinción permite asociar el proceso primario, la identidad de percepción y el isomorfismo al grupo de supuesto básico definido por Bion, mientras que el grupo de trabajo se lo podría caracterizar por el proceso secundario, la identidad de pensamiento y el homorfismo entre el aparato psíquico y subjetivo del aparato psíquico grupal"

TRUPO COM
FALLA DE ORIGEN

formulación de la construcción del aparato psíquico grupal, que define (1977:40) como: "*figuraciones inconscientes típicas de relaciones entre objetos, su propiedad dominante es la de poseer una estructura grupal, es decir, constituyen conjuntos específicos de relaciones entre objetos ordenados para un fin, de acuerdo con un esquema dramático más o menos coherente. Los organizadores psíquicos poseen propiedades figurativas escenarizadas y proactivas, ésto significa que son capaces de movilizar energía psíquica, o cualquier equivalente físico o social de ésta*".

Kaës advierte (1977:51) que "*las representaciones del grupo se construyen a partir de las experiencias infantiles, cuyas formulaciones psíquicas más rudimentarias se elaboran en el trabajo del fantasma⁸⁸ y en el de las teorías sexuales infantiles; estas primeras representaciones psíquicas de la realidad interna y externa (antes que nada, la familia, los padres, la patria) rigen la representación del grupo*"⁸⁹.

Este argumento kaesiano permite dar un paso en esta tesis para documentar, ¿cómo se presenta la representación de la fantasmática en el grupo con pacientes psicóticos? . Es decir a partir de reconocer en el discurso grupal lo que dicen desde el prototipo de la familia, los padres y la patria, la representación de sus teorías sexuales infantiles que necesariamente se incluyen y nutren el concepto de <grupo interno> como se explica en esta investigación. Es importante aclarar que, ***lo que escucha el terapeuta en el grupo son los fantasmas que funcionan como organizadores del aparato psíquico grupal***, es decir a través de estos organizadores se comanda gran parte del contenido de las sesiones y es a donde va dirigida la escucha del terapeuta de grupo. los organizadores son desde su inicio intrapsíquicos y al ser puestos en escena, encuentran eco en la resonancia fantasmática, pasando por el vínculo intersubjetivo del setting grupal que tiene su propia existencia como <realidad psíquica grupal>.

El aparato psíquico esta constituido por cuatro organizadores, que son: 1) La imagen del cuerpo, 2) La fantasmática originaria, 3) Los complejos familiares e imagos y 4) La imagen global del funcionamiento psíquico.

- 1) *La imagen del cuerpo*: Kaës (1976:98) argumenta que "la representación del grupo como cuerpo moviliza la angustia de ser parte desligada del cuerpo grupal, de estar sofocado y estar aprisionado por él, de haber sido devorado, englutido y digerido por sus innumerables bocas, sus tentáculos acaparadores, sus fascinantes ojos. Se trata pues, de inventar la unidad del cuerpo, contra la fragmentación, la omnipotencia y la seguridad de la incorporación contra la *dislocación de sí* del cuerpo, del espacio y del grupo. *La identificación narcisista es el proceso de esta garantía*"⁹⁰. Enfatiza Kaës (Idem:103) "No hay grupo que

⁸⁸ Ver Lapanche y Pontalis (1983:138-43) "Daniel Lagache ha propuesto volver a utilizar en su antiguo sentido el término de <fantasie>, que tiene la ventaja de designar tanto la actividad creadora como sus producciones, pero que, para la conciencia lingüística contemporánea, es muy difícil de que no se sugieran los matices de capricho, originalidad y falta de seriedad, etc."

⁸⁹ Las negritas son mías.

⁹⁰ Las cursivas son mías.

ESTADO CIVIL
FALLA DE ORIGEN

no esté como el cuerpo marcado por el deseo del otro para su identificación y su identidad".

- 2) *La fantasmática originaria*, incluye cuatro tipos de fantasmas a representar que son: a) Los intrauterinos; b) los de la escena primitiva, c) los de seducción y d) el de castración.

2.1) Los fantasmas intrauterinos

A propósito Kaës escribe (1976:110) "que éstos se organizan en respuestas al problema del origen, las sensaciones relativas al cuerpo incluido en el cuerpo materno. El grupo habita y nidifica en ese espacio prenatal, con el cual se identifica por el doble proceso de la metáfora y la metonimia. El grupo es un útero y una placenta nutricia (Kaës cita a Pons), <buena o envenenada, dispuesta a abrirse, a expeler sus miembros-fetos o a mantenerlos en una prisión cerrada>". Agrega Kaës (idem:112) "la fantasmática intrauterina señala el deseo de regresar al vientre materno para huir de la realidad exterior, intranquilizadora y la defensa opuesta a ese imposible retorno".

2.2) Los fantasmas de la escena primaria

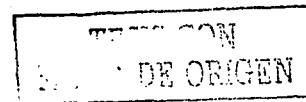
Explica Kaës que (Idem:113) "son interpretaciones de las relaciones sexuales entre los padres, en el sentido de que constituyen un enigma para el niño. La elaboración de las teorías sexuales infantiles generaliza cuando racionaliza estas operaciones". Más adelante amplía el autor "La fantasmática de la escena primitiva organiza la representación del grupo como coito interrumpido entre éste, que figura la madre, y los <miembros del grupo> o el líder. Los miembros-del-grupo representan de este modo a un mismo tiempo y en una figura combinada a la madre, al padre incluido en la madre y a los hijos".

2.3) Los fantasmas de seducción

Kaës los define de la siguiente manera (Idem:115) "Se trata de la escenificación de los antipos sexuales deseados y temidos por el sujeto, que los sufre pasivamente. Las componentes sexuales de la seducción son las pulsiones parciales exhibicionistas y escoptofílicas. La defensa contra el deseo de ser seducido se organiza por el modo activo de hacer ver para que se haga ver. Las conexiones con los fantasmas de la escena primitiva y castración son pues estrechas y frecuentes".

2.4) Los fantasmas de castración

Para Kaës (Idem:116) "se constituyen como representación y colmo de angustias suscitada por la amenaza de pérdida del pene, forman una respuesta al enigma de la diferencia de los sexos. Se organizan pues como escenarios diferentes en la niña y en el muchacho".



3) *Los complejos familiares*: Kaës explica que (Idem: 120) "la imago es una representación inconsciente que funciona como una entidad paradójica y organiza imágenes y pensamientos. La imago primera, que corresponde al complejo del destete, es la imago del pecho materno". Kaës retoma el trabajo de Lapanche y Pontalis que considera que "<la imago es un esquema imaginario adquirido, un clisé estático a través del cual el sujeto considera al prójimo, es una supervivencia imaginaria de tales o cuales participaciones (imago materna, paterna, fraterna) de situación familiar>". Kaës puntualiza que (idem:126) "El grupo es un conjunto unido, prieto, homogéneo y cerrado, en el que nos entendemos bien, en el se dibuja el cumplimiento del deseo insatisfecho en la familia representada defensivamente como una yuxtaposición de individuos carentes de relaciones".

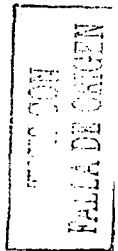
4) *La imagen global del funcionamiento psíquico*: corresponde al aparato psíquico grupal⁹¹ escribe Kaës(1976:230-31) "contiene operadores que aseguran el paso de y la transformación entre las psiques individuales y el espacio intersubjetivo grupal. Estos operadores tienen por función movilizar, canalizar, derivar, distribuir y ligar la energía psíquica, las identificaciones, las representaciones de los miembros del grupo. Esta transformación se efectúa a través de las deformaciones, de los desplazamientos, de las condensaciones y de las difracciones de la materia psíquica".

Hay que recordar que para Kaës (1995:271) una de las principales funciones del aparato psíquico grupal "es movilizar la energía pulsional en cada uno de los miembros del grupo, transformarla y transmitirla en sus instancias y sistemas, domeñarla ligándola a representaciones o derivándola hacia otros fines al servicio del vínculo grupal o del objeto-del grupo".

2.6.5.Las fantasías como prototipos de los grupos internos.

Para Kaës (1995:164) "las fantasías originarias son argumentos inconscientes, anónimos y transindividuales, singularizados e individuantes, a través de los cuales se representa, el origen y la concepción del sujeto, su nacimiento, la atracción sexual y el origen de la diferencia de los sexos." ¿Cómo estas fantasías se ponen en escena grupal?. A través del discurso manifiesto grupal. Argumenta Kaës (Idem:165) "Las fantasías se despliegan, en esta escena respuesta, según una organización que puede calificarse de grupal si se considera que distribuyen lugares de objeto, relaciones configuradas por acciones en las cuales se representan las investiduras pulsionales del sujeto, actor, actuado o espectador de una escena en la cual los diferentes objetos, los personajes y el espacio en el cual se los sitúa, son correlativos y permutables. No se trata, pues, de interacción entre actores autónomos, sino de correlaciones entre personajes sobre los cuales juegan los procesos primarios de desplazamiento y condensación".

⁹¹ Kaës (1977:131) "El punto de partida de esta hipótesis es que tenemos un conocimiento subjetivo de lo que Freud ha descrito como aparato psíquico en su *Metapsicología*, así como la circunstancia de que tal conocimiento endopsíquico es el conocimiento de un grupo internalizado"...pienso que la organización de la representación del grupo como aparato psíquico rinde cuenta a la vez de la estructura grupal como construcción de una aparato psíquico imaginario".



2.6.6. La polisemia del término de grupo

Para Kaës el concepto de <grupo> tiene un carácter central en cuanto da cuenta de su concepción de la <realidad psíquica grupal> y del <grupo interno>.

El concepto de <grupo> se encuentra en un nivel teórico <epistemológico>, dando estructura desde su carácter como objeto de estudio, donde pone énfasis, por una parte en los lazos *intersubjetivos* y por otra, a su base *intrapsíquica* que produce el aparato psíquico individual.

Entonces el concepto de grupo se materializa, a través de sus efectos como una <realidad psíquica>, aquí el acento recae en que el grupo produce, por el hecho sólo de la agrupación, un sustituto de la realidad, ésto es, una realidad psíquica grupal que existe independientemente de los sujetos que la conforman. Por ejemplo el concepto de los supuestos básicos de Bion representa una realidad psíquica en cuanto que los sujetos que se agrupan responderán a ellos de manera inconsciente, independiente de los individuos que constituyen el grupo.

Finalmente el concepto de <grupo interno> tiene un carácter sustantivo ya que significa la especificidad del grupo, tanto en lo que se refiere a las **representaciones** y a los **vínculos intersubjetivos e intra psíquicos**, donde las pulsiones se representan a través de sus delegados, convertidos en representaciones palabra o cosas, que corresponden por una lado a las instancias y por otro a las imagos internas.

Cabe mencionar que el concepto de *grupo interno* tiende a dramatizar los prototipos familiares, es decir de poner en escena en el grupo, los vínculos que tienen prefigurados de su núcleo familiar, que al ponerse en escena, relatan la vida familiar a la vez que generan un vínculo específico de la agrupación, es decir generan una nueva *realidad psíquica grupal*.

Kaës⁹² en principio reconoce la legitimidad del grupo como <objeto de estudio> a partir de la concepción de Pontalis, y descubre que el concepto de grupo es polisémico y que lo que opera de fondo en el grupo es la <realidad psíquica grupal>.

Argumenta que el término de <grupo> tiene cuando menos tres acepciones, que se influyen una a la otra y representan el modelo teórico de su propuesta clínica-metodológica.

La primera acepción de grupo designará (1995:20), "la **forma y la estructura** paradigmática de una **organización de vínculos intersubjetivos**, bajo el aspecto que las relaciones entre sujetos del inconsciente producen **formaciones** y producen

⁹² El trabajo de Kaës es crítico y analítico en el mejor de los sentidos de estas acepciones. Siempre respetuoso de sus maestros, cuestiona, formula y en ocasiones reformula el trabajo grupal psicoanalítico de sus colegas en diferentes lugares del orbe, y abre importantes caminos a la investigación. El trabajo kaesiano tiene sus orígenes en el psicoanálisis freudiano, del que amplía y abre cuestiones propuestas por el autor del psicoanálisis.

La aportación más importante de Kaës para esta tesis, es su trabajo sobre la <realidad psíquica grupal>. Argumento que guiará la concepción del dispositivo grupal.

TEMA CON
FALLA DE ORIGEN

procesos psíquicos específicos. Esta estructura intrasubjetiva de grupo, las funciones que cumple y las **transformaciones** que se manifiestan en ella son localizables en los *grupos empíricos y contingentes*⁹³. Kaës reconoce que los grupos empíricos corresponden a las organizaciones más complejas como son los grupos socio-históricos, institucionales, familiares, (el grupo familiar primario, un equipo de trabajo, la banda etc). Entonces para estos grupos lo importante del análisis no recae en las formaciones sociales y culturales, sino en sus <efectos>, en la medida que pueden leerse como una *realidad psíquica*.

En la segunda acepción (Loc.cit) "el <grupo designará también la **forma y estructura** de una organización **intrapísica** caracterizada por las **ligazones mutuas entre sus elementos** constitutivos y por las funciones que cumple el aparato psíquico. Según esta perspectiva, el grupo se especifica como un **grupo interno** y corresponde a la investigación⁹⁴ **descubrir sus estructuras, funciones y transformaciones.**"

Aquí habrá que detenernos para señalar que el primer tipo de grupo empírico al que se refiere Kaës tiene su acento en dos estructuras grupales sustantivas: la primera corresponde a **<una organización de los vínculos intersubjetivos>**, que son el producto de sujeto del inconsciente, es decir su actuar, como emisario de su relación en el grupo social, sea la familia, la institución u otro de estas características, genera procesos psíquicos específicos, como funciones y transformaciones en su estructura. En la segunda definición, el acento recae en la **<organización intrapísica>**, es decir al interior de la estructura del sujeto y cómo esta organización cumple con funciones de ligazón que corresponden al aparato psíquico y que necesariamente responde a como los sujetos desde su vida intrapísica se relacionan a través de la estructura de su grupo interno.

Kaës sostiene que (Idem:21) "el grupo intersubjetivo es uno de los lugares de la formación del inconsciente correlativamente supongo, que la realidad psíquica propia del espacio intersubjetivo grupal se apunala en ciertas formaciones de la realidad psíquica. Esto es hay algo de las formaciones inconscientes en los grupos sociales, que generan cierto tipo de <realidad psíquica> en los grupos pequeños como el terapéutico incluso el familiar. En otras palabras los grupos sociales marcan sus efectos en los pequeños grupos."⁹⁵

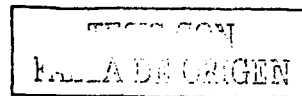
El tercer concepto de <grupo > (loc.cit) "**designa un dispositivo de investigación y tratamiento de los procesos y formaciones de la realidad psíquica** que participa de en la reunión de los sujetos en un grupo". Más adelante Kaës matiza "como dispositivo metodológico, el grupo es una construcción un artificio; se subordina a un objetivo determinado que no podría alcanzarse con los mismos efectos de otra manera"⁹⁶.

⁹³ Las negritas son mías.

⁹⁴ El generar y aplicar el protocolo compromete al investigador a documentar cómo se estructura el grupo <interno del grupo> con pacientes psicóticos, ya que cada grupo tendrá su singularidad de estructuración.

⁹⁵ Las negritas son mías.

⁹⁶ Las negritas son mías.



Resumiendo, las dos primeras definiciones son complementarias; por un lado el énfasis se encuentra en la *relación intersubjetiva*, -del grupo social-, mientras la segunda definición apunta hacia el papel que desempeña la *estructura intrapsíquica* y ambas estructuras generan, funciones y sus particulares formas de relación, que se pueden apreciar como una <realidad psíquica>, ya que de ambas se desprenden representaciones inconscientes que sustituyen a la realidad externa.

Lo anterior es la plataforma que sostiene este capítulo, a partir de estas tres definiciones de grupo es que se desarrollaran los elementos necesarios de articulación y engrane teórico.

2.6.7. La realidad psíquica grupal

Kaës reformula el concepto de *realidad psíquica*⁹⁷ freudiano y lo lleva a estructurar en el grupo, pero ¿qué significa para Kaës la realidad psíquica grupal?. Kaës responde que (1995:99) "*en el grupo se producen formaciones y procesos psíquicos y estos se rigen por una lógica de determinación y por instancias propias del conjunto: Una variante de esta proposición es que el grupo es el lugar de una realidad psíquica que sólo se produce en el grupo*"⁹⁸.

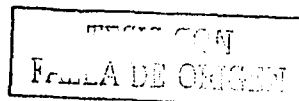
Kaës pondrá en relieve que (Idem:99) "*Lo específico de la perspectiva psicoanalítica es que considera al grupo como sistema de formaciones y de procesos psíquicos derivados del inconsciente en su determinación propia de cada sujeto y en sus determinaciones transindividuales; además define al grupo como aparato generador de efectos psíquicos relativamente autónomos con relación a los psiquismos singulares que son sus soportes y productos, como aparato de la realidad psíquica que mantiene en ligazón a las formaciones intrapsíquicas de sus sujetos, trabaja y contiene las formaciones que les son comunes, así como las que son generadas por su agrupamiento*"⁹⁹.

Parafraseando a Kaës <la realidad psíquica grupal> se da como un efecto propio de la agrupación, por una parte representa a los sujetos que la conforman, pero también por otro lado, al sujeto que es influenciado por la sociedad, -por los otros-, a la vez que él influye, con los productos de su decir; ésto es, *su deseo y fantasías*

⁹⁷ Con lo que respecta al concepto de <realidad psíquica>, Lapanche y Pontalis (1983:352) explican que este "término utilizado frecuentemente por Freud para designar lo que en el psiquismo del sujeto, presenta una coherencia y una resistencia, comparables a las de la realidad material; se trata fundamentalmente del deseo y de las fantasías con él relacionadas". (las cursivas son mías). Más adelante los autores aclaran que "de modo general las neurosis y a fortiori las psicosis. Se caracterizan por el predominio de la realidad psíquica en la vida del sujeto. La realidad psíquica va ligada a la hipótesis freudiana referente a los procesos inconscientes, estos no sólo tienen en cuenta la realidad exterior, sino que la sustituyen por una realidad psíquica. Es decir lo que para el individuo, en su psiquismo alcanza un status de realidad psíquica, que permite expresar el deseo inconsciente del sujeto a través de la fantasía. Es importante recordar que para Freud la fantasía tiene un estatus de <realidad psíquica>, como lo pudo demostrar cuando cambio la teoría del trauma psíquico, por la teoría de la fantasía del trauma.

⁹⁸ Las cursivas son mías.

⁹⁹ Las cursivas son mías.



que están en juego en el grupo y configuran de alguna manera su propio espacio psíquico, ya que el grupo los produce, los determina y arregla, en función como se presente su grupo interno.

Otra forma de explicarlo, según Kaës (Idem:105) sería "la realidad psíquica del nivel del grupo se apoya y se moldea sobre las estructuras de la realidad psíquica individual, principalmente sobre las formaciones de la grupalidad intrapsíquica, estas son transformadas, dispuestas y reorganizadas según la lógica del conjunto. Es decir, que el agrupamiento mismo impone exigencias de trabajo psíquico comandadas por su organización, su mantenimiento su lógica propia. De esto resultan formaciones y procesos psíquicos que pueden ser llamados grupales, en la medida que sólo se producen por el agrupamiento. En consecuencia, *el grupo debe ser pensado como el aparato de esta transformación de materia psíquica, el lugar de su transmisión*"¹⁰⁰.

Kaës elucida que (Idem:107) "Admitir que la realidad psíquica en el grupo no se deja resumir a la suma de las contribuciones psíquicas de cada uno de sus miembros considerados aisladamente, es también admitir que las investiduras y las representaciones de cada uno se ligan y se metabolizan en formaciones y procesos psíquicos originales."

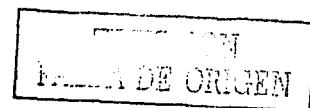
¿Pero qué significa que las representaciones se metabolizan?. De manera coloquial, que cada sujeto, responderá a los cambios del grupo de manera específica. Esto es, desde lo intrapsíquico, responderá a la fantasmática grupal de manera particular. ¿Pero cómo participa el sujeto en la formación de la realidad psíquica del grupo?, Responde Kaës (idem:245) " se apoya en el mundo interno de sus miembros, especialmente, pero no exclusivamente, en lo que cada uno es grupalidad". Mas adelante acota es, "aquello de la realidad psíquica del adentro que se despliega en el grupo vuelve, en parte solamente, al espacio interno." Aclarando que (Idem:246-7) " si cada sujeto esta en el grupo, con su mundo interno, su determinismo y su propia historia, es necesario admitir que solamente *algunos procesos grupales y algunas formaciones quizá hasta entonces desconocidas para él, son movilizadas o puestas en marcha en el grupo*. Además estas formaciones son movilizadas bajo ciertos aspectos en el grupo. Así debe suponerse por ejemplo que la puesta en perspectiva de la fantasía no es la misma en el espacio externo del grupo"¹⁰¹.

¿Cómo funciona el proceso grupal de la realidad psíquica?. Responde Kaës (Idem:247) se observa cuando los aportes del grupo "Son sometidos a un trabajo en los aparatos psíquicos correlacionados por el grupo. En parte estos aportes les vuelven transformados, deformados, desconocidos, extraños, son reintroyectados, o reincorporados, o enclavados nuevamente rechazados en el grupo".

Concluye Kaës (1995:259) "**hay grupo y realidad psíquica de grupo cuando un organizador psíquico inconsciente –es decir: esencial y preferentemente los**

¹⁰⁰ Las cursivas son mías.

¹⁰¹ Las cursivas son mías.



grupos internos— moviliza por excitación, proyección, identificación, conainvestidura, representaciones, complejos o imagos de los miembros del grupo"¹⁰².

Entonces <la realidad psíquica grupal> habita a los sujetos, los transforma a la vez que ellos la moldean.

2.6.8. El concepto de grupo interno¹⁰³

Kaës define el grupo interno así (1995:158) "lo que entiendo por el concepto teórico de grupo interno: designa formaciones y procesos intrapsíquicos desde el punto de vista en que las relaciones entre elementos que los constituyen, están organizadas por una estructura de grupo.". Es decir por una <realidad psíquica grupal>.

En este tenor escribe Bernard, (1991:112) Kaës "designó con el término de grupos internos las formaciones intrapsíquicas dotadas de una estructura grupal y cumpliendo la función específica de ligazón en el aparato psíquico. Los grupos internos son una estructura, una formación y un proceso de la psiquis. Para que haya un grupo se requieren tres condiciones: una pluralidad de elementos distintos, un sistema de ligazón entre esos elementos, la polaridad del deseo inconsciente que da forma y consistencia a esos objetos"... "los grupos internos reemplazan al concepto de organizador, en los últimos trabajos de Kaës, pone el acento en la estructura grupal de las formaciones intrapsíquicas. El concepto de grupos internos abarca a las fantasías inconscientes, la imago del cuerpo, lo complejo e imagos familiares y la concepción subjetiva del aparato psíquico"¹⁰⁴, "es decir, el concepto de grupo interno ahora es utilizado en lugar de organizador grupal que se incluye en el aparato psíquico grupal"¹⁰⁵.

Más adelante explica, que existen dos formas de abordaje del *grupo interno*: 1) el estructural y 2) el funcional

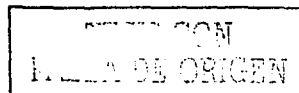
El primero (Idem:159) "El abordaje *estructural* pone el acento en el sistema de las relaciones entre elementos definidos por su valor de posición correlativa, unidos y regidos por una ley de composición. La separación diferencial entre los elementos,

¹⁰² Las negritas son mías.

¹⁰³ Cfr. La extensa Nota 2 a pie de Pág. 158. donde Kaës diferencia su concepto de grupo interno del de Pichón Riviere, este último proviene de psicología social y no del psicoanálisis, y que será tratado con su necesaria extensión en la tesis y en " El estatuto teórico del grupo. De la psicología social al psicoanálisis, René Kaës, (1998:229) escribe "Lo que Pichón-Riviere llama el mundo interno o grupo interno es la reconstrucción de la trama relacional, del sistema de relaciones intersubjetivas y sociales de los que el sujeto emerge: describe así las reelaciones intersubjetivas, o estructuras de vínculos interiorizados y articulados en un mundo interno. Son producidas por un proceso de interiorización a través del pasaje fantasmático de un sistema de relaciones exteriores (intersubjetivas) a una interrelación intrasistémica. Los grupos internos son modelos internos que orientan la acción hacia los demás en relaciones intersubjetivas "sobre este punto me siento cercano a él, pero me distingo por la posición de acuerdo con la cual los grupos internos son también organizadores de las acciones intrapsíquicas.", es decir configuran acciones del mundo interno.

¹⁰⁴ Ver Kaës (1977) El aparato psíquico grupal

¹⁰⁵ Las cursivas son mías.



engendra la tensión dinámica de la estructura". más adelante comenta "Un grupo interno aparece de éste modo como una **configuración de vínculos** entre <elementos psíquicos>: de las pulsiones y sus representantes—representaciones, entre objetos, entre representaciones de palabra o de cosas, entre instancias, imagos o personajes internos. En estos grupos, el sujeto mismo se representa directamente o a través de sus delegados".

El abordaje *funcional* (Idem:158) "pone el *acento* en las funciones específicas que se cumplen en el **espacio intrapsíquico**, en la formación del sujeto y en el espacio de los *vínculos intersubjetivos*: funciones de ligazón, de representación (figuración y sintactización) y de transformación. Una propiedad funcional de los grupos internos está sujeta a su disposición sintagmática; se halla particularmente dotada para dramatizar los emplazamientos y los desplazamientos correlativos del sujeto y de los objetos, sus permutaciones, su condensación y su difracción, según las apuestas de la *acción* psíquica por realizar, según las necesidades de la dinámica y de la economía psíquicas, principalmente bajo el efecto de las censuras por respetar y por evitar"¹⁰⁶.

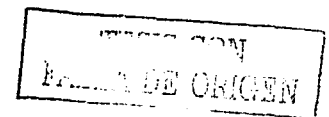
Más adelante Kaës (Idem) enfatiza que "El concepto de grupo interno llega así a ser el operador por el cual las formaciones y los procesos de la realidad intrapsíquica, y el aparato psíquico del agrupamiento, pueden establecer relaciones recíprocas. *Ocupa dentro del campo teórico una posición homóloga a la pulsión y a la de la representación de la palabra, en su función de articular entre los niveles de la realidad corporal, del lenguaje y de la realidad psíquica.* En el campo clínico metodológico, el concepto de grupo interno es útil para *concebir la especificidad de las transferencias y de los transferidos*, para proponer una representación de los procesos asociativos específicamente movilizados en la situación de grupo. Un concepto tal, permite principalmente dar cuenta del destino, en los procesos del agrupamiento, de las representaciones del grupo primario interno (padres y familia internos) y de las investiduras pulsionales que afectan al grupo en tanto objeto"¹⁰⁷.

Kaës pone en relieve *que no hay forma de objetivar los grupos internos*, ya que éstos son apreciados a través de la <transferencia> y necesariamente pasarán por la subjetividad del analista. En palabras de Kaës (Idem:160), "si bien los grupos internos están sometidos al orden propio de las formaciones de los procesos psíquicos, y si bien cumplen funciones específicas, no pueden manifestarse sino en sus transferencias sobre o en el espacio psicoanalítico, es decir, en las formas y condiciones de las transferencias. Esta condición debe ser mencionada para reducir los riesgos de objetivar los grupos internos en observables completamente independientes de las condiciones de su manifestación".

Agrega Kaës (loc.cit) "El sistema está dotado de principios y de operadores de transformación que movilizan mecanismos variados; permutación, negación,

¹⁰⁶ Las negritas y cursivas son mías.

¹⁰⁷ Las cursivas son mías.



inversión, difracción¹⁰⁸, condensación, desplazamiento. Estos principios operadores están destinados a asegurar la regulación y la constancia del grupo interno en diferentes lugares del aparato psíquico”.

El concepto de grupo interno en su forma clínica da cuenta del proceso de anudamiento y la desligadura de los nudos imaginarios reificantes o alienantes que se forman en la coincidencia entre los grupos internos de cada uno y el grupo formado por el acoplamiento psíquico de los miembros del grupo, a partir de sus grupos internos”:

Kaës (1995:158-61) "el concepto de grupo interno adquiere una extensión mucho más amplia que la de construir la matriz de la representación-dramatización del grupo familiar interno o del grupo en tanto objeto de investidura. *Su estructura fundamental define, en este aspecto, tanto las fantasías como los sistemas de relación de objeto, al yo, a la estructura de las identificaciones, a los complejos y las imagos, incluida la de la psique*¹⁰⁹.

Tal concepto es inteligible en el campo clínico del psicoanálisis; se inscribe en su corpus teórico, tal como lo funda la práctica de la cura individual, donde en primer lugar se ha construido, según los bosquejos que he presentado. Su eficiencia está, de aquí en más, sujeta a una prueba en el análisis de los sueños, de las identificaciones y de los síntomas, en el análisis de la creación artística y la organización del proceso asociativo.”.

Resumiendo, los conceptos de: grupo como objeto, el grupo como sueño, la ilusión grupal, el aparato psíquico grupal y el grupo interno, permiten en su conjunto, elaborar un dispositivo grupal donde se le da un estatus epistemológico al grupo; se puede reconocer la forma inconsciente del proceso primario en el que trabaja el grupo y finalmente como las fantasías originarias ocupan la escena de las representaciones a través del grupo interno.

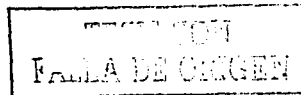
2.7. El dispositivo grupal en Francia

Aquí se inicia la segunda parte teórico-técnica del dispositivo grupal del CEFRAP.

Con respecto a las aportaciones del CEFRAP Fernández señala que (1989:115) "para esta corriente no se propone ni una experiencia adaptativa a las normas grupales, ni un conocimiento objetivo de los fenómenos del grupo, ni la creación permanente del grupo. **Tienen un objetivo muy distinto: proporcionar el encuadre, el dispositivo y la situación apta para una experiencia <original>, en la que se busca la emergencia, la liberación y reacomodación de algunas**

¹⁰⁸ Bernard (1991:107) comenta que "la difracción es un mecanismo del proceso primario. El mecanismo de la difracción aparece, más precisamente como una descomposición de objeto, de una imagen o del Yo del sujeto en una multiplicidad de objetos, de imágenes y de Yos, parciales, cada uno representando un aspecto del conjunto y mantenimiento con los otros relaciones de equivalencia o de analogía, de oposición o complementariedad, o los momentos de una acción.

¹⁰⁹ Las cursivas son mías.



formaciones y procesos psíquicos que gracias a las propiedades del dispositivo diseñado se develan –según esta corriente– genética y estructuralmente apuntadas sobre el grupo (sobre todo el grupo primario),¹¹⁰ a su vez consideran que dichas formaciones aseguran el pasaje y la reanudación entre el orden endopsíquico <individual> y el orden del vínculo y las relaciones colectivas¹¹¹.

2.7.1. El dispositivo grupal kaésiano

Kaës (1995:89) argumenta que "de este modo, *el grupo* ya no es concebido preferentemente como la forma y la estructura de un sistema estabilizado de relaciones interpersonales donde operan fuerzas equilibradoras, representaciones productoras de normas y de procesos de influencia, presiones conformistas, emplazamientos de estatus y roles. *En el campo psicoanalítico, es preferentemente un objeto de investiduras pulsionales y de representaciones inconscientes, un sistema de ligazón y desligazón intersubjetivas de las relaciones de objeto y de las cargas libidinales o mortíferas a ellas asociadas. Introducir la hipótesis del inconsciente cambia el Vertex, las perspectivas, los objetivos*"¹¹².

2.7.2. El encuadre del dispositivo grupal en el CEFRAP

A propósito del encuadre, Kaës (1988:115, citado por Fernández) explica que el "encuadre psicoanalítico debe favorecer la emergencia, la elaboración y la interpretación de las formaciones y los procesos imbricados en la situación de grupo", de tal modo que "la situación grupal se desarrollará a partir de las características del *dispositivo*: la enunciación de la *regla fundamental* el cimiento de todo trabajo psicoanalítico, es el dispositivo el que instituye el dispositivo de hablar libre y abstinencia entre los integrantes del grupo y el analista de toda otra relación que no sea exigida por la escucha y la palabra psicoanalítica"¹¹³.

2.7.3. El funcionamiento del dispositivo grupal.

A continuación se desarrolla la parte técnica del trabajo psicoanalítico con los grupos, es decir, cómo opera el <dispositivo grupal>. Aquí se hace una reseña de lo que sucede en los grupos de terapéuticos.

2.7.3.1. La regresión en los grupos terapéuticos

El grupo funciona a niveles arcaicos, preedípicos, -es decir, autoeróticos y narcisistas- o como dice Anzieu, (1989:117, citado por Fernández) "*El grupo lleva al individuo muy lejos hacia atrás, allí donde no se ha constituido aún como sujeto*"¹¹⁴.

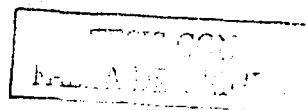
¹¹⁰ Ver Anzieu (1974:24).

¹¹¹ Las negritas son mías.

¹¹² Las cursivas y negritas son mías.

¹¹³ Las cursivas son mías.

¹¹⁴ Las cursivas son mías.



Con esta cita Anzieu nos hace recordar el carácter regresivo que tienen los grupos, que operan con características psicóticas, en realidad no es que el grupo se vuelva psicótico sino que su funcionamiento opera bajo los requerimientos de los procesos primarios, de la organización oral de la libido, con relaciones de objeto parcial, a este nivel se presentan, los conflictos sexuales con escenas de las fantasías originarias, que en el grupo, se pueden apreciar desde la concepción la <realidad psíquica grupal> (como los son los supuestos básicos, la ilusión grupal, el grupo interno, la resistencia, la transferencia, entre otros). El grupo funciona desde un replegamiento de defensas. Que no son más que el despertar de los <prototipos fantasmáticos del grupo familiar primario> que se manifiestan como <realidad psíquica grupal> y que sólo puede apreciarse a través del contenido manifiesto y su correlato en el contenido latente en la transferencia. Que es la técnica de interpretación por excelencia.

A nivel edípico se ponen en manifiesto las imagos maternas y paternas, con su consecuente fantasmática sobre la angustia de castración.

Entonces los niveles de lectura en los que se expresan la realidad psíquica estarán marcados por los modos de operar de la neurosis, el narcisismo y la psicosis

2.7.3.2. La tópica el espacio grupal

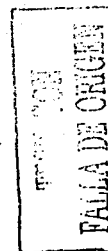
Hay que recordar que el dispositivo grupal es el *lugar* de la realidad psíquica, por lo que es necesario hablar del espacio que ocupa el paciente en el grupo, es decir de la tópica del lugar.

La tópica grupal se refiere al lugar que ocupan los sujetos en el grupo y de lo que allí se deriva desde las posiciones que ocupan, tanto en el espacio físico, como de lo que resulta del agrupamiento en los vínculos que el dispositivo genera.

Parafraseando a Kaës (1977:177) la tópica del espacio grupal, se puede concebir desde tres perspectivas, la económica la dinámica¹¹⁵ y la fantasmática. Correspondiendo la económica a los lugares, ubicaciones, desplazamientos. La dinámica a las fronteras, zonas de conflicto, marcas de conflicto, cicatrices, rastros, etc., y a la fantasmática a las fantasías emergidas en el grupo.

Complementa Kaës (Idem:177-8)."El espacio de un grupo es un espacio que se modifica y es un espacio que modifica; estructura las relaciones dentro del grupo, las ordena, define un centro, una derecha y una izquierda, un arriba y un abajo, un

¹¹⁵ Kaës (1977:177-8) define la dinámica del espacio grupal, desde la perspectiva winnicottiana del espacio transicional, argumentando que el "Espacio grupal es una espacio intermedio que reproduce las posibilidades creativas del espacio transicional. No pensamos únicamente en los conceptos como los de intrusión y <juego> pueden aportar a la comprensión de los procesos de limitación y construcción del *self* ni en los que definen la capacidad de estar en un grupo y de ser en éste, junto con otras personas, creador. También pensamos en las consecuencias prácticas que averiguaciones tales pueden tener para el arreglo del territorio, el urbanismo, la coexistencia de espacios grupales heterogéneos y la apropiación del espacio."



adelante y un atrás: son sitios en los que estamos: los ocupamos y nos ocupan, los limitamos y nos definen. La dificultad mayor que encuentran los miembros de un grupo en su existencia de grupo es precisamente, la dificultad que experimenta cada cual para descentrarse de su posición y comprender un universo de relaciones de interdependencia: el conocimiento del grupo humano no es <natural>, y constantemente reducimos el grupo a partir de nuestros sitios, a un objeto que sólo obtendrá su realidad y su poder a merced a nuestros sitios. El problema que nos planteamos en los grupos y que a veces planteamos a los demás es, por cierto, el de nuestro sitio (el del analista).

Finaliza Kaës (idem:179-80) "El espacio nos lo aclara sólo si coincide, siempre de modo provisional, con lo que esperamos de nosotros. El cambio de sitio es una recreación del espacio y de las relaciones, es también una inseguridad, y lo acompaña una amenaza. **Por eso toda nuestra disposición del espacio se puede considerar como una proyección sobre el terreno tanto de un orden psíquico como de un orden social.** El espacio en los grupos es el espacio del fantasma, lugar del cumplimiento del deseo y de la defensa contra la angustia, la asignación de lugares y papeles a individuos una y otra vez actores y comparsas. El espacio del cuerpo de la madre, el cuerpo neonatal. Los fantasmas relativos al cuerpo <olvidado> especializan y organizan, literalmente, el grupo y las relaciones entre las personas que viven en él"¹¹⁶. Lo anterior permite reconocer la importancia del lugar que ocupan en el grupo los pacientes y es el lugar en que representarían en palabras y acciones su mundo interno de los pacientes.

2.7.3.3. El contenido manifiesto

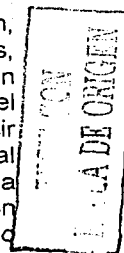
Para dar sentido a la tónica grupal es necesario reconocer el discurso grupal, que se pone en escena a partir del contenido manifiesto.

El contenido manifiesto se refiere a todo lo expresado y vivenciado en cada sesión, tal como sucedió. Es a partir de la libre asociación el grupo y sus portavoces, pondrán en palabras sus fantasías inconscientes, y que a través de la atención flotante¹¹⁷ el terapeuta recuperará la relatoría de la sesión. El *setting* grupal será el lugar para explorar la <realidad psíquica grupal>, es el lugar donde opera él, es decir cómo opera el inconsciente en este tipo de grupos, posteriormente este material servirá para documentar <la realidad psíquica grupal> es decir, los apartados de la resistencia, los supuestos básicos, el grupo interno y la ilusión grupal. La atención flotante del terapeuta es la pauta para redactar el contenido manifiesto y el contenido latente.

En el contenido manifiesto, es importante rescatar el concepto de matriz grupal que permite contemplar al grupo como <un todo>, tanto en las comunicaciones como en

¹¹⁶ Las negritas son mías.

¹¹⁷ Perrés (1989:125)"El concepto de <atención flotante> correlato de la asociación libre del paciente, será introducido en 1912 -por Freud- en su artículo <Consejos al médico sobre tratamiento psicoanalítico> con su denominación actual pese haber sido mencionado, por primera vez, en el famoso caso Juanito (1909)"

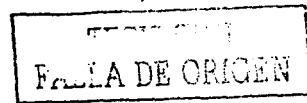


la interacción, como se señaló con anterioridad. La pregunta obligada es ¿Cómo participan los elementos del grupo en el contenido manifiesto?, Kaës escribe, que en el grupo existen *funciones fóricas*, que define como (1995:280) "posiciones y funciones que todo sujeto en el grupo necesariamente se ve llevado a tomar conjuntamente, a asumir en los conjuntos intersubjetivos. Llamo fóricas a estas funciones, en cuanto *designan lo que porta y transporta el sujeto en el grupo*. Corresponden a diversas funciones, encarnadas en los emplazamientos de *porta-voz, de porta-ideales, de porta-sueño, de porta-silencio, de porta-muerte de porta-síntoma*. Es decir sujetos, que desde lo singular, desde lo intrapsíquico, pondrán en escena en el grupo una serie de representaciones y situaciones que se conectan con los demás sujetos en el espacio psíquico del grupo. Determina Kaës (*idem*:281) "que las funciones fóricas, como las de representación, de delegación, de mediación, reciben un sostén, tanto desde el interior del espacio psíquico -principalmente de los *grupos internos*- cuanto desde el conjunto intersubjetivo del cual el sujeto es parte beneficiaria y parte constituyente". Entonces las funciones fóricas son formaciones psíquicas que toman sentido, en el espacio y la lógica intrapsíquica y que tienen un correlato en el espacio intersubjetivo, es decir en el grupo. hay que tener claro que la funciones fóricas, son respuestas o lo despertado por el vínculo grupal.

2.7.3.3.1. El contenido latente

El contenido manifiesto debe ser traducido, ya que al psicoanálisis no le interesa el discurso como tal, sino lo que oculta, por eso es necesario develar su contenido latente.

Al respecto argumenta Bejarano (1978: 120-121) " para nosotros (CEFRAP), la *escucha analítica de un grupo consiste en considerar su discurso manifiesto (así como su acción) como expresión a la vez ocultamiento de su discurso latente*. Al igual que para el sueño (y en la cura individual), *se debe descifrar ese discurso latente* para restaurar el sentido (en ese caso, en su especificidad grupal) y si corresponde para interpretar." Continúa el autor. "En este sentido, en el discurso manifiesto y en el discurso latente se deben reconocer los efectos del inconsciente, que se expresan sin duda, en todo momento, a través del *juego de los mecanismos de defensa que lo caracterizan* (desplazamiento, condensación, proyección, denegación, inversión en su contrario) pero más masivamente aún, y en forma más tratable", continua más adelante "en *situación analítica (estructurada por la regla)*"¹¹⁸¹¹⁹.



¹¹⁸ Respecto al método de asociación libre comenta Perrés (1989:120) "Aunque parezca extraño, es apenas en 1909, en las conferencias sobre psicoanálisis en Estados Unidos, donde Freud utiliza por primera vez la acepción de "asociación libre". En "Cinco conferencias sobre psicoanálisis" habla también por primera vez para designarla, de "regla psicoanalítica fundamental". Señala que dicha regla fundamental, la interpretación de los sueños, la apreciación de las acciones fallidas y casuales así como la valoración del fenómeno transferencial, constituyen los cuatro procedimientos técnicos utilizados en el tratamiento psicoanalítico para posibilitar al analizado el procedimiento de su propio inconsciente".

¹¹⁹ Las negritas y cursivas son mías.

Lo anterior permite reconocer los elementos que se privilegian para el contenido latente, como los son todas las producciones de las formaciones del inconsciente, los mecanismos de defensa, las fantasías grupales, derivadas del vínculo intersubjetivo sucedido en cada sesión grupal.

2.7.3.3.2. Los mecanismos de defensa

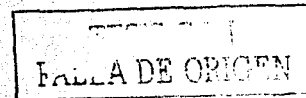
Los mecanismos de defensa son manifestaciones verbales y de acción que el sujeto lleva a cabo a través del Yo, tienen un carácter Inconsciente (Icc) y sirven como defensa ante la angustia; son una forma deformada de enfrentar las situaciones de peligro, éstos tienen su origen desde que se cliva o se instaura el aparato psíquico y terminan su conformación hasta el paso por el complejo de Edipo y la angustia de castración. Los mecanismos se presentan en todos los seres humanos. Dependerá de la historia de cada sujeto la utilización específica de los mecanismos defensivos con los que enfrentará la angustia, y estructura su psique.

Los mecanismos dibujarán en algunas personas rasgos de personalidad, mientras que en otras, su acento y repetición conformarán una estructura patológica, estos mecanismos se presentan en lo singular, es decir en lo intrapsíquico, pero también tendrán sus efectos en la agrupación, en lo inter y transpsíquico.

Kadis y otros (1969:109-110) relatan una analogía esencial para figurar los mecanismos de defensa en el grupo "funcionan como las antenas de un insecto que examinan el medio circundante en busca de señales de peligro. Cuando el individuo intuye que la situación de grupo amenaza uno de sus patrones establecidos de respuesta, sus defensas tienden a acrecentarse. Mientras más intensa sea la amenaza que significa para un individuo la existencia misma de una persona dada, o la que un paciente dice, o la interpretación de un terapeuta, más fuerte será su mecanismo de defensa".

Los mecanismos de defensa¹²⁰ que se espera sucedan en el grupo, corresponden a los de la psicosis. En este escrito se considerará la propuesta freudiana y la kleiniana, siendo éstos:

1. Dementida (Rechazo, Forclusión)
2. Proyección
3. Negación
4. Identificación
5. Identificación proyectiva



Cabe señalar que los psicóticos, por ejemplo, no están exentos de presentar ideas obsesivas, por lo que se consideraría el desplazamiento como mecanismo psíquico o cualquier otro mecanismo que en algún momento pudiesen manifestar los pacientes.

¹²⁰ Los mecanismos de defensa no se describirán aquí, por lo que se sugiere su revisión.

2.7.3.3.3. Los Síntomas¹²¹

Para el psicoanálisis los síntomas¹²² tienen un carácter inconsciente, y se expresan como resultante de un conflicto psíquico. En el caso de las psicosis, el Yo vs. la Realidad Externa (esquizofrenia y paranoia) o del conflicto de la Neurosis narcisista del Yo vs. el Superyó (la manía y la melancolía -psicosis maniaco depresiva-).

Cabe preguntarse, ¿Cómo reconocer los síntomas en el grupo?. Primero diré que el grupo como tal, no tiene síntomas, sino más bien, es a través de la participación de los individuos del grupo que se manifiesta el síntoma, a través de las funciones <fóricas del porta-síntomas>¹²³, que se conecta con los síntomas de cada individuo en el grupo. Esto se puede observar y escuchar cuando se pone en palabras el sufrimiento del sujeto, a través de los portavoces del grupo en el contenido manifiesto.

Al respecto, Kaës escribe (1995:311) "por ejemplo, el conflicto intrapsíquico de un miembro del grupo moviliza por identificación, los conflictos intrapsíquicos homólogos en otros miembros del grupo. No se trata ahí de un síntoma que corresponda al grupo como tal, lo que corresponde al grupo tal, tiene por objeto al vínculo mismo, más precisamente, a las investiduras mutuas sobre el vínculo y sobre el objeto que lo representa, es decir el grupo". Más adelante Kaës matiza "las alianzas inconscientes intersubjetivas cumplen el más alto grado de función de desconocimiento que une al síntoma. Si sólo tomamos en consideración la función económica y dinámica que cumple el síntoma para el sujeto que lo produce, si nos limitamos por principio a inscribirlo clásicamente sólo en su historia singular y propia estructura, nos arriesgamos a pasar por alto su valor en la economía de los vínculos intersubjetivos". Concluye Kaës (Idem:312) "El análisis debe dirigirse entonces al nudo intersubjetivo en el cual el síntoma ha adquirido una parte inestimable de su valor para el sujeto que se ha hecho su portador."

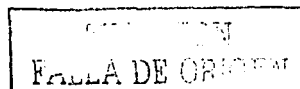
Es importante señalar que tanto los mecanismos defensivos como los síntomas se presentan desde lo singular, es decir desde lo intrapsíquico, situación que, al ponerse en acción, hacen efecto en la fantasmática grupal, que influirá en el vínculo terapéutico con la transferencia, y provocarán respuestas contratransferenciales que el terapeuta deberá darse cuenta y manejar para el beneficio terapéutico.

Los síntomas psicóticos son la materialización de los mecanismos de defensa, ejemplos de ello serían, cuando el paciente hace uso de la desmentida, en la que rechaza una parte del contenido de la realidad generándose una nueva a través de delirio (como síntoma de restitución) y la alucinación, principalmente. Otras formas de presentación de los síntomas son: la negación de la psicosis por el paciente, la

¹²¹ Debido a que en este trabajo se acota el concepto de <la realidad psíquica grupal>, sólo se desarrollan los procesos grupales y se deja al lector la revisión de la teoría del síntoma.

¹²² En las neurosis de transferencia, el síntoma, comentan Laplanche y Pontalis (1983:164-165.) "es el resultado de un proceso especial de una elaboración psíquica"... "En sentido amplio, la formación del síntoma comprende no sólo el retorno de lo reprimido en forma de <formaciones sustitutivas> o de <formaciones de compromiso>, sino también las <formaciones reactivas>."

¹²³ Ver el concepto de funciones fóricas en la relatoría.



incoherencia (propia de la representación cosa del proceso primario), los neologismos (utilizando el mecanismo psíquico lcc de la condensación) o la incongruencia de los afectos con el pensamiento. También los cambios radicales del afecto, las conductas erráticas corresponden a la regresión. De igual manera las conductas autoagresivas o heteroagresivas, en las que ponen en actos los castigos del superyó, es decir el acting out. Entonces, *un mecanismo de defensa puede liberar el síntoma.*

Entonces la proyección se materializa en delirios y alucinaciones; la desmentida, en un juicio fuera de la realidad sostenida socialmente; la negación desconoce la psicosis; la condensación convierte las palabras en neologismos, etc.

2.7.4. La resistencia grupal

En todo análisis, los sujetos presentan cierto ocultamiento, que se manifiesta a través de la resistencia. Bejarano (1978:122) define la resistencia y expresa que "es todo lo que obstaculiza el trabajo de acceso al inconsciente (en la dinámica grupal al igual que en la cura individual), pero también una manifestación propia del tratamiento, puesto que reemplaza la rememoración por la repetición y se presenta como *transgresión de la regla*: de ese modo clínicamente, nos vemos llevados a tratarla como *resistencia de transferencia*, que se especifica en el discurso manifiesto dirigido al analista (en realidad, a la representación inconsciente de la cual, él es el objeto).

Es posible distinguir así resistencia y transferencia: La primera es obstáculo al proceso de la cura la transgresión de la regla, defensa contra el acceso al inconsciente, pero, al mismo tiempo- y eso es lo esencial del descubrimiento freudiano- *vía de acceso al inconsciente*: Y si se actualiza en la transferencia (llamada entonces negativa -o mejor, de efectos negativos, como lo sugiere Lagache, proporciona al analista a la vez la posibilidad del *desciframiento* (a través del acceso al inconsciente que permite) y de la *interpretación* -de dicha transferencia negativa- que transforma esa transferencia-obstáculo en instrumento motor de la cura."

Valiente (1987:27) escribe al respecto de la resistencia grupal "Desde la primera sesión y hasta el final, nos vamos a encontrar con el fenómeno de la resistencia: pero conviene diferenciar lo que son las resistencias iniciales, más comunes, generalizadas e inespecíficas, consecutivas a los problemas de reajuste emocional que tienen los individuos ante una situación nueva, como es el grupo de psicoterapia, de lo que son las resistencias que aparecen a lo largo de la evolución del grupo, que son más específicas y derivadas de las necesidades defensivas del Yo."

Más adelante Valentín ejemplifica la resistencia del grupo como totalidad. (Idem:87), "El grupo como unidad, como célula, también suele ofrecer resistencias, en determinados momentos ante el avance o la comprensión de sus fenómenos: Las formas más claras y comunes que hemos encontrados son: el silencio, los temas repetitivos, la excesiva disposición de todos hacia el otro, la aparición de

PROCESO COL
FALLA DE...

historiadores en el grupo y los deseos de incluir al terapeuta como uno más del grupo".

2.7.5. Transferencia¹²⁴ y contratransferencia

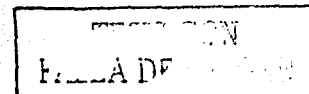
La transferencia es el eje rector de la interpretación en el grupo, al igual que en el análisis individual, por lo que se hace necesario conocerla teórica y clínicamente, a fin de interpretarla técnicamente hablando.

Actualmente ya no está en duda, saber si los pacientes psicóticos generan transferencia. Las investigaciones en diferentes escuelas psicoanalíticas han aportado al conocimiento teórico a partir de su clínica y han documentado cómo se presenta la transferencia en la psicosis, como lo informan Doria y Melgar (1995:16) "cuando la psicosis se presenta en el análisis, la transferencia trae consigo estadios arcaicos, resaltando el narcisismo patológico del paciente. El revivir del pasado se hace dificultoso por las grandes lagunas, disociaciones y vacíos: Las emociones tempranas que nunca fueron integradas ni superadas complejizan la corriente transferencial, y las construcciones u organizaciones delirantes en las que el Yo busca refugio, oscurecen la visión: esta transferencia psicótica se despliega en materiales verbales y paraverbales, en afectos, en imágenes y acciones: El empleo de mecanismos muy primitivos tales como la identificación proyectiva, el hacer activo lo pasivo, la vuelta contra sí mismo, el repudio, hacen que la investigación de la Contratransferencia adquiera suma importancia tanto para la comprensión de la transferencia como para la reconstrucción del pasado".

Doria y Melgar (1995:16-17) enfatizan que "Entendemos que el análisis de las transferencias psicóticas permite ir gradualmente conociendo las raíces etiológicas que pueden explicar la incapacidad y el sufrimiento yoico.

"La intensidad de los afectos primitivos en la transferencia expresa el compromiso que en los mismos tienen las relaciones primitivas deficitarias y traumáticas. Pero es conveniente recordar que estos compromisos *no surgen debido a que el análisis favorezca regresiones peligrosas, sino que ya forman parte de la patología preexistente y que lo que revive el análisis son momentos narcisistas, sus defensas y los grandes sufrimientos psíquicos en que fueron originando y desarrollando las estructuras patológicas*". (las cursivas son mías).

Kadis y otros (1969:108) comentan que "los mecanismos transferenciales prototípicos son especialmente visibles en las primeras cinco sesiones del grupo, debido al considerable análisis que se hace del terapeuta y de los demás pacientes durante dichas reuniones: cada paciente valorará al terapeuta según el grado que le otorgue protección y preferencia".



¹²⁴ Laplanche y Pontalis (1968:439) la transferencia "designa en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan en ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica". "Casi siempre lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la transferencia de la cura".

2.7.5.1. La transferencia en el grupo

Bejarano (1978:229) escribe respecto de la resistencia y la transferencia¹²⁵, "como hemos visto, se manifiesta intensamente en los grupos (al igual que en la cura individual) y son los ejes de nuestra función interpretante: 1.- El monitor (central) 2.- Los otros (lateral) 3.- Transferencia grupal (el grupo) y 4.- El mundo exterior (un objeto exterior).

2.7.5.2. La transferencia hacia el monitor

Bejarano (1977:229-30) "*El monitor (transferencia central) que funciona como imago paterna en los niveles arcaicos (como superyó o ideal del yo, después de la rebelión contra el jefe de la horda y pacto de los hermanos) según la naturaleza y los momentos del grupo.*

2.7.5.3. La transferencia hacia el grupo

"*El grupo (transferencia grupal) que funciona como imago materna (nivel Edípico), pero, en una medida, aún mayor como madre arcaica (relación dual primitiva, cuerpo de la madre) y como una matriz societal (nivel arcaico; la horda nivel edípico-societal: pasaje al estado de "cultura" del grupo y la asunción de su historia, de su organización)*".

2.7.5.4. La transferencia hacia los otros

Los otros (transferencias laterales) como imagos fraternas; en el marco de la familia relación primitiva con la madre, luego con el tercero: el padre, el orden simbólico, la ley); en el marco de la horda primitiva (rivalidad destructividad), luego en el marco societal (pacto de los hermanos, competición, organización, co-responsabilidad, cooperación)

2.7.5.5. La transferencia hacia el mundo exterior

"*El mundo exterior (transferencia societal) como significante del poder abusivo, de la ley tiránica (la horda), como afuera amenazador, y como lugar de proyección de la destructividad individual (thanatos) -pero también de Eros (esperanza de un mundo*

¹²⁵ Perrés (1989:126-127) "Con relación a la transferencia es fundamental recordar que, más que un simple procedimiento técnico, fue convirtiéndose paulatinamente, con el desarrollo teórico freudiano, en el verdadero eje de la situación analítica así como la cura de la teoría psicoanalítica". Más adelante comenta, sobre la transferencia. " seguirán después dos artículos (sobre dinámica de la transferencia 1912 y puntualizaciones sobre el amor de transferencia 1914, ambos del Vol. XII). Ambos lo conducirán a la idea central de su técnica posterior: si la transferencia es repetición, será fundamental recordar para no volver a repetir. Por ello afirmará lo siguiente: "El principal recurso para domeñar la compulsión de repetición del paciente y transformarla en un motivo para el recordar, reside en el manejo de la transferencia", (recordar, repetir y reelaborar". Vol. XII: 156) Por ese camino se podrá sustituir la neurosis ordinaria del paciente por una neurosis de transferencia, curable psicoanalíticamente: Será necesario para ello la "preelaboración (o translaboración) que permita la superación de las resistencias y la "ligazón".

TRABAJOS CON
VALIA DE ORIGEN

mejor, representación de un devenir más adecuado a la naturaleza humana y societal, esfuerzos en ese sentido- a veces bajo formas defensivas: mitos e ideologías".

2.7.5.6. Una lectura de la transferencia del CEFRAP desde una postura kleiniana en grupo

Una lectura del trabajo de Bejarano (1978:131-132) acerca de la transferencia y la resistencia grupal desde una postura Kleiniana,

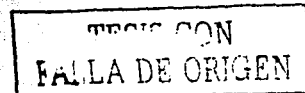
- a) "La posición persecutoria, en la que los tres objetos interiores (monitor, grupo, los otros) son vividos como males, ya que el objeto bueno es proyectado al mundo exterior (eventualmente idealizado), esta estructura puede compararse con el supuesto básico de W:R: Bion (1961) llamado de ataque-huida."
- b) La posición depresiva, en la que los otros y (o) el grupo reciben la transferencia negativa, percibiéndose al monitor como objeto bueno (incluso idealizado), al igual que el mundo exterior (transferencia positiva: +, o ambivalente:=±)
- c) La defensa maniaca, negación de la posición depresiva o persecutoria, en la que las proyecciones se invierten parcialmente en relación con las transferencias de estas últimas: es decir transferencia positiva sobre todos los objetos interiores, transferencia negativa sobre el mundo exterior-estructura que puede compararse en parte con la "ilusión grupal" descrita por Didier Anzieu (1971)
- d) *La defensa histérica* "los otros "son objeto bueno (transferencia positiva), monitor y grupo objetos malos, mundo exterior ambivalente".

2.7.5.7. La contratransferencia¹²⁶:

Para Devereux (1977:69) la contratransferencia es la suma total de aquellas distorsiones en la percepción que el analista tiene de su paciente, y la reacción ante él que le hace responder como si fuera una imagen temprana y obrar en la situación analítica en función de sus necesidades *inconscientes*, deseos y fantasías por lo general infantiles.

Doria (1995:79) escribe acerca de la contratransferencia en el psicoanálisis de los psicóticos, "Fundamentalmente, consiste en el propio vivenciar y sentir el mundo esquizofrénico por el analista, contrastándolo además con su mundo neurótico, para poder diferenciar llegar a lo desconocido del psicótico". Más adelante (idem:80) explica que "El impacto de las proyecciones de emociones muy primitivas hacen aparecer en el analista el miedo, pánico, rabia horror, soledad, angustia profunda,

¹²⁶ Ferrés (1989:126) escribe "Apenas en 1910 ("Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica") introducirá, Freud el concepto de "contratransferencia " de tanta importancia teórica y técnica."



desconsuelo, incomprensión, que ponen en jaque el psiquismo y el desarrollo del tratamiento".

"Pueden aparecer en el psicoanalista actuaciones contra el paciente u otras personas. No es extraño que se presenten pequeñas fugas de confusión y desconfianza paranoide que dificultan la labor con el analista. Son frecuentes las repercusiones físicas: cansancio incomodidad postural, dolores, dispepsias, deseos de dormir durante la sesión, etc. Otras veces son los estados anímicos, tales como la preocupación desmedida sobre el caso, mal humor irritación".

Finalmente Doria escribe (Idem:81) "la contratransferencia psicótica puede ser directa, presentándose durante las sesiones, o fuera de ellas. En el tipo de contratransferencia extra sesiones se advierten pesadillas en las que predominan la persecución, cambios bruscos de carácter, estados de desconfianza y resquemor, fantaseo diurno de contenido absurdo, temores hipocoridriacos, recuerdo permanente de las sesiones, etc. Responden estas manifestaciones a identificaciones proyectivas masivas, a fuertes contraidentificaciones proyectivas y fenómenos de inducción o parasitación psicótica"... "Para poder manejarse con la contratransferencia psicótica es necesario sumergirse en la locura y jugar con ella".

Valentín (1987:72) en el terreno grupal describe que la contratransferencia "podemos entenderla según dos criterios abarcativos":

1. Como un conjunto de emociones, sentimientos y actitudes que aparecen como respuesta la transferencia de los pacientes.
2. Como el conjunto de emociones, sentimientos, actitudes, pensamientos, gestos, movimientos, tonos etc, que experimenta el terapeuta hacia los pacientes del grupo y hacia el grupo mismo"

Valentín explica (Idem:72-75)" Desde un punto de vista práctico, creo que el terapeuta, sin desatender sus respuestas contratransferenciales hacia los pacientes concretos del grupo, o hacia los temas concretos que vayan saliendo, debe dedicar una parte importante de su tarea a darse cuenta de los distintos movimientos contratransferenciales que van surgiendo en él ante el grupo como totalidad en sus diferentes fases. De esta manera su propia contratransferencia le proporcionará la mejor información posible para entender lo que está pasando en el grupo y a la vez le servirá de guía para saber hacia donde dirigir sus interpretaciones".

2.7.5.8. Contratransferencia positiva y negativa

Valentín (1987:74) argumenta que la contratransferencia positiva "aparece cuando en el terapeuta predominan sentimientos y actitudes amistosas, favorables y eufóricas, estimulantes creativas, etc. hacia los miembros del grupo o hacia éste como totalidad. La negativa traerá consigo elementos contrarios como sentimientos y actitudes de rechazo, hostilidad, depresión, inatención, falta de tacto en las interpretaciones, etc.

2.8. La interpretación

La interpretación es una de las funciones sustantivas del analista de grupo, situación que implica una posición de este en su quehacer clínico.

Para Anzieu (1978:236-7) es importante reconocer la interpretación en los grupos de formación así como de psicoterapia, "para poder hallar la interpretación del interpretante eventual debe estar en condiciones de localizar tres variables:

1. La demanda específica de los sujetos que acuden a estos grupos;
2. Los procesos inconscientes, preconscientes y conscientes específicos de las situaciones de grupo que intervienen en ese momento;
3. Su propio deseo de ser interpretante en esas situaciones y, correlativamente a su deseo, las fantasías y angustias mediante las cuales reacciona a la demanda de los sujetos y a la intensificación de los procesos en estas situaciones.

Para poder dar interpretación, debe disponer de un marco espacio-temporal y simbólico que se asigne lugar y hora, en los que la interpretación pueda ser esperada y recibida por los interesados- si por los menos estos observan algunas reglas que se precisa- y en los que puedan comprobar algunos de sus efectos.

Por último, para que una vez proporcionada la interpretación sea aceptada, es decir para que llegue a sus destinatarios, y desarrolle los efectos a los que acabamos de aludir, es necesario que el interpretante encuentre el estilo adecuado a la situación grupal y que difiere parcialmente de la que existe en la cura individual". Continúa Anzieu, "Esta tercera parte, que este marco simbólico es conocido y que su validez es posible al menos en lo que concierne a muchos procesos esenciales, por último este estilo puede ser descrito y aprehendido."

Lo anterior nos permite reconocer que es el contrato terapéutico que se formaliza con el grupo, el que permita pauta para el trabajo de la interpretación, es decir a través de la regla fundamental que se establece la escucha analítica como modelo técnico. A fin de descubrir cómo se muestra la transferencia a la que va ir dirigida la interpretación. En esta caso particular, hay que descubrir cómo se manifiesta la transferencia psicótica. Como se ha podido explicar con anterioridad los fenómenos que podemos registrar en la transferencia, son la resistencia, el grupo interno y la ilusión grupal, y es a donde se dirige la interpretación. Hay que recordar que en todos estos procesos psíquicos o realidad psíquica¹²⁷ como los nombra Kaës, tienen características propias del proceso primario, que despiertan cierto tipo de fantasía grupales que son favorecidas por la regresión -propia del dispositivo grupal-

¹²⁷ Los supuestos básicos, la matriz grupal la resonancia fantasmática, el grupo interno, la ilusión grupal, (1995:79) Estos conceptos constituyen al grupo como destinatario de la interpretación. Si bien la interpretación se piensa y se da en términos de grupo, evidentemente se dan por supuestos sus efectos en cada individuo, a través de los vínculos que lo unen en la matriz del grupo o que los sitúan en su campo de fuerzas."

Con respecto al estilo creo conveniente retomar la propuesta de Quiroga (1971) sobre la interpretación horizontal y vertical en el grupo que a continuación se enuncia, prefiriendo siempre la interpretación horizontal. Lo anterior conviene ya que el trabajo con los pacientes psicóticos, que de por sí viven en la regresión permanente, es necesario implementar estrategias de abordaje a fin de poder hacer devoluciones lo más claras y concisas que se pueda a fin de evitar mayor confusión en ellos.

La pregunta es, qué se interpreta en el grupo. Diremos que igual que en el tratamiento individual, la interpretación se dirige a la transferencia, en este caso a la psicótica. Para Quiroga en su artículo sobre la transferencia y contratransferencia (1971:195-196) operacionaliza su trabajo de intérprete en el grupo de la siguiente manera: "Hablamos de la articulación de dos niveles en el grupo; lo vertical, relacionado con lo histórico, lo individual de cada sujeto que le permite la asunción de determinados roles adjudicados por los otros integrantes del grupo y lo Horizontal, que es lo compartido por el grupo, el común denominador que los unifica: Ese común denominador, esos rasgos compartidos pueden ser de naturaleza consciente. Hemos llamado a esos modelos -denominadores comunes de naturaleza inconsciente- universales del grupo o fantasías básicas universales.

Lo vertical de cada sujeto, sus circunstancias personales lo colocan en la disponibilidad para establecer la "falsa conexión", actualización o analogía emocional, operándose en un proceso transferencial. Esa disponibilidad lo convierte en el sujeto apto para desempeñarse como portavoz de un conflicto, que es vivido como propio pero que denuncia a la vez lo conflictivo de la situación interaccional y la relación de la tarea (tratamiento)."

Se han escrito muchas investigaciones sobre las intervenciones terapéuticas grupales y quizá convenga adecuar las más relevantes para el trabajo con pacientes psicóticos.

2.8.1. Intervenciones terapéuticas.

Existen varias modalidades de intervención verbal de corte psicoanalítico que Fiorini (1990:145) ha teorizado y ejemplificado con viñetas clínicas. Estas intervenciones son de uso común en la clínica cotidiana de cualquier psicólogo clínico, y son:

1) Interrogar al paciente

Pedirle datos precisos ampliaciones y aclaraciones del dato. Explorar en detalle sus respuestas.

2) Proporcionar información

Comenta Fiorini (Idem:149) que "el terapeuta no es sólo un investigador de la conducta, sino también el vehículo de una cultura humanista y psicológica. En este aspecto, el terapeuta cumple un rol cultural: es docente desde una perspectiva más

profunda y abarcativa de ciertos hechos humanos", su rol incluye informar sobre aspectos clínicos o administrativos de manera clara y concisa.

3) Confirmar o rectificar

Los criterios del paciente sobre su situación.

4) Clarificar

Para Fiorini (Idem:146) "reformular el relato del paciente de modo de ciertos contenidos y relaciones del mismo adquieran relieve".

5) Recapitular

Resumir puntos esenciales surgidos en el proceso exploratorio de cada sesión y del conjunto del tratamiento.

6) Señalar

Señalar relaciones entre datos y secuencias, constelaciones significativas, capacidades manifiestas y latentes del paciente.

7) Interpretar

El significado de las conductas, motivaciones y finalidades latentes, en particular las conflictivas.

8) Sugerir

Actitudes determinadas, cambios a título de ensayo.

9) Indicar

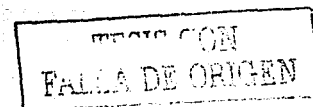
Específicamente la realización de ciertas conductas con carácter de prescripción, (intervenciones directivas).

10) Encuadrar la tarea

Argumenta Fiorini (idem:164) "estas intervenciones comprenden todas las especificaciones relativas a la modalidad espacial y temporal que habrá de asumir la relación terapéutica: lugar, ubicación de los participantes, duración y frecuencia de las sesiones, ausencias, retribuciones".

11) Meta intervenciones

Comentar o aclarar el significado de haber puesto en juego cualquiera de las intervenciones anteriores.



12) Otras intervenciones (saludar, anunciar, interrupciones, etc)".

2.9. La supervisión

La supervisión permite la tutoría y observación del trabajo clínico del terapeuta. El rol de supervisor es sustantivo para el trabajo psicoanalítico, ya que es una actividad estratégica e inherente al proceso analítico, es uno de los cuatro ejes que se cruzan del método psicoanalítico, que son: la teoría, la técnica, el análisis personal y finalmente la supervisión del trabajo clínico del terapeuta novel.

Entiendo a la supervisión como un requisito y proceso clave, en el que un terapeuta con vasta experiencia clínica y teórica, ofrece tutoría a uno o varios terapeutas en formación (o ya formados), cuyos objetivos, por una parte, consisten en observar y vigilar que el terapeuta novel lleve a cabo los principios teórico-técnico-metodológicos del modelo psicoanalítico y por otra promover modificaciones cuando ésto no se presente.

El trabajo del supervisor va directo a la observación y vigilancia de la aplicación de la labor clínica de su supervisado. Dirigiendo su interés, en observar al supervisado en el uso y manejo de la teoría, la técnica y de los fenómenos contratransferenciales, con miras a promover una conducta ética y científica de la clínica.

Poner en marcha un dispositivo grupal implica una serie de actividades administrativas y técnicas, que son necesarias para su operación. Por lo que se deja para el capítulo del método, lo relacionado con la parte administrativa y técnica del reclutamiento, la selección de pacientes, la ubicación y la disposición de la sala de grupo.

...

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO III

ELABORACION DEL PROTOCOLO

"Un protocolo de los intercambios entre los participantes de un grupo de diagnóstico requiere un doble dispositivo de registro y transcripción.

"La comprensión de los procesos de grupo se haya facilitada por el recurso del documento registrado; los mecanismos de elaboración del vínculo grupal, las funciones psíquicas y grupales que en él se organizan y los efectos de la contratransferencia del intérprete y de sus interpretaciones, se pueden descubrir con toda facilidad y relacionar con perspectivas teóricas y técnicas."

Anzieu y Kaës (1979:23)

RECIBO CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO III

ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO RELATORÍAS PSICOANALÍTICAS DE SESIONES DE GRUPO CON PACIENTES PSICÓTICOS.

Este capítulo tiene como objetivo primordial presentar y describir los rubros que constituyen el protocolo¹²⁸.

El protocolo es un formato que se propone como instrumento, para documentar relatorías psicoanalíticas de sesiones de grupo con pacientes psicóticos adultos, por lo que contiene *algunos*¹²⁹ sucesos clínicos básicos que se podrían *escuchar, observar, analizar e interpretar en los tratamientos grupales*.

En lo particular, el protocolo tiene como función ser un instrumento que permita documentar cada una de las sesiones; y en lo general, que permita recabar información del tratamiento como <un todo>, es decir como un proceso clínico susceptible de ser investigado, desde su inicio hasta el final, con su consecuente marco teórico y técnico psicoanalítico de grupo.

El protocolo está dirigido a grupos de tratamiento de pacientes adultos diagnosticados con *psicosis*¹³⁰, que se encuentren exentos de daño orgánico cerebral.

Es importante ubicar desde el principio, la teoría de las psicosis desde la óptica freudiana, así como los elementos que dan soporte al dispositivo grupal del CEFRAP, que se revisaron en los capítulos previos, a fin de reconocer los postulados teórico-clínicos esenciales para abordar el fenómeno psicótico en el dispositivo grupal.

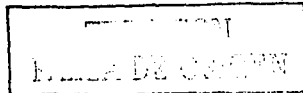
El instrumento surgió como una necesidad personal de *investigación en los contenidos de las sesiones grupales de corte psicoanalítico con psicóticos cuyo fin es documentar las sesiones*. Por otra parte, la elaboración del protocolo permite la descripción del tratamiento grupal, y posibilita la *<evaluación y el seguimiento del tratamiento>* por el investigador, en esta línea de concepción psicoanalítica.

Al respecto Dies comenta que (1995:463) "Existe una conciencia cada vez mayor de parte de los profesionales en cuanto a que la investigación en tratamiento grupal tiene claras implicaciones para la práctica clínica. La calidad de la investigación empírica se ha incrementado de manera significativa en años recientes y las

¹²⁸ La definición de los conceptos de cada rubro se encuentran documentados en el Capítulo II, por lo que aquí, sólo se mencionarán de manera breve.

¹²⁹ Es necesario señalar que sólo se documentan <algunos procesos psíquicos grupales>, o mejor dicho, algunos eventos de la <realidad psíquica grupal>, que pueden contrastarse en el trabajo de *grupo psicoanalítico con pacientes psicóticos*. Reconociendo a Kaës como creador del concepto y fuente inspiradora.

¹³⁰ Ver selección de pacientes en el capítulo IV del Método.



conclusiones obtenidas por los investigadores se han vuelto aplicables de una manera más directa y concreta". Más adelante Dies escribe (loc.cit.) "en cuanto a documentar la eficacia, seguridad y efectividad con respecto al costo del tratamiento, han dejado en claro que ya no es posible ignorar el potencial de los fundamentos científicos acerca de las intervenciones grupales¹³¹". Sin embargo la mayoría de la investigación se ha elaborado con pacientes neuróticos¹³². Estos tratamientos van dirigidos hacia el alivio de los síntomas¹³³.

3.1. Protocolos

Es frecuente encontrar en la literatura estudios clínicos con protocolos de investigación grupal, en poblaciones de niños, de adolescentes, de adultos y de ancianos. También existen protocolos que documentan grupos homogéneos de neuróticos, alcohólicos, de adictos etc. Sin embargo, hay poca exploración en la investigación¹³⁴ con grupos de pacientes psicóticos¹³⁵. Las investigaciones de protocolos con psicóticos¹³⁶ son casi nulas y las que hay, básicamente tienen un nivel empírico, donde no se documenta la teoría, ni la aproximación metodológica. Tres casos de investigación que se pueden ocupar para el diseño de este protocolo corresponde a la información de Dies (1995), de Oñativa (1974) y de Anzieu y Kaës (1979).

Dies escribe (1995:470) "De manera reciente, 156 investigadores de psicoterapia de grupo que representaban a 29 países diferentes respondieron un cuestionario

¹³¹ Dies (1995:466) "En su totalidad, las conclusiones de varias de las principales revisiones meta analíticas apoyan de manera efectiva la intervención del tratamiento".

¹³² Dies (1995:500) "La elección de enfocarse de manera principal en los grupos a corto plazo para pacientes externos, adultos con perturbaciones moderadas se guió por los resultados de la encuesta hecha con expertos internacionales en investigación grupal y por la naturaleza de las publicaciones dentro del campo, que de manera más común atienden a estos tipos de tratamientos de grupo".

¹³³ Dies (1995: 474) "Es quizás comprensible la concentración principal de los investigadores en la disminución de síntomas, dado que las metas de la mayoría de los pacientes consisten en la búsqueda del alivio terapéutico en tratamientos a corto plazo y dada la mayor facilidad y disponibilidad de las medidas de auto informe, orientadas hacia los síntomas".

¹³⁴ Piper (1996:736) "Durante la última década los investigadores en terapia grupal han realizado su labor bajo fuertes presiones metodológicas, conceptuales y económicas, lo cual ha influido en su trabajo". La investigación de Piper se hizo (loc.cit.) "por medio de búsquedas bibliográficas por ordenador, examinando los contenidos de las revistas más destacadas del campo de la terapia grupal, así como consultando los libros más relevantes publicados durante este período (diez años)".

¹³⁵ La aplicación de los dispositivos grupales a la psicosis es antigua, básicamente nace con el dispositivo, como se pudo argumentar en el capítulo anterior con Lazell 1921. Sin embargo, pocos son los casos documentados. Las aportaciones básicamente se ciñen a la separación de grupos de neuróticos de psicóticos y lamentablemente de aplicación directa del psicoanálisis, sin cuestionar las diferencias entre el tratamiento individual y el grupal. A pesar de ello en las instituciones se asume el trabajo psicoanalítico con psicóticos desde esta óptica.

¹³⁶ Ver en EUA Stone (1992:69-89) en su artículo sobre "psicoterapia de grupo para pacientes con enfermedad crónica" propone trabajar con: la teoría psicopatológica y psicoanalítica, las fuerzas sociales, la dinámica interpersonal, la dinámica grupal, la organización del grupo (consideraciones administrativas, la estructura grupal, la selección del paciente, la preparación del paciente al contrato grupal), las metas del tratamiento, las funciones del liderazgo, la identificación de metas, el control de límites, la formación de lazos entre los miembros, el control del afecto, la promoción de la solución de problemas y el manejo de metáforas."

detallado acerca de la investigación en tratamiento de grupo. La muestra se dividió en tres subgrupos para analizar los patrones internacionales de resultados". Posteriormente este autor explica que (Idem:472) "Existió acuerdo entre los investigadores internacionales acerca de los tipos de problemas que caracterizan a los estudios sobre tratamientos grupales. Las críticas a la investigación incluyeron el fracaso para entrelazar el proceso y los resultados de grupo, la falta de evaluaciones de seguimiento¹³⁷, el descuido de los factores externos que influyen en el progreso terapéutico, el uso de medidas inadecuadas, la descripción insuficiente de los tratamientos grupales, las limitaciones del diseño experimental y la falta de representatividad de las muestras de pacientes y ambientes clínicos. Estos factores los han citado de manera común los críticos de la investigación grupal", por lo que esta investigación permite un diseño que focaliza la descripción de las relatorías psicoanalíticas de grupo y posibilita el seguimiento del tratamiento a través del estudio de los rubros¹³⁸ que se proponen en el protocolo

Oñativa aporta información sobre la investigación en protocolos en su texto sobre <metodología de los diseños psicológicos para el análisis grupal> argumenta que (1974:42) "Frecuentemente se ha criticado de subjetivismo a los métodos que adoptan el punto de vista del estudio del grupo en torno a las decisiones o manifestaciones del sujeto que integra una situación grupal o describe sus experiencias interpersonales. No obstante, no existe otro camino por el momento para estudiar la estructura interna del grupo en aquello que, precisamente, no se traduce en un juego de interacción directamente observable. ¿De qué otra manera podemos saber cómo los miembros de un grupo sienten emotivamente la presencia de los demás?, ¿De qué manera se autoperciben y perciben una situación en qué están implicados?, ¿De qué manera podemos averiguar sus sentimientos conscientes e inconscientes, sus preferencias y aversiones?, ¿De qué manera, en fin, podemos conocer la internalización de las normas, sus modelos de identificación, sus motivaciones más personales?".

Finalmente reconoce el autor que es a través de <diseños de investigación>, que se puede proporcionar información sobre lo sucedido en los grupos a través de <relatorías cualitativas>. Oñativa propone (1974:43) " un modelo¹³⁹ constructivo de diseños que de alguna manera refleje las formas dinámicas de la estructura incipiente de los vínculos intragrupales, dados en una inspección inmediata y convalidados luego por un interrogatorio posterior, y si fuera posible, contrastados con datos biográficos y documentos de otras fuentes complementarias, críticamente

¹³⁷ Por su parte Piper escribe que (1996:737-8)"Hay dos temas relacionados: 1) La utilización cada vez más generalizada de manuales terapéuticos para seleccionar las técnicas y 2) Comprobaciones del seguimiento para asegurar la integridad de los tratamientos".

¹³⁸ Infra los rubros que conforman el protocolo.

¹³⁹ Oñativa (1974:43) "En efecto, nuestro método puede ser considerado dentro de las técnicas sociográficas. Utilizamos el término "sociografía" para recalcar el aspecto topológico del diseño grupal, diferente al concepto de "sociometría" en términos de "cuantum" o "átomos" sociales discretos. En busca de un enfoque más profundo, procuramos penetrar en el trasfondo inconsciente de las motivaciones relacionadas con la estructura interna de los grupos primarios. Este punto de arranque implica una situación proyectiva de examen sin otra restricción que la que puede ofrecer un espacio gráfico muy simple en un conjunto simétrico de casilleros o celdas, siguiendo un único modelo estándar para todos los sujetos".

analizados. Se trata, en última instancia de conceptualizar la matriz de relaciones interpersonales emergentes a la conducta en una situación de examen". Este apunte apoya la idea de que el trabajo clínico con los grupos puede documentarse desde un método cualitativo, que se dirija hacia la dinámica de los vínculos intergrupales que con Anzieu y Kaës se podrán argumentar.

Por otra parte, pareciera que existe un prejuicio para trabajar con pacientes psicóticos, o mejor dicho, para documentar las sesiones grupales. Se trata de una población difícil de abordar y quizá la escasa investigación tenga que ver por un lado, con las cuestiones clínicas, por ejemplo, lo que implica la transferencia; y por otro lado, la dificultad que implica la escucha de relatos incoherentes, lo cual para la mayoría de los investigadores podría parecer tiempo perdido. No obstante, se ha demostrado que detrás del discurso incoherente, y aparentemente sin sentido, existe la posibilidad de reconocer comunicaciones que deben descifrarse desde lo clínico y lo teórico. Por otra parte, algunos clínicos consideran la incoherencia como algo inabordable por lo patológico que representa, como si lo patológico fuera sinónimo de inabordable.

Queda claro, entonces, que existe una ausencia de instrumentos clínicos en psicoanálisis, que documenten los tratamientos grupales con psicóticos.

Anzieu y Kaës elaboraron un <protocolo> para relatar sesiones de grupo, mismo que terminó siendo un texto clásico llamado <crónica de un grupo> (1979). En su introducción, los autores describen los pros y los contras, y aquí se retoman algunos elementos de la técnica, necesarios para la elaboración del protocolo de esta tesis.

Tales autores son miembros activos del CEFRAP y argumentan que (1979:23) "un protocolo de los intercambios entre los participantes de un grupo de diagnóstico, requiere un doble dispositivo de *registro y transcripción*". Y más adelante expresan sus reflexiones acerca de la elaboración de un protocolo. Con toda evidencia la publicación de un protocolo es un acontecimiento que se inscribe en una *compleja red de historias*, la de los *participantes*, la del grupo, la de los observadores, la del monitor,¹⁴⁰ y, por fin, la de un movimiento de *ideas y prácticas relativas al grupo* de formación, tratado por el *método psicoanalítico*. Un protocolo, una observación que se publique, no es, pues, una pura y simple reproducción; es una creación y una composición, e inevitablemente éstas transforman la experiencia inicial vivida, en una experiencia por vivir y por poner a prueba". Para los citados autores, el protocolo permite conocer las siguientes funciones (Idem:23) "***la comprensión de los procesos de grupo se halla facilitada por el recurso del documento registrado; los mecanismos de elaboración del vínculo grupal, las funciones de las formaciones psíquicas y grupales que en él se organizan y los efectos de la contratransferencia del intérprete y de sus interpretaciones se pueden descubrir con toda facilidad, y relacionar con perspectivas teóricas y técnicas***¹⁴¹."

¹⁴⁰ En este protocolo sólo se transcribe la red de historias dedicada al grupo y el monitor, sin embargo se proponen espacios para el trabajo con observadores, coterapeutas y supervisor.

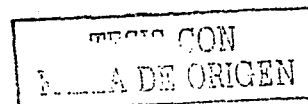
¹⁴¹ Las negritas y cursivas son mías.

En este argumento fácilmente se puede reconocer por una parte, que el trabajo va encaminado a la producción propia de los vínculos, que corresponde a los procesos grupales, es decir a la <realidad psíquica>, y la estructura intrapsíquica que producen efectos directos en la transferencia y la contratransferencia, y los elementos que se encuentran ligados en la teoría y la técnica psicoanalítica. Estos elementos, privilegiados por dos de los miembros más destacados del CEFRAP fueron utilizados, como base del protocolo que nos ocupa.

Kaës y Anzieu enfatizan (1979:22) "Nuestros comentarios se centran en el análisis de las formaciones psíquicas y de los procesos revelados, actuantes y activos en la construcción del grupo. Atañen el análisis de lo denominado el aparato psíquico grupal¹⁴², (allí donde el grupo se constituye y funciona como formación imaginaria), en su tensión dialéctica con el aparato grupal, (allí donde el grupo se constituye y funciona como formación social de lo real). En el aparato psíquico grupal, las personas cumplen, en algunas de sus formaciones psíquicas y por asignación ajena o por autoasignación, papeles instanciales, papeles instanciales, imagógicos y fantasmáticos, representaciones de afectos o de mecanismos psíquicos, y el conjunto concurre a poner en escena un organizador grupal". Al respecto Grinberg (1968:173) comenta "la técnica aplicada a los psicóticos no difiere mayormente de la utilizada con pacientes neuróticos, -aunque como ya señalamos- deben tener en cuenta el lenguaje peculiar de los psicóticos y la formulación interpretativa. Repetimos que la modalidad interpretativa se basa esencialmente en la relación transferencial, positiva y negativa, pero de acuerdo con el lenguaje esquizofrénico, que es *simbólico y concreto*¹⁴³". Lo anterior pone énfasis directo en la técnica que requiere de un constructo teórico y metodológico, como se puede apreciar en esta investigación en los tres primeros capítulos.

Los argumentos anteriores nos hacen pensar por un lado, la complejidad en la producción de un protocolo y por otra, que es necesaria la adaptación de algunos elementos¹⁴⁴ para, la constitución del instrumento objeto de esta tesis, situación que se podrá mostrar a lo largo de este capítulo. Cabe mencionar que es aquí donde se *articulan la teoría de la psicosis y del dispositivo grupal para dar cuenta del protocolo en el tratamiento.*

Por otra parte, tanto en las neurosis como en las psicosis estudiadas en grupo psicoanalítico, siempre existirá una <realidad psíquica> que es un fenómeno creado por la agrupación; por lo que todo dispositivo grupal que utilice el encuadre psicoanalítico en los grupos, encontrará un argumento y sus afectos (la relatoría, las representaciones, los fantasmas, etc), y el grupo se expresará a través de la transferencia, que es interpretada por el analista.



¹⁴² Ver. El término de <aparato psíquico grupal> en la teoría del dispositivo grupal y la aclaración que se hace con respecto al concepto de <grupo interno> en el capítulo II.

¹⁴³ Las cursivas son mías.

¹⁴⁴ Por ejemplo se revisaron las categorías de varios protocolos y se retomaron los elementos que fueron susceptibles de ser aplicados en el protocolo con pacientes psicóticos.

3.2. El protocolo

El protocolo se denominó: **<protocolo de registro de sesión grupal>**.

Se podría objetar ¿por qué un nuevo protocolo en el dispositivo grupal para las psicosis? El hecho de que existan protocolos, no los hace únicos, infalibles y determinantes, son elementos técnicos que permiten acercarse al objeto de estudio. La elaboración de instrumentos clínicos es una labor cotidiana dentro de la investigación, cuyo objetivo recae en aproximarse con mayor precisión al conocimiento del fenómeno estudiado.

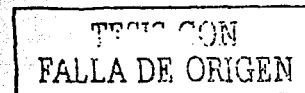
Hay que recordar que en la investigación encontramos, día con día, instrumentos que se suman a los ya establecidos o que cuestionan a los existentes, -este no es el caso- y cada instrumento busca cierta especificidad a fin de explorar el fenómeno estudiado, en la misma situación se encuentran la elaboración de las pruebas psicológicas (psicométricas y proyectivas) por mencionar algunos ejemplos.

El trabajo clínico en el que se aplica el protocolo, está dirigido a una población específica en este caso, un grupo homogéneo ¹⁴⁵de pacientes que padecen de psicosis.

3.3. Elementos que conforman el protocolo

El protocolo quedó constituido con los siguientes rubros ¹⁴⁶:

- Ficha de identificación
- Participantes en el grupo pacientes y terapeuta (Tópica del espacio grupal)
 - I. Los temas
 - II. La relatoría
 - III. Los procesos grupales
 - IV. La transferencia y la contratransferencia
 - V. Las intervenciones terapéuticas
 - VI. La supervisión



Los rubros que se presentan se dividen en subcategorías que se documentan en su correspondiente apartado. Estos rubros responden a los cuatro ejes en los que se mueve el dispositivo grupal psicoanalítico, que son: la *teoría*, la *técnica* (tratamiento), el *análisis personal* y la *supervisión*.

¹⁴⁵ Zimmermann (1969); Kadis y otros (1974); De la Rosa (1979); Kibel (1995) y Kaës (1995), reconocen entre otros autores, la necesidad de trabajar con grupos de psicóticos y separarlos de otras patologías. Por ejemplo, separar los grupos de neuróticos de los psicóticos, de los alcohólicos y los adictos.

¹⁴⁶ Los rubros que conforman la teoría del protocolo que se propone fueron revisados por los sinodales de grupo que en general aceptaron el proyecto de investigación y propusieron algunas modificaciones, que ya están contempladas en el capítulo del método y en la versión final del instrumento.

La teoría se encuentra en todos los elementos que constituyen el protocolo, mientras la técnica va dirigida al tratamiento grupal, a lo que concierne al dispositivo grupal, que corresponde a la relatoría, los procesos grupales, la transferencia, la contratransferencia, las intervenciones terapéuticas y la supervisión. El análisis personal tiene un fundamento teórico importante y se ve implicado clínicamente en la contratransferencia y la supervisión. El trabajo de la supervisión tiene un carácter de tutoría y es una un elemento estratégico que, por lo regular, va dirigido al desempeño técnico del analista novel en formación, es decir al trabajo terapéutico del analista de grupo y claro tiene su fundamento teórico al interior del psicoanálisis.

La pregunta obligada es ¿Por qué se escogieron seis categorías? La respuesta es que estas categorías son las más representativas que trabajan en sus protocolos los analistas de grupo de las escuelas Inglesa de Tavistok (Bion 1990, Foulkes y Kadis 1969), la escuela francesa del CEFRAP (Anzieu, Kaës y Bejarano 1976) y una parte complementaria de la aportación norteamericana¹⁴⁷, con Bach (1974). Todos estos autores reconocen que es importante documentar con protocolos de investigación el ejercicio de los tratamientos psicoanalíticos de grupo, de allí la formación de sus escuelas y sus propuestas teórico-metodológicas en las que escriben sus experiencias, que se han convertido en clásicos, en auténticos manifiestos clínicos de dichas escuelas y terminaron como textos, para la enseñanza y el abordaje teórico-técnico del dispositivo grupal.

Los autores reconocen que, para documentar las sesiones de grupo, es necesario hacer la relatoría de las sesiones, la cual se compone principalmente de los contenidos, *manifiesto* y *latente*, como la materia prima trabajar con las comunicaciones y vínculos que escenifican (deseos, afectos, fantasías inconscientes, etc.) y que se subjetivizan en *procesos psíquicos grupales* que son propios de la agrupación, independientemente de las personas que lo constituyen, y que cada escuela matiza desde su singular punto de vista. También reconocen, que la *transferencia* es el terreno fértil para la *interpretación*, así mismo establecen que la *supervisión* es el elemento estratégico y sustantivo de la formación como analista de grupo. Todos estos conceptos permiten responder mejor al tratamiento desde la óptica psicoanalítica. Finalmente, estas categorías conforman el protocolo, y el matiz responde a la escuela francesa del CEFRAP y que se retoma en este trabajo.

3.4. Introducción

Para la *elaboración del protocolo propongo* que se retome la teoría psicoanalítica de las psicosis para la interpretación y base metodológica del dispositivo grupal, en los términos que apuntan directo al reconocimiento de la <realidad psíquica del grupo > que se enunció en los dos primeros capítulos.

Particularizando, en este trabajo retomaré el análisis propuesto por Kaës, como uno de los pioneros y fundadores del CEFRAP, quien ha demostrado su dedicación al trabajo psicoanalítico de los grupos, de manera magistral, tanto en el ámbito teórico

¹⁴⁷ No se desdeñan los trabajos de Burrow, Slavson y Ezriell, como precursores de los dispositivos grupales.

como en el clínico; ha trabajado arduamente por más de treinta años en la construcción de una teoría psicoanalítica de los grupos, que si bien no está terminada, sí permite varias líneas de investigación, siendo *el dispositivo grupal*¹⁴⁸ *con psicóticos una vía que me permite diseñar un protocolo que se pone a prueba en esta investigación.*

La elaboración de este protocolo tiene un sustento teórico epistemológico coherente, proveniente básicamente de la concepción de la <realidad psíquica> expuesta por Freud e investigada en el dispositivo grupal por Kaës, quien afirma que la realidad psíquica tiene un sentido grupal, y es aquí donde se articulan los fenómenos grupales investigados por Bion con los <supuestos básicos>, la <matriz grupal> de Foulkes y la contribución del CEFRAP, como son el estudio -del propio Kaës acerca del <grupo interno>¹⁴⁹ y las aportaciones de Bejarano de la <transferencia y la resistencia grupal> que es una lectura desde la óptica kleiniana y finalmente con Anzieu, con la concepción de la <ilusión grupal> y el trabajo de la <interpretación>.

Hay que recordar que el término de <realidad psíquica grupal> incluye, los conceptos de <la resistencia grupal, los supuestos básicos, el grupo interno y la ilusión grupal>¹⁵⁰, que se pueden contrastar directamente tanto en los grupos de neuróticos como en el de psicóticos. Por lo que aquí sólo se enunciarán los rubros en los que se subdivide cada apartado, dejando a lector consulte la teoría en el capítulo Dos. A nivel teórico-técnico, también se encuentran definidos los términos de la transferencia, la contratransferencia, la interpretación y la supervisión.

Es a través de poner en marcha el dispositivo grupal del método psicoanalítico, que la <regla> fundamental de la asociación libre marca el <encuadre y contrato terapéutico>. Esto, permite a los integrantes del grupo, poner en palabras, tanto sus estados afectivos, como los fantasmas que son producto de los vínculos intra e intersubjetivos que se ponen en juego en el *setting* grupal.

El diseño del protocolo¹⁵¹ es producto directo de lecturas que efectué de diversas escuelas¹⁵² de la clínica psicoanalítica de los grupos, así como de mi experiencia clínica, y contempla las categorías y los conceptos de frecuencia, de ocurrencia y de contenido clínico, privilegiadas por los analistas de grupo del CEFRAP y terapeutas

¹⁴⁸ El dispositivo grupal es un método que desde el psicoanálisis permite estudiar los efectos del inconsciente en la situación grupal, es decir en los vínculos y la <realidad psíquica> que se genera tanto a nivel intra como intersubjetivo propio de la agrupación

¹⁴⁹ El concepto de <grupo interno> **substituye** el concepto de <organizador psíquico grupal>.

¹⁵⁰ Existen otros eventos que corresponden a la realidad psíquica grupal, sin embargo aquí solo se trabajan los pueden contrastarse en primera instancia en los grupos con pacientes psicóticos.

¹⁵¹ El boceto del protocolo se elaboró en el proyecto de investigación, mientras que el formato definitivo se conformó después de la revisión de los expertos y ambos momentos se encuentran documentados con mayor precisión en el capítulo IV del método.

¹⁵² La base de lecturas corresponde a las escuelas: Inglesa (Tavistok), la escuela Francesa (CEFRAP), la escuela de EUA. que son los ejes en las que se mueven básicamente. Los autores contemporáneos en grupo, prácticamente han asumido los modelos de estas escuelas generando en sus naciones diferentes sucursales como ha sucedido en Argentina, en Brasil, en México, en España, entre otros países. La escuela que tomé como punto de partida para la elaboración del protocolo, corresponde a la francesa con el CEFRAP.

RECIBIDO POR
FALLA DE ORIGEN

de grupo a nivel internacional, propuestas con base en su experiencia clínica en la que describen viñetas de sesiones grupales que han dado pauta a la investigación, tanto en el terreno teórico, como la técnica del trabajo psicoanalítico de los grupos.

El protocolo está diseñado para facilitar el registro de los procesos grupales <realidad psíquica grupal> y de cualquier información acerca del sujeto durante la sesión de grupo y el tratamiento en general. El protocolo pretende ser un instrumento didáctico que permita su operacionalidad, además de que pueda ser evaluable y flexible.

El protocolo suple el trabajo con la cámara de Gessell y aparatos electrónicos; además de que ahorra gastos, deja de ser un elemento persecutorio para el grupo, que de por sí el dispositivo grupal y la patología de los pacientes ven incrementados la persecución en el setting grupal.

El protocolo está dividido en dos secciones a nivel general, la primera sección corresponde al acopio de información sobre asuntos <administrativos> del grupo y la siguiente sección incluye el <dispositivo grupal> como tal.

Los apartados que corresponden a la parte <administrativa> son la ficha de identificación grupal y la parte dedicada a los participantes en el grupo. Mientras que la parte <clínica> incluye todos los apartados siguientes, como son: *la topología del espacio grupal, los temas, la relatoria, los procesos grupales, la transferencia-contratransferencia, la interpretación, la supervisión y las observaciones.*

3.4.1. La ficha de identificación

La ficha de identificación responde básicamente a una cuestión administrativa organizativa del protocolo. Incluye los apartados de *focalización grupal, la clave del grupo, la fecha, del inicio y terminación del tratamiento, el horario, los días y el número de sesión.*

3.4.2. Los participantes en el grupo pacientes y terapeuta

Este apartado está diseñado para registrar de una a tres letras, a cada uno de los participantes. La letra T se utiliza para designar al terapeuta, y para los pacientes se podrá utilizar cualquier otra letra.

3.4.3. La tópicica del espacio grupal

Consultas posteriores con el supervisor del protocolo, dieron origen a este apartado, donde la clínica nos imponía conocer de manera gráfica el lugar que ocupa el paciente y su significado inconsciente, razón que fundamentó la inclusión de este apartado. En esta sección se grafican los lugares que ocupan los miembros del grupo y el terapeuta. También sirve para observar, de manera inmediata, las comunicaciones y alianzas (bilaterales, triangulares y cuadrangulares, principalmente).

El dispositivo grupal es el *lugar* de la realidad psíquica, por lo que es necesario hablar del espacio que ocupa el paciente en el grupo, o del cambio que hace de éste y el suyo que hace del espacio grupal. Este apartado se puede graficar y solo podrá ser documentado al final del tratamiento como parte de los resultados.

La tópicica grupal se refiere al lugar que ocupan los sujetos en el grupo y de lo que allí se deriva desde las posiciones que ocupan, tanto en el espacio físico, como de lo que resulta del agrupamiento en los vínculos que el dispositivo genera.

Para Kaës (Idem:179-80). "El cambio de sitio es una recreación del espacio y de las relaciones, es también una inseguridad, y lo acompaña una amenaza, espacio del fantasma, lugar del cumplimiento del deseo y de la defensa contra la angustia, la asignación de lugares y papeles a individuos una y otra vez actores y comparsas. El espacio del cuerpo de la madre, el cuerpo neonatal. Los fantasmas relativos al cuerpo <olvidado> especializan y organizan, literalmente, el grupo y las relaciones entre las personas que viven en él."

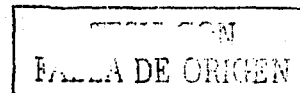
3.4.4. (I) TEMAS

Los comentarios recibidos por los expertos clínicos promovieron la inclusión del apartado dedicados a los <temas> que trabaja el grupo en cada sesión, que además permite su investigación como lo sugiere Bach (1974).

El tema es según Hobs (1974:80-81, citado por Bach) "un tópico y un centro donde se focaliza la discusión, con claros puntos de iniciación e interrupción. Puede haber uno o varios temas en una sola sesión, generalmente hay varios. Para cada tema hay un participante principal que es el centro de interés, y participantes secundarios, cuyo número e intensidad de implicación varían de tema a tema. En una serie de sesiones, algunos temas tienen corta vida, son traídos a colación examinados brevemente y abandonados. Otros temas se abren camino a lo largo de todas las sesiones. La técnica (del análisis de temas) se ha usado en varias investigaciones del proceso de grupo". En este tenor continúa Bach, (Idem:81) "para nuestro propósito actual, "<tema>" es definido como una concentración regularmente recurrente del interés de grupo en una empresa común que es simultáneamente asumida por la mayoría de los miembros del grupo"¹⁵³. Los temas clasificados para investigación por Bach, son los siguientes:

Temas

- 1) Síntomas y confesiones
- 2) Psicología de valores
- 3) Situaciones de emergencia
- 4) Perspectiva histórica



¹⁵³ Bach (1974:81) encontró " 16 temas recurrentes en la psicoterapia de grupo reconociendo que sólo los 6 primeros respondían al trabajo de los pacientes y los demás al trabajo estructurado del terapeuta, por lo que aquí sólo se señalarán los 6 tópicos en los que recurren

- 5) Consejos
- 6) Relato y análisis de sueños

Una revisión breve al protocolo, permite visualizar de manera esquemática lo que sucedió en cada sesión y permite hacer investigación en cada uno de los rubros documentados, por tema.

3.4.5. (II) LA RELATORIA

Incluye los apartados *del contenido manifiesto y el contenido latente.*

3.4.5.1. El contenido manifiesto

El rubro del contenido manifiesto corresponde a la relatoría propiamente dicha, es decir a lo que manifiesta el grupo en la sesión.

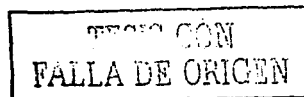
El contenido latente se subdivide en *los mecanismos de defensa y los síntomas.*

La pregunta es ¿Cómo participan los elementos del grupo en el contenido manifiesto?. Kaës escribe, que en el grupo existen *funciones fóricas*, que define como (1995:280) "posiciones y funciones que todo sujeto en el grupo necesariamente se ve llevado a tomar conjuntamente, a asumir en los conjuntos intersubjetivos. Llamo *fóricas* a estas funciones, en cuanto *designan lo que porta y transporta el sujeto en el grupo*. Corresponden a diversas funciones, encarnadas en los emplazamientos de *porta-voz, de porta-ideales, de porta-sueño, de porta-silencio, de porta-muerte de porta-síntoma*. Entonces las funciones fóricas son formaciones psíquicas que toman sentido, en el espacio y la lógica intrapsíquica y que tienen un correlato en el espacio intersubjetivo, es decir en el grupo, hay que tener claro que las funciones fóricas, son respuestas o lo despertado por el vínculo grupal.

3.4.5.2. El contenido latente

El contenido manifiesto debe ser traducido, ya que al psicoanálisis no le interesa el discurso como tal, sino lo que oculta, por eso es necesario develar su contenido latente.

Al respecto argumenta Bejarano (1978: 120-121) " para nosotros (CEFRAP), *la escucha analítica de un grupo consiste en considerar su discurso manifiesto (así como su acción) como expresión a la vez ocultamiento de su discurso latente*. Al igual que para el sueño (y en la cura individual), *se debe descifrar ese discurso latente* para restaurar el sentido (en ese caso, en su especificidad grupal) y si corresponde para interpretar." Los elementos que se privilegian para el contenido latente, son todas las producciones de las formaciones del inconsciente, los mecanismos defensa, los síntomas, las fantasías grupales, derivadas del vínculo intersubjetivo sucedido en cada sesión grupal.



En la práctica se relatan comunicaciones establecidas por los pacientes y los vínculos que estos generan, considerando la sesión como un todo, como lo considera Foulkes (1995) al nombrar a esta situación como la matriz grupal.

Hay que considerar que en toda relación humana existe una comunicación. Quizá la dificultad principal consiste en la interpretación de lo dicho por los pacientes, la incoherencia, el simbolismo, los neologismos, etc. La transcripción de estos contenidos desde el psicoanálisis conocer el funcionamiento del aparato psíquico y en especial del proceso primario y la teoría de las psicosis que ha sido ampliamente documentada en los primeros capítulos. Entonces habrá que pensar que las comunicaciones con los psicóticos por una parte son **simbólicas** y por otra **concretas**, por lo que es necesario dimensionar cada una de ellas. Por ejemplo es sabido que la enunciación de metáforas por los pacientes es un evento de suma importancia que hablan de la transferencia, y de la cual permite un acceso a la interpretación, esto se podrá examina más adelante.

3.4.5.3. Mecanismos de defensa

Hay que recordar como se expresó en el capítulo dos, que los mecanismos de defensa son manifestaciones verbales y de acción que el sujeto lleva a cabo a través del Yo, tienen un carácter Inconsciente (Icc) y sirven como defensa ante la angustia; son una forma deformada de enfrentar las situaciones de peligro, éstos tienen su origen desde que se cliva o se instaura el aparato psíquico y terminan su conformación hasta el paso por el complejo de Edipo y la angustia de castración. Los mecanismos se presentan en todos los seres humanos. Dependerá de la historia de cada sujeto la utilización específica de los mecanismos defensivos con los que enfrentará la angustia, y estructura su psique.

Los mecanismos de defensa¹⁵⁴ que se espera sucedan en el grupo, corresponden a los de la psicosis¹⁵⁵. En este escrito se considerará la propuesta freudiana y la kleiniana, siendo éstos:

1. Desmentida (Rechazo, Forclusión)
2. Proyección
3. Negación
4. Identificación
5. Identificación proyectiva

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

3.4.5.4. Los Síntomas¹⁵⁶

En este apartado se anotan directamente los síntomas¹⁵⁷ más frecuentes, por lo que es necesario documentarlos brevemente con viñetas, (por ej. Ideas delirantes,

¹⁵⁴ Los mecanismos de defensa no se describirán aquí, por lo que se sugiere su revisión.

¹⁵⁵ Lo cual no significa que no se puedan presentar otros mecanismos defensivos como por ejemplo el desplazamiento que es característico del pensamiento en obsesivos, Véase los mecanismos defensivos en la obra de Freud y Klein.

¹⁵⁶ Debido a que en este trabajo se acota el concepto de <la realidad psíquica grupal>, sólo se desarrollan los procesos grupales y se deja al lector la revisión de la teoría del síntoma.

alucinaciones, incoherencias, conductas agresivas, conductas erráticas, acting out y acting in, entre otros)

Para el psicoanálisis los **síntomas** tienen un carácter inconsciente, y se expresan como resultante de un **conflicto intrapsíquico**. En el caso de las **psicosis**, el **Yo vs. la Realidad Externa** (esquizofrenia y paranoia) o del conflicto de la **Neurosis narcisista del Yo vs. el Superyó** (la manía y la melancolía -psicosis maniaco depresiva-).

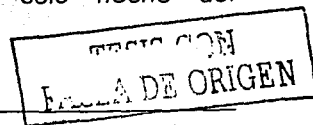
Cabe preguntarse, ¿Cómo reconocer los síntomas en el grupo?. Primero diré que el grupo como tal, no tiene síntomas, sino más bien, es a través de la participación de los individuos del grupo que se manifiesta el síntoma, a través de las funciones <fóricas del porta-síntomas>, que se conecta con los síntomas de cada individuo en el grupo. Esto se puede observar y escuchar cuando se pone en palabras el sufrimiento del sujeto, a través de los portavoces del grupo en el contenido manifiesto. Los síntomas psicóticos son la materialización de los mecanismos de defensa, ejemplos de ello serían, cuando el paciente hace uso de la desmentida, en la que rechaza una parte del contenido de la realidad generándose una nueva a través de deliro (como síntoma de restitución) y la alucinación, principalmente.

3.4.6. (III) PROCESOS GRUPALES

Bajo el encabezamiento unitario de los <procesos grupales> estos se subdividen en los siguientes rubros: *La resistencia grupal, los supuestos básicos, el grupo interno y la ilusión grupal*¹⁵⁸. Estos elementos no pretenden ser mutuamente excluyentes, ya que como es sabido en la práctica clínica, se puede presentar uno sólo o varios a la vez, o conjuntamente, como es el caso del supuesto básico de ataque-huida, que coincide con lo que Bejarano considera se puede comparar con la posición persecutoria de la transferencia, como se pudo apreciar en la teoría del dispositivo grupal.

La trascripción del contenido manifiesto y del contenido latente, es fundamental para el acopio de información en el rubro de los <procesos grupales>.

Como se ha podido apreciar a lo largo del capítulo Dos, los procesos grupales son sinónimo del concepto de <la realidad psíquica grupal>, que sustituye a la realidad externa, y operan en el espacio intrapsíquico e intersubjetivo, teniendo una existencia independientemente de los actores, que en ella se presenta. En otras palabras, la resistencia, los supuestos básicos, el grupo interno y la ilusión grupal son <realidades psíquicas grupales> que operan por el sólo hecho del agrupamiento, y que habrá de documentar cuando se presenten.



¹⁵⁷ Los síntomas en la psicosis son numerosos y sería absurdo y desgastante operacionalizarlos en un listado.

¹⁵⁸ Que ya han sido definidos en el dispositivo grupal, por lo que no se repetirá aquí el sustento teórico, sólo se hará uso de ellos para documentar los fenómenos grupales que suceden en los grupos.

De manera resumida estos cuatro apartados incluyen varias dimensiones, por ejemplo la resistencia es el <obstáculo> al tratamiento y también el hilo conductor de lo que oculta el inconsciente, los supuestos básicos representan el juego de <afectos> movidos por el inconsciente y manifestados hacia el terapeuta y el grupo. Mientras el grupo interno se caracterizan por mostrar <las representaciones palabra y las representaciones cosa> de los fantasmas originarios, de las imagos paternas y de la imagen del cuerpo grupal. La ilusión grupal informa sobre la <escisión de la transferencia¹⁵⁹ y la regresión> que el grupo vive, en el que separa a los objetos buenos de los objetos malos y que materializan con el pensamiento de que todos estamos bien y el terapeuta es bueno y bondadoso.

Este apartado está diseñado para redactar un resumen de los procesos grupales reconocidos en el tratamiento, se debe hacer el análisis de las relatorías teniendo en cuenta el marco teórico de referencia de las psicosis y del dispositivo grupal, y considerando que no debe esperarse que cada rubro proporcione información sobre todos los procesos grupales o <realidad psíquica> enunciados; ya que habrá episodios que no se puedan documentar o que surjan hallazgos clínicos con otros procesos grupales, no incluidos en este protocolo.

3.4.6.1. Resistencia

En este apartado se analiza y redacta la resistencia grupal resultante del contenido manifiesto y latente, y de la transferencia como resistencia. Hay que recordar que la resistencia es todo obstáculo al trabajo analítico y significa una ruptura con la regla fundamental, por lo que se requiere, anotar los momentos en los que el grupo impide el acceso al inconsciente. También hay que recordar que el trabajo técnico con la resistencia permite paradójicamente el acceso al material inconsciente cuando es investigado y trabajado.

3.4.6.2. Los supuestos básicos

El hecho de que los supuestos básicos se puedan demostrar en <todos los grupos>, permite por un lado, utilizarlos en el protocolo, además de que estos aportes son congruentes con el trabajo del CEFRAP. Los supuestos básicos ya han sido probados en trabajo con psicóticos en grupo, por lo que su inclusión no está a discusión, ya que permite hacer una lectura de los procesos psíquicos en los que se mueve el grupo. Es decir, una <realidad psíquica grupal> en los esquemas inconscientes del grupo.

Entonces, los supuestos básicos¹⁶⁰ son condición, pero no son el argumento suficiente para documentar la totalidad de < la realidad psíquica en los grupos>.

En este rubro se argumentan el supuesto básico que predomina en el contenido de la sesión.

¹⁵⁹ Hay que recordar que una de las funciones de la transferencia es actualizar conflictos del paso y ponerlos en escena.

¹⁶⁰ Los supuestos básicos se examinan con detalle en la el capítulo II de la teoría del grupo.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

1. De dependencia
2. De ataque-fuga
3. De apareamiento

3.4.6.3. Grupo interno

El término de grupo interno designa las formaciones intrapsíquicas dotadas de una estructura grupal y cumplen la función específica de ligazón de los elementos que constituyen el aparato psíquico. Entonces el concepto de <grupo interno> reemplaza el concepto de <organizador grupal>, por lo que aquí se contempla la asunción de los organizadores grupales dentro del concepto de grupo interno.

En este apartado se analiza y argumentan los elementos de la transferencia que apuntan directo hacia la <realidad psíquica del grupo interno> considerando que los organizadores grupales son:

1. La imagen del cuerpo,
2. La fantasmática originaria
3. Los complejos familiares
4. La imagen global del funcionamiento psíquico (aparato psíquico grupal)

A su vez la fantasmática originaria, incluye cuatro tipos de fantasmas a representar, que son:

1. Los intrauterinos
2. Los de la escena primaria
3. Los de seducción
4. El de castración.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por lo tanto, a partir de los procesos grupales y en especial del grupo interno¹⁶¹, habrá que documentarlos en las psicosis, en el trabajo analítico de los grupos, a fin de relatar las particularidades en las que se muestra el grupo interno; es decir, cómo viven su grupo interno los psicóticos, en otras palabras cómo estructuran, sus imagos paternas, la imagen del cuerpo y cómo se presentan la configuración de la fantasmática originaria con esto, el sujeto da cuenta de su historia personal.

3.4.6.4. La ilusión grupal

La ilusión grupal es concebida por Anzieu como (1986:85) "un estado psíquico que se observa tanto en los grupos naturales como en los terapéuticos o formativos, y que es espontáneamente verbalizado por los miembros en la forma siguiente; "Estamos bien juntos, constituimos un buen grupo, nuestro jefe monitor es un buen jefe, un buen monitor". La ilusión grupal, al igual, que la resistencia, los supuestos

¹⁶¹ Aquí es importante lo que apunta Kaës (1976:272) en su contribución al texto desarrollo en psicoterapia de grupo y psicodrama con el artículo Imagos y complejos fraternos en el proceso grupal. Escribe " Los participantes contribuyen inconscientemente a la reproducción, no de una familia sino de una imago o un complejo familiar: Los miembros del grupo dan así una forma organizativa, a la que he llamado *aparato psíquico grupal*,"-grupo interno-.

básicos y el grupo interno, son elementos de la realidad psíquica que operan tanto en los grupos de neuróticos como de psicóticos, sin embargo en cada grupo la forma de su presentación necesariamente tiene que ver con la estructuración del aparato psíquico de los sujetos en cuestión; siendo en los psicóticos una estructura narcisista, mientras que para los neuróticos la estructuración es edípica.

En este rubro se analiza la transferencia y se documenta la ilusión grupal.

Es importante señalar que <el grupo interno y la ilusión grupal> solo pueden ser sujetos de análisis en la transferencia.

3.4.7. (IV) TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA.

Kadis y otros (1974:108) comentan que "los mecanismos transferenciales prototípicos son especialmente visibles en las primeras cinco sesiones del grupo, debido al considerable análisis que se hace del terapeuta y de los demás pacientes durante dichas reuniones, cada paciente valorará al terapeuta según el grado que le otorgue protección y preferencia."

3.4.7.1. Transferencia y contratransferencia: Positiva y negativa.

En el protocolo se podrá documentar en cada espacio correspondiente la transferencia sucedida en el grupo, habiendo un rubro, para cada elemento transferencial.

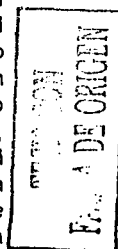
3.4.7.2. La transferencia grupal:

1. El monitor (transferencia central)
2. El grupo (transferencia grupal)
3. Los otros (transferencias laterales)
4. El mundo exterior (transferencia societal)

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

3.4.7.3. La contratransferencia y el análisis personal¹⁶² del terapeuta

En este documento se señala, por una parte, la importancia del análisis en tratamiento grupal del futuro terapeuta de grupo. Es importante reconocer que el *análisis en grupo* por parte del alumno en formación analítica, es un proceso fundamental en el que se instaura una posición dentro del ámbito clínico, donde en la relación analista-analizados, se genera un vínculo especial denominado "transferencia". Es en la obra Freudiana clásica, referente a sus escritos técnicos, donde podemos encontrar en forma directa la necesidad que se le impone a Freud desde la clínica, que la persona que pretenda ser analista se encuentre también en tratamiento psicoanalítico. Freud da cuenta de ello en varios ensayos principalmente en el Caso Dora (1905) donde descubre la transferencia, así como en la Dinámica de la Transferencia (1912. y en Recuerdo, Elaboración y Repetición (1914), sólo por citar algunos textos



Es importante señalar que en esta sección se trabaja con la contratransferencia y el análisis del terapeuta incide directamente en la apreciación tanto de los fenómenos transferenciales como contratransferenciales, en la interpretación por lo que considerar este rubro implica un compromiso ético y clínico procedente del marco psicoanalítico.

Lo anterior permite reconocer que el análisis del terapeuta en grupo es indispensable para su autoconocimiento y formación y además liga su trabajo con la *contratransferencia*¹⁶³ y por su-puesto, con su papel de intérprete.

¹⁶² Acerca de la historia del análisis didáctico escribe Dupont (1989:60) "En 1895 Freud, a los 39 años, dio comienzo a su autoanálisis. Nunca se sobrestimará la importancia de este evento en la historia del psicoanálisis, aunque Freud sólo hizo unas cuantas referencias al respecto, adquirió su verdadera dimensión cuando se publicaron las cartas de Flies en 1950. Como es bien sabido, Flies conservó las cartas de Freud y después de su muerte, su viuda las vendió a un librero berlinés, Stahl, quien a su vez se las ofreció a María Bonaparte" continua Dupont "fue alrededor de 1930, cuando se estableció el requisito del análisis individual como parte del entrenamiento: Continúa Dupont (1989:61) cita a Lewin y Ross, "El análisis didáctico fue sugerido por Nunberg en 1919, y fue aceptado por la Comisión Didáctica Internacional en 1925, convirtiéndose desde entonces en un requisito obligatorio.

Al respecto escribe Dupont (idem:61) "El sistema instituido en Berlín por Eitintong y sus numerosos relevantes analistas colaboradores, se transformó en un modelo -el modelo de Berlín- para todos los institutos psicoanalíticos, con su organización tripartita: análisis, cursos didácticos y *supervisión*". Dupont (1989:61) Desde entonces el análisis personal del futuro analista se ha considerado de primordial importancia. Al principio se denominó análisis didáctico en la supuesta consideración de que las personas "normales" no tienen problemas significativos: Muy pronto el término didáctico fue abandonado y se reconoció que todo análisis es terapéutico por su propia naturaleza (Fine, 1979, p.92) entre nosotros, (se refiere a la AMP), no habiéndose acuñado otro término, se mantiene el análisis didáctico para quien lo ejerce, asumiéndose implícitamente, la finalidad terapéutica que es *básica*".

¹⁶³ Devereux (1977:70) comenta que es importante discutir la "distorsión en la observación, el registro y la interpretación de datos relacionados con la configuración de la personalidad del científico y sus manifestaciones en el terreno de la práctica, así como en el desarrollo de sus intentos de analizar sus propios datos o de los demás. La personalidad del científico importa para la ciencia porque explica la deformación del material atribuible a su falta de objetividad, determinada intrapsíquicamente. Es esta una fuente de error sistemático, precisamente en el mismo sentido que las limitaciones y los defectos inherentes del aparato del médico son fuentes de <error sistemático>"

3.4.8. (V) INTERVENCIONES TERAPEUTICAS¹⁶⁴

Esta sección se divide en la intervención *horizontal* y *vertical*. Este rubro es necesario describir la participación del terapeuta tanto de sus intervenciones dirigidas hacia el grupo (horizontal), o hacia el individuo (vertical), así como también la modalidad de las intervenciones, por ejemplo **encuadrar, interrogar, confirmar o rectificar información, recapitular, proporcionar información, hacer señalamientos, interpretar, clarificar**, etc.

3.4.9. (VI) SUPERVISION

Este rubro se divide en dos apartados que son: *estrategias terapéuticas* y *prescripciones* terapéuticas. En este apartado se anotarán las sugerencias emitidas por el supervisor, tanto del acopio de información en el protocolo, como del tratamiento grupal.

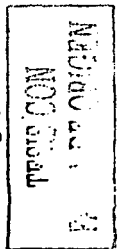
Escribe Slavson (1976:412) "el supervisor hará bien en impulsar al supervisado por el camino de la autocrítica. Le pedirá al terapeuta que lea sus protocolos o notas de la sesión que se estudia y que reconstruya en su mente los desarrollos y sus secuencias, con especial consideración por los pacientes individuales según sus psicodinámicas, patologías y participaciones, y según los roles de interacción que ellas presenten (como instigadoras, neutralizadoras, etc.). El procedimiento que se recomienda es el de preguntar primeramente al supervisado cuáles son las cuestiones que se le ocurren después de haber examinado la sesión y se lo anime para que exprese las reacciones que experimenta. Así, el supervisor deberá escuchar con paciencia las manifestaciones y aún las divagaciones del supervisado sin interrumpirlo, con la esperanza de que esta ventilación intelectual de los hechos aportará, en forma automática, una mayor clarificación. Sólo después que esto se haya hecho, deberá el supervisor presentar sus propios interrogantes y explicaciones orientados a elucidar y profundizar el conocimiento del supervisado."

3.4.9.1. Estrategias terapéuticas:

En esta sección se anota el trabajo técnico sugerido por el supervisor acerca del manejo grupal a que está expuesto el terapeuta, a fin de lograr mejores resultados terapéuticos, que son el resultado del análisis de cada sesión a través de lo documentado en el protocolo.

3.4.9.2. Prescripciones terapéuticas:

En esta categoría se redactan <objetivos concretos> de conducción para el manejo grupal. Por ejemplo, para evitar en lo posible, cualquier acting out que no haya sido trabajado en el grupo y que perjudique al sujeto singular o a terceros, incluidos los



¹⁶⁴ Tanto las intervenciones terapéuticas como la supervisión ya se encuentran incluidas en la teoría del dispositivo grupal.

elementos del grupo; o bien que contravenga la integridad de los mismos, así como para generar un ambiente terapéutico.

3.4.10. Observaciones

En este rubro se podrá anotar cualquier sugerencia del supervisor que no esté contemplada en el protocolo y que requiera de un análisis, tanto teórico como clínico.

En la generalidad de los casos se podrán documentar las relatorías con este protocolo. Sin embargo, habrá sesiones difíciles de documentar, por lo que cabe esperar cierto margen de error, por una parte por las características regresivas y psicóticas de las sesiones, y por otra, por lo incoherente que en ocasiones resultan éstas, situación que se deberá informar en este apartado.

Dado que no existe un formato ideal, habrá situaciones que queden fuera de los márgenes del acometido de este protocolo, por lo que será recomendable argumentarlas en una página anexa, misma que también podrá ser utilizada para realizar cualquier anotación clínica significativa que no contemple el protocolo y que sea susceptible de ser analizada.

Recapitulando

El formato del protocolo se diseñó para <elaborar relatorías de grupos con pacientes psicóticos>, con la finalidad de incluir un nuevo instrumento de investigación y de aprendizaje del dispositivo grupal. La relatoría tiene la función de registrar y transcribir parte de la historia de un grupo terapéutico, especialmente diseñado para la investigación de grupos con psicóticos. También el formato permite informar el trabajo técnico del analista con los grupos que trata. En el protocolo se pueden apreciar las intervenciones terapéuticas y el estilo del manejo terapéutico permitiendo su investigación clínica y metodológica.

El trabajo del analista de grupos responde a las siguientes interrogantes: ¿Qué es lo que se escucha?, el contenido manifiesto de los pacientes, para con ello estar en posibilidad de descubrir el contenido latente. ¿Que observa? las conductas y los vínculos como un todo, ¿Qué analiza? el contenido latente, que permiten descubrir y explicar los procesos grupales, es decir <la realidad psíquica grupal> que va ligada con la transferencia. ¿Qué interpreta? principalmente la transferencia, con el conocimiento previo de su contratransferencia.

El *enquadre* y la *escucha analítica*, son los pilares de apoyo técnico que posibilitan el registro y la transcripción en el *protocolo*, los pasajes más importantes, de los procesos grupales y la transferencia por los que transita el paciente en el grupo.

El protocolo pretende documentar, a través de la relatoría los productos del inconsciente en la agrupación, que sólo pueden ser inferidos en el contenido latente, materia prima tanto, para reconocer los mecanismos defensivos y los síntomas singulares. Esto es, lo intrasubjetivo, que se enlaza con la relación intersubjetiva a

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

través los fantasmas despertados por el portavoz del grupo y que permiten conocer algunos elementos de la <realidad psíquica propia del grupo> como son los supuestos básicos, la resistencia, el grupo interno, la ilusión grupal. Que sólo tienen su reconocimiento con la escucha analítica de la transferencia que esta en juego y la contratransferencia del analista de grupo. La que tendrá que interpretar a partir de su estructura psíquica y le permite documentar el protocolo, para instrumentar sus funciones de continente y contenedor e interpretante en el grupo.

Todos los grupos someten a sus integrantes a la vivencia de estados regresivos, más aún el trabajo con pacientes psicóticos donde impera el funcionamiento de la organización libidinal del <autoerotismo y el narcisismo>. Desde el lenguaje oral de las pulsiones, podríamos decir que traga, devora y escupe, los objetos parciales, y desde la representación introyecta o proyecta en fantasmas sus interrogantes que están anudadas al mecanismo de la desmentida de la castración, situación que los hace parecer completos y omnipotentes, ya que como es sabido, el psicótico es hablado por otros, desde el imperio del proceso primario, en su delirio y alucinaciones. Por ejemplo, oyen voces que se increpan a su pensamiento y desde ahí su mundo interno es comandado por otros, que les ofenden, o que los invitan al suicidio, o tienen contactos con seres extraños en singulares sucesos que interpelan su vida. Desde el deliro harán interpretaciones comandadas por los conflictos anudados desde su mundo interno que quieren hacer válido en el mundo externo para los demás.

ESTUDIO CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO **IV**

METODO

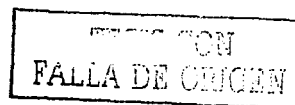
"En cuanto a documentar la eficacia, seguridad y efectividad con respecto al costo del tratamiento han dejado claro "las investigaciones" que ya no es posible ignorar el potencial de los fundamentos científicos acerca de las intervenciones grupales"

Díes (1992:408)

TIPICA CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO IV

EL METODO



René Kaës (1997:380) comenta la necesidad de investigación en los tratamientos grupales de corte psicoanalítico y cuando se refiere a la búsqueda del conocimiento del espacio intrapsíquico escribe. "La clínica está implicada por dos razones; la primera es el trabajo psíquico del sujeto singular en los grupos: ¿Qué estructuras son movilizadas de preferencia?. Debe llevarse a cabo un análisis diferencial que permita conocer mejor lo que el grupo moviliza en los neuróticos, los psicóticos, los perversos y los llamados <estados fronterizos>". El apunte kaésiano promueve mi interés por trabajar con las movilizaciones intrapsíquicas en los grupos de psicóticos, razón suficiente para la elaboración de una investigación del trabajo psicoanalítico en el grupo de pacientes psicóticos. A fin de instrumentarla, preparé el protocolo motivo de esta tesis, para primero documentar algunos fenómenos que se presentan en la <realidad psíquica> de esta singular nosología clínica, y después, trabajar algunos procesos que el dispositivo grupal permite develar.

Se parte de la idea de que la elaboración de un *instrumento o protocolo* permitiría un acercamiento más sistemático, circunscrito al método propio del psicoanálisis, con apego a lo acontecido en las sesiones grupales. Técnicamente se elaboró un instrumento que permitió recabar información de lo sucedido en la interacción grupal, jerarquizando conceptos privilegiados en la técnica psicoanalítica de los grupos; donde se enfatiza la escucha analítica enmarcada en el método psicoanalítico.

Para Marti-Tusquets y Stone (1976:10-11). "La metodología grupal está presente en todo proceso terapéutico, en instituciones; desde el primer receptor de la demanda de ayuda, que generalmente es el ambulatorio psiquiátrico o el centro de salud mental, hasta la atención en el ámbito secundario que proporcionan los hospitales de día y demás recursos intermedios de la comunidad, en los centros de crisis o de urgencias psiquiátricas, así como aquellos centros que representan una ayuda psicológica y psiquiátrica prolongada al enfermo mental para su total rehabilitación. A lo largo de todo el proceso nos encontramos inmersos en el network o red de trabajo que significa el método grupal". Aquí es importante rescatar por una parte el trabajo de investigación grupal y por otro el escenario en la institución psiquiátrica¹⁶⁵, donde fue el campo de aplicación de este protocolo. Es importante reconocer que, en nuestro país, la mayoría de la atención psiquiátrica se ofrece en instituciones hospitalarias de tipo gubernamental y paraestatal, diseñados para tal encomienda, siendo pocas las asociaciones civiles que se dedican a tal labor.

En este orden de ideas, en el contexto internacional de la psicoterapia de grupo, como nos lo hacen saber Sadock y Kaplan (1983:445) "en Estados Unidos de

¹⁶⁵ Hospital regional de psiquiatría "Morelos" perteneciente al IMSS, en la ciudad de México D.F.

América, fue Pratt¹⁶⁶ (1905) el pionero en la aplicación de tratamientos grupales a enfermos tuberculosos en Boston. Posteriormente Lazell (1921). "Al observar la mejoría psicológica que proporcionaba este abordaje y sus colegas no tardaron en hacer extensivo el *método grupal* de Pratt para trabajar con *esquizofrénicos* en el hospital de Santa Elizabeth en Washington D.C., donde se servía de discusiones de grupo con orientación psicoanalítica, además de lecturas de apoyo". Sin embargo, para esa época, el psicoanálisis se encontraba en pleno desarrollo de la teoría no así del método y la técnica y mostraba modificaciones al interior de la estructura teórica.

Grinberg y Langer (1968:173) comentan que "la psicoterapia del grupo encuentra un campo de aplicación en el tratamiento de enfermos psicóticos. Distintas experiencias efectuadas en los establecimientos hospitalarios y sanatorios, y aún en forma ambulatoria, demostraron acabadamente la aptitud de los enfermos mentales para participar en grupo"¹⁶⁷.

La investigación actual sobre psicoterapia de grupo es amplia y sugiere una aproximación al interior de las necesidades propias del tratamiento. En este tenor, Dies y Cohen (1992:470) comentan que "de 156 investigadores de psicoterapia de grupo que representaban a 29 países diferentes, respondieron a un cuestionario detallado acerca de la investigación en tratamiento de grupo. La muestra se estratificó en tres subgrupos para analizar los patrones internacionales de resultados".

Los investigadores llegaron a varias conclusiones, una de ellas se centra "en cuanto a documentar la eficacia, seguridad y efectividad con respecto al costo del tratamiento, y han dejado claro, que ya no es posible ignorar el potencial de los fundamentos científicos acerca de las intervenciones grupales" (Idem:463). Esto es, hay una tendencia internacional, que considera a las intervenciones grupales como eficaces, y consideran también, que es importante focalizar los esfuerzos al interior del tratamiento. Además, el estudio muestra el siguiente hallazgo clínico: se encontró que "existió acuerdo entre los investigadores internacionales acerca de los tipos de problemas que caracterizan a los estudios sobre tratamientos grupales. Estos autores encontraron también que las críticas a la investigación refieren el fracaso para entrelazar el proceso y los resultados de grupo a: "**la falta de evaluaciones de seguimiento**, el descuido de los factores externos que influyen el progreso terapéutico, el uso de las medidas inadecuadas, **la descripción insuficiente de los tratamientos grupales**, las limitaciones del diseño experimental y la falta de representatividad de las muestras de pacientes y ambientes clínicos" (Idem:473). Estos factores los han citado de manera común los críticos de la investigación grupal.

¹⁶⁶ Ver la crítica constructiva de Fernández (1989:84) quien escribe "a los métodos que han seguido la orientación de Pratt es denominado genéricamente, terapias exhortivas parentales que actúan <por el grupo> Se dice que actúan por el grupo, porque incitan y se valen de las emociones colectivas aunque no intenten comprenderlas"

¹⁶⁷ Grinberg y Langer (1968:173). "Naturalmente que el grado de éxito alcanzado en función del fortalecimiento del "yo" de los pacientes, adaptación a la realidad y reintegración social, dependerá de diversos factores entre los cuales destacamos primordialmente la técnica empleada".

TRABAJO COPIADO
FALLA DE ORIGEN

Con respecto a los estudios epidemiológicos en instituciones a nivel nacional, Caraveo (1996) cita a Gutiérrez y Barilar (1986) quienes escriben que: "Las psicosis esquizofrénicas, al igual que en otros países, ocupan el primer lugar, sin embargo resalta que principalmente es en el tercer nivel de atención, sea intrahospitalariamente o en la consulta externa, donde acuden estas personas. Esta tendencia puede explicarse en parte, ya que los hospitales psiquiátricos por muchos años, han representado el principal, y en algunas regiones del país, el único recurso existente para la atención de los trastornos mentales de la población. No obstante, citando como ejemplo a la ciudad de México, en donde existe un mayor número de servicios de psiquiatría y salud mental en el primer nivel de atención, se ha observado que estos pacientes hacen poco uso de ellos"(Idem:10)

La nota anterior fundamenta la necesidad de dar tratamiento a la esquizofrenia; así como a otros trastornos psicóticos exentos de etiología orgánica. En nuestro país, en lo que se refiere a la *investigación* en el campo del psicoanálisis aplicado a grupos de pacientes psicóticos, se observa que ésta es una práctica que ha sido abandonada y casi olvidada por los analistas de grupo en las instituciones psiquiátricas. Pocos casos clínicos son documentados, como se puede observar en los congresos nacionales de AMPAG¹⁶⁸, y pocas son las investigaciones en el medio de analistas de grupo. Campuzano (1988)¹⁶⁹ y Estrada (1997)¹⁷⁰. Las circunstancias por la falta de investigación son diversas, y responden más bien, a un prejuicio respecto de la teoría psicoanalítica, que al beneficio terapéutico que los pacientes puedan obtener.

Es por ello que esta investigación va encaminada a la aplicación del método psicoanalítico a grupos de pacientes psicóticos adultos, a fin de proporcionar elementos básicos que insten a los terapeutas del campo grupal a documentar sus trabajos en la clínica psicoanalítica en el ámbito grupal con pacientes psicóticos.

4.1. El dispositivo grupal

El dispositivo grupal¹⁷¹, es un dispositivo metodológico¹⁷², que permite la *investigación y el tratamiento de los procesos y formaciones de la realidad psíquica* que sucede en la reunión de los sujetos en un grupo; se subordina a un objetivo determinado que sólo se puede alcanzar a través del dispositivo, el grupo es una

¹⁶⁸ Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo, A.C.

¹⁶⁹ AMPAG ver memorias de III congreso, (1988) presentado en Querétaro, Qro. México.

¹⁷⁰ AMPAG, ver. Memorias del VIII congreso Estrada (1999) " En busca del paraíso perdido", presentado en Xalapa, Veracruz. México.

¹⁷¹ Kaës (1976:34) escribe "un dispositivo capaz de hacer aparecer las formaciones del inconsciente de manera tal que puedan señalar sus efectos en el conjunto de un proceso merece la calificación de psicoanalítico"

¹⁷² Grinberg y Langer (1968:173) refiriendo al grupo, comentan "la técnica analítica aplicada a los psicóticos no difiere mayormente de la utilizada en los pacientes neuróticos, aunque como ya los señalamos debe tener en cuenta el lenguaje peculiar de los psicóticos y la formulación repetitiva. Repetimos la relación interpretativa se basa esencialmente en la relación transferencial positiva y negativa, pero de acuerdo con el lenguaje esquizofrénico que es simbólico y concreto".

RECIBIDO CON
FOLIO DE ORIGEN

<organización y un lugar de producción de realidad psíquica>, una entidad relativamente independiente de los individuos que lo forman.

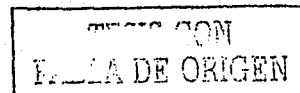
En este estudio se trabaja con el *Dispositivo grupal* como método de investigación. Es importante recordar que La *investigación psicoanalítica* tiene su propio *método* privilegiado llamado la *asociación libre* Perres (1989) escribe al respecto, "el método de la asociación libre es el único que posibilita y fundamenta la situación analítica y mantiene por ello su total vigencia en la actualidad".

En el grupo se reúnen de 6 a 8 pacientes alrededor de un analista, dos veces por semana, durante una hora y media. El encuadre consiste en asociar libremente. A los integrantes se les invita a hablar entre ellos de manera espontánea para que discutan su acontecer en el grupo. El analista dirige su atención sobre el grupo en conjunto y sólo da a éste las interpretaciones, que se refieren a la actitud actual del grupo en la sesión. Se interpreta la transferencia del grupo (el monitor, el grupo, los otros, el mundo exterior), en el <aquí y ahora>. Las intervenciones del analista se dirigen a enfocar el problema latente revelado por el contenido manifiesto de las discusiones: el denominador común de las fantasías inconscientes del grupo, que recaen en la <realidad psíquica> (los supuestos básicos, el grupo interno, la ilusión grupal, los tres modelos de agrupamiento freudiano, la matriz grupal entre otros).

Es importante recordar que en el campo psicoanalítico, el grupo¹⁷³ es preferentemente un objeto de investiduras pulsionales y de representaciones inconscientes, un sistema de ligazón y desligazón intersubjetivas de las relaciones de objeto y de las cargas libidinales o mortíferas a ellas asociadas.

4.2. Objetivo general de la investigación

Generar, probar y analizar un protocolo o instrumento clínico para la obtención de información de los fenómenos grupales sucedidos en el tratamiento con pacientes psicóticos, (permite informar los sucesos clínicos básicos que se podrían *observar, escuchar, analizar e interpretar en los tratamientos grupales con enfoque psicoanalítico con pacientes psicóticos*). Es decir, diseñar un protocolo que permita relatar cada una de las sesiones grupales, y al término del tratamiento, obtener un documento susceptible de ser analizado por categorías clínicas, que posibilite evaluación y el seguimiento al tratamiento grupal.



¹⁷³ Con respecto a las aportaciones del CEFRAP Fernández señala que (1989:115) tienen un objetivo muy distinto: proporcionar el encuadre, el dispositivo y la situación apta para una experiencia <original>, en la que se busca la emergencia, la liberación y acomodación de algunas formaciones y procesos psíquicos que gracias a las propiedades del dispositivo diseñado se develan —según esta corriente— genética y estructuralmente apuntadas sobre el grupo (sobre todo el grupo primario), a su vez consideran que dichas formaciones aseguran el pasaje y la reanudación entre el orden endopsíquico <individual> y el orden del vínculo y las relaciones colectivas.

4.3. Las funciones que cumple el protocolo:

- a) Deriva de una propuesta de investigación clínica en los grupos psicoanalíticos con pacientes psicóticos exentos de daño orgánico.
- b) Es un formato que permite documentar lo sucedido en el grupo. Es decir se hace un registro y una transcripción por sesión y puede documentarse el tratamiento como un todo.
- c) Permite la evaluación cualitativa del tratamiento
- d) Posibilita dar seguimiento del tratamiento y generar estrategias, para mejorarlo.
- e) Suple los aparatos electrónicos que aumentan la ansiedad y la persecución de los pacientes psicóticos¹⁷⁴. A nivel económico ahorra el gasto de aparatos costosos, que requieren de continuo mantenimiento.

4.4. Boceto del primer formato del protocolo¹⁷⁵

En este paso se diseñó el marco de referencia y la teoría del *protocolo*¹⁷⁶. Para ello fue necesario, exponer y explicar en el proyecto de investigación un *boceto* del protocolo, es decir el primer borrador, que sería modificado a lo largo de la aplicación, correspondiendo a las necesidades clínicas que se fuesen presentando en los momentos de ponerlo a prueba en la clínica grupal.

4.5 Los jueces

El boceto del protocolo fue revisado por los jueces en la etapa del proyecto de investigación. Con respecto a este apartado, los jueces o expertos fueron algunos sinodales de la tesis. Los jueces cumplieron con los requisitos siguientes:

- 1.- Los expertos clínicos (jueces), son analistas de grupos con orientación psicoanalítica, y con experiencia en el ámbito de la psicosis.

¹⁷⁴ Por otra parte el diseño del protocolo tiene un carácter clínico y de investigación. Una de sus funciones es que suple, de alguna manera, la *intromisión* de aparatos electrónicos (como son micrófonos, o videograbadoras que pudieran ser elementos persecutorios constantes y que pudieran influir de manera determinante, al grado de generar mayor resistencia en los pacientes para relatar su historia personal y en ocasiones coadyuvar la deserción. Asimismo, el protocolo suple a la cámara de Gesell y la videograbación —que no todas las instituciones cuentan con dichos recursos— ya que se convierte en un obstáculo para trabajar con cierto tipo de pacientes con ideas paranoides porque se sienten observados, perseguidos y amenazados constantemente. Por otra parte, la videograbación tiene el inconveniente de que *aleja la relación clínica*, convirtiéndose en una escena repetitiva y reestudiada por el analista, ensayada hasta el tedio y podría llegarse a elaborar una sobreinterpretación del material previamente estudiado, y perdería la frescura de trabajar directamente con la transferencia y caer en una dependencia con los aparatos tecnológicos. No se desdeña el apoyo tecnológico de la cámara de Gesell y la videograbación, para otro tipo de investigaciones, con otros enfoques que requieren de reelaboraciones fuera de la transferencia, y que no es este nuestro caso, ya que, que en los grupos psicoanalíticos la transferencia se presenta "en el aquí y ahora." Y allí mismo se trabaja, la interpretación.

¹⁷⁵ Ver anexo I

¹⁷⁶ Ver el capítulo II dedicado a la teoría del protocolo y el anexo, este primer borrador también fue supervisado por el Dr. Abraham Manzano del Castillo, Analista de grupo; y psiquiatra miembro de AMPAG.

MEMORIO DE CALIFICACION
1005000

- 2.- Los expertos revisaron y evaluaron la pertinencia de aplicar el protocolo en los términos que se explicaron en el proyecto de tesis, en el cual podían sugerir modificaciones en lo general o en lo específico
- 3.- Los expertos, revisaron y analizaron la utilidad terapéutica de la elaboración del instrumento; es decir, respondiendo a la pregunta a saber: ¿Cuáles son las funciones que cumple el instrumento y cuál es su utilidad clínica?.

Se puede decir que los cuatro analistas de grupo o expertos que revisaron el primer borrador estuvieron prácticamente de acuerdo en los contenidos del protocolo, habiendo tres modificaciones al mismo. La primera consistió en incluir una <lista en clave para identificar a los pacientes> a fin de tener confidencialidad; la segunda consistió en la redacción sucinta de los <temas> abordados por el grupo y finalmente una <lista de los contenidos latentes> de cada sesión, a fin de documentarlos posterior a cada sesión.

Finalmente el protocolo quedó constituido con las siguientes categorías: La topología del lugar en el grupo, los temas, el contenido manifiesto, (el contenido latente, los mecanismos defensivos, los síntomas); los procesos grupales (la resistencia, los supuestos básicos, el grupo interno, la ilusión grupal); la transferencia (con el monitor, el grupo, lo otros y el mundo exterior) y la contratransferencia, así como las intervenciones terapéuticas (la interpretación) y finalmente la supervisión.

Las categorías incluidas provienen directamente de la investigación teórica y bibliográfica de los exponentes más relevantes en el trabajo de los grupos terapéuticos con orientación psicoanalítica, que los analistas trabajan comúnmente en el ámbito internacional¹⁷⁷, y que se seleccionaron a fin de ser susceptibles de aplicar en la clínica grupal con pacientes psicóticos.

Después de haber sido revisado el protocolo, a sugerencia personal con un supervisor, observé que había necesidad de generar un espacio en el protocolo para señalar con clave el <lugar> que cada miembro del grupo ocupaba dentro del espacio terapéutico, situación que fue aprobada y este apartado fue teorizado bajo el concepto de topología del espacio grupal.

Es importante enfatizar que el protocolo está enmarcado en las coordenadas en las que se mueve el psicoanálisis aplicado a los grupos, que corresponde a la teoría, la técnica (tratamiento), el análisis (del terapeuta) y la supervisión. Todo lo anterior implicado en el dispositivo grupal, a fin de documentar la <realidad psíquica grupal> en el tratamiento de pacientes psicóticos.

4.6. Versión final del protocolo¹⁷⁸

En este apartado correspondiente quedó integrado el formato del protocolo. Finalmente el protocolo quedó constituido con las siguientes categorías: <La topología> del lugar en el grupo, <los temas>, <la relatoría> (el contenido manifiesto

ENCUENTRO CON
FOLIO DE ORIGEN

¹⁷⁷ Es importante enfatizar que en este protocolo se respetó en lo posible la postura del CEFRAP.

¹⁷⁸ Ver anexo II

y el contenido latente, de los cuales derivaban directamente los mecanismos defensivos y los síntomas). El siguiente apartado estuvo constituido por los <procesos grupales> (la resistencia, los supuestos básicos, el grupo interno, la ilusión grupal). Estos procesos se convertían en la materia prima para articular los últimos apartados, que correspondieron a <la transferencia (con el monitor, el grupo, los otros y el mundo exterior) y la contratransferencia>, así como las <intervenciones terapéuticas> (la interpretación) y finalmente la <supervisión>.

4.7. Sujetos

La población fue de pacientes adscritos a la "clínica de esquizofrenia" del hospital psiquiátrico.

1. Los diagnósticos de los pacientes correspondieron a esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno mental y del comportamiento secundario a abuso de sustancias.
2. Los pacientes fueron ambulatorios.
3. La edad entre 18 y 45 años.
4. La población fue mixta, con predominio de pacientes masculinos.
5. Los sujetos cumplieron los criterios de inclusión y exclusión¹⁷⁹ para el estudio.

4.7.1. Criterios de inclusión¹⁸⁰ de pacientes a grupo.

Pacientes con diagnóstico de psicosis funcional, que cumplieran con los siguientes criterios:

1. Capacidad para comunicarse verbalmente
2. Capacidad de seguimiento de instrucciones básicas
3. Que los pacientes se encontrasen bajo tratamiento psicofarmacológico¹⁸¹ por médicos psiquiatras del hospital¹⁸²

4.7.2. Criterios de exclusión

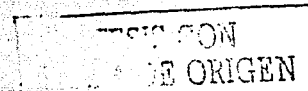
- 1.- Que se encuentren en periodo crítico, como por ejemplo un brote psicótico agudo, o con ideas o intentos suicidas y bajo control de impulsos (auto o heteroagresión)

¹⁷⁹ Los sujetos que estuvieron en tratamiento cumplieron los *criterios de inclusión y exclusión*. Con respecto a la selección de pacientes a grupo, Zimmermann (1969:72) elaboró una clasificación de cinco categorías que hasta la fecha es utilizada por los clínicos en los tratamientos grupales psicoanalíticos. En las que prácticamente se separan los pacientes psicóticos, de los neuróticos. Dentro de los psicóticos se separan las psicosis funcionales de los pacientes con daño orgánico.

¹⁸⁰ De la Rosa (1979:33) comenta "En nuestro medio se han realizado y se siguen realizando experiencias grupo terapéuticas con psicóticos, pero no se incluyen a psicóticos en un grupo de psiconeuróticos. Se constituyen grupos exclusivamente con psicóticos internados o ambulatorios"

¹⁸¹ Piper (1996:741) "Además del estudio de Pyle, Mitchell, Eckert, Hatsukami, Pomeroy y Zimmermann (1990), otros estudios han concluido que cuando se investiga la medicación como tratamiento alternado, los tratamientos grupales tienden a asociarse con una eficacia similar"

¹⁸² El tratamiento medicamentoso fue prescrito por el Dr. Fernando Ruiz Ponce de León. La Residente en psiquiatría, (R-III), La Dra. Rosa Isela Montelongo Soto y quien ministraba los medicamentos fue la Enfermera General Claudia Cadena Carmona.



- 2.- Que presentasen daño orgánico cerebral, como por ejemplo: retraso mental, epilepsia, trauma craneoencefálico, etc.
- 3.- Pacientes que pudiesen entorpecer el tratamiento¹⁸³
- 4.- Menores de 18 años y mayores de 45 años¹⁸⁴

Los pacientes que a continuación se describen se excluyeron en la etapa de entrevistas grupales de selección.

Con respecto a este apartado, se excluyeron a dos pacientes. El primero fue un paciente que tenía un diagnóstico de trastorno mental orgánico y del comportamiento secundario a consumo de múltiples sustancias. Se excluyó del grupo debido a la cronicidad que presentaba. Además del poco apego que tiene en su historial clínico de los tratamientos en general. Su capacidad cognoscitiva se encuentra seriamente afectada y en ocasiones no puede seguir instrucciones básicas. Continuamente recae en consumo de drogas y alcohol de manera compulsiva.

El segundo paciente que se excluyó tiene un diagnóstico de esquizofrenia paranoide y cumple con el rango de edad, es capaz de seguir instrucciones básicas, se comunica verbalmente, es paciente ambulatorio. Sin embargo su comunicación es destructiva para cualquier grupo, fácilmente se torna litigante a un grado querulante. Es impulsivo, demandante, manipulador y excesivamente controlador y no permite la interacción del grupo, pretender ser racional básicamente se muestra grosero y no le importan los demás, tiene una gran necesidad de ser escuchado y creer que siempre tiene la razón, aunque sus argumentos se contradigan y no tengan fundamento. Su conducta despierta transferencial es agresiva y provoca la misma respuesta con el grupo.

Contratransferencialmente genera inquietud y cierta sensación de ansiedad. Sólo es capaz de sabotear el trabajo terapéutico de cualquier profesional en salud mental. es el paciente que cumple el criterio tres de exclusión de <pacientes que pueden entorpecer el tratamiento>¹⁸⁵.

4.8. Tópica del espacio grupal

EXCLUSIÓN
FALLA DE ORIGEN

La tópica del espacio grupal permite visualizar de manera esquemática, el lugar que ocupa cada uno de los pacientes, en cada una de las sesiones, situación que posibilita analizar y conocer las funciones fónicas, por ejemplo de los portavoces, de los portasíntomas, de los portaideales, de los portasilencio, de los portamuerte, etc.

¹⁸³ Zimmermann (1969:66-79) explica " No se trata de obtener un diagnóstico en términos concisos, un rótulo simple de escaso significado, sino conseguir, además del diagnóstico clínico, el dinámico y genético, el transferencial y contratransferencial. Vale decir en otras palabras, caracterizar los conflictos internos y externos, los mecanismos defensivos empleados, y también obtener un balance aproximado de los aspectos mórbidos y sanos del paciente"

¹⁸⁴ La mayoría de los diagnósticos con esquizofrénicos se hacen en la edad adulta, después que han pasado cuando menos los síntomas de una fase prodrómica. También se excluyen pacientes mayores a 45 años debido a que el deterioro cognoscitivo en estos pacientes les imposibilita en algunos casos el trabajo terapéutico.

¹⁸⁵ ver criterios de exclusión y nota a pie de página al respecto.

Hay que recordar que Kaës llama funciones fóricas a las formaciones psíquicas que toman sentido en el espacio y la lógica intrapsíquica y que tienen un correlato en el espacio intersubjetivo, es decir, en el vínculo grupal. Este término es parecido al concepto de rol¹⁸⁶ que se utiliza en la dinámica grupal desde la psicología social, donde cada sujeto desempeña un papel en el grupo, (por ej. el líder, el chivo emisario, el opositor, el saboteador, etc.)

4.9. Terapeuta

El propio investigador cuenta con una formación en el trabajo psicoanalítico de grupo y experiencia clínica de tratamiento con pacientes psicóticos.

4.10. Procedimiento

Primero se elaboró el proyecto de investigación que lleva por título <Elaboración de relatorías psicoanalíticas de sesiones de grupo con pacientes de grupo> que fue sometido al Comité de Tesis de Postgrado en la Facultad de Psicología en la UNAM, donde se aprobó con unanimidad el proyecto.

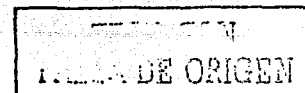
Posteriormente se hizo una cita con el comité de investigación del hospital psiquiátrico¹⁸⁷, donde se llevaría a cabo la investigación. Allí nuevamente fue necesario dar a conocer el <proyecto de investigación>. Una de las funciones que tienen el comité enseñanza e investigación del hospital psiquiátrico es que revisa los proyectos de investigación que se pretenden llevar en la institución. Por lo que escuchan y analizan los proyectos, para emitir su fallo.

El comité básicamente fungió como juez para decidir la aprobación de la aplicación del proyecto, en la institución, dirigiendo su atención a la viabilidad de aplicación del instrumento. Después de la exposición del proyecto pasó una semana para conocer que el proyecto había sido aprobado y tres meses después, para que la institución me contestara formalmente la aprobación.

Una vez dado el visto bueno institucional, en el hospital se me apoyó facilitándome llevar a cabo la investigación y con ello la autorización para trabajar con los pacientes adscritos de la clínica de esquizofrenia y utilizar las instalaciones del hospital.

4.10.1. Revisión de expedientes

Una vez autorizado el proyecto de investigación, se llevó a cabo una revisión de expedientes de los pacientes adscritos a la clínica de esquizofrenia, cuyo objetivo



¹⁸⁶ Ver González, Monroy y Kupferman (1978). La dinámica de los Grupos. Capítulo dedicado a los roles.

¹⁸⁷ Hospital Regional de Psiquiatría "Morelos", perteneciente al IMSS.

primordial era conocer los diagnósticos de los pacientes¹⁸⁸ y revisar que cumplieran los requisitos de inclusión.

El paso siguiente fue revisar la lista de asistencia para saber cuáles eran los pacientes que se presentaban con mayor frecuencia, ya que en esa área, éstos se encuentran como ambulatorios.

Finalmente asistí a las juntas con el equipo interdisciplinario y los pacientes en una reunión plenaria, para proponerles la investigación y el tratamiento, encontrando interés tanto por parte de los pacientes como por parte del equipo interdisciplinario. Allí se citó a los interesados para realizar las <entrevistas de selección>, y se dividieron en dos grupos. Se trabajó con los pacientes que asistían con mayor frecuencia a la clínica de esquizofrenia.

4.10.2. Población/muestra

De un total de 39 pacientes que estaban incluidos en el programa de la clínica de esquizofrenia, se convocó a los pacientes¹⁸⁹, para las entrevistas de selección, y se presentaron 24, con los cuales, se inició el proceso de selección.

4.10.3. Reclutamiento

1. Se revisaron los expedientes de la "clínica de esquizofrenia" para corroborar que los pacientes cubrieran los requisitos de inclusión¹⁹⁰. En esta etapa se reclutaron a 24 pacientes, de los cuales se conformaron dos grupos.
2. Se entrevistaron a los 24 pacientes en dos grupos de 12 elementos cada uno y era mixto (hombres y mujeres).
3. Como resultado de las entrevistas grupales, se separaron a tres pacientes que cubrían los criterios de exclusión¹⁹¹.

EXCLUSIÓN CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁸⁸ Los pacientes ya se encontraban diagnosticados por el psiquiatra encargado de la clínica de esquizofrenia, situación que implicaba directamente, saber que en el grupo no había pacientes con daño orgánico cerebral.

¹⁸⁹ eran los pacientes más constantes para asistir a la clínica.

¹⁹⁰ Es decir, que presentaran una psicosis funcional, (esquizofrenia, trastornos delirantes sin base orgánica, trastornos del humor sin base orgánica, Depresión con elementos psicóticos, sin daño orgánico, psicosis reactiva breve, trastornos esquizofreniforme, entres otros.). También se incluían a pacientes. Que tuvieran capacidad de comunicarse, que presentaran la capacidad de seguir instrucciones básicas, que se encontraran bajo tratamiento psicofarmacológico por un psiquiatra, adscrito al hospital psiquiátrico.

¹⁹¹ Se excluyeron los pacientes que: se encontraban en periodo crítico, como los casos que presentaban, brotes psicóticos agudos, o que presentaban ideas e intentos suicidas y bajo control de impulsos (auto o heteroagresión). Se excluían también los pacientes que presentaran daño orgánico cerebral, como retraso mental, epilepsia o trauma craneoencefálico, entre otros. Finalmente no se aceptaban pacientes pudiesen entorpecer el tratamiento.

4.10.4. Las entrevistas grupales de selección.

En esta etapa se trabajó con dos grupos uno con 13 y el otro con 11 participantes. La entrevista consistía básicamente en presentarme, hacer de su conocimiento el objetivo de la investigación y conocer su interés en participar. Las entrevistas se llevaron a cabo con la siguiente estructura:

El tiempo por sesión fue de hora y media.

1. Inicio
2. Desarrollo
3. Cierre.

Inicio

- Preparé el rapport con los grupos
- Me presenté ante ellos
- Informé el objetivo de la investigación
- Les comenté que había criterios de selección para participar en la investigación, por lo que algunos pacientes podrían quedar fuera del tratamiento, situación que aceptaron.

Desarrollo

- Solicité a cada grupo, se presentaran y expresaran su interés por la investigación, básicamente las respuestas consistieron en que querían tener tratamiento grupal, como antes lo habían recibido por otros clínicos.
- El paso siguiente fue solicitar que se presentara cada uno (datos personales) y de manera breve expusiera su sintomatología, recomendándoles que los demás podían participar escuchando y preguntando cuando algo no quedara claro.
- Esta situación me permitía escuchar y observar la interacción a fin de saber si los pacientes cubrían con los requisitos de selección de pacientes.

Cierre

- Recapitulé lo sucedido en la sesión.
- Al final hice el cierre y les comuniqué que una semana después les informaría de manera individual, quienes habían sido seleccionados.
- A los pacientes que quedaron fuera de la investigación se les informaron las razones. Al respecto, no se presentaron complicaciones por parte ellos para aceptar el resultado.

CON
FALLA DE ORIGEN

4.10.5. Selección de pacientes

Después de las entrevistas con ambos grupos se seleccionaron 22 pacientes, con los que se conformaron dos grupos, a los cuales se les identificó con la letra A y B, para el primero y segundo, respectivamente.

Es importante aclarar que al final del contrato establecido con ambos grupos, varios pacientes solicitaron continuar con el tratamiento, por lo que se generó un nuevo

grupo (grupo C), el cual quedó constituido por miembros de ambos grupos. Finalmente, quedaron conformados de la siguiente manera

1. El grupo A con ocho pacientes al inicio, después se incluyeron a tres más¹⁹².
2. El grupo B con ocho pacientes al inicio, después se incluyeron a tres más.
3. El grupo C con ocho pacientes al inicio, después se incluyeron a siete más.

4.10.6. Características de los grupos

Los grupos psicoterapéuticos se han clasificado de diferentes formas, y con fines de investigación¹⁹³ y tratamiento, como lo expresan Anzieu (1974); Kadis y Krasner (1974) las características que se requieren para aplicar el protocolo en esta investigación son: primario, artificial, homogéneo, y abierto.

Parafraseando a los autores citados, diremos que los grupos terapéuticos de corte psicoanalítico, son artificiales y primarios en el ámbito clínico. Son *artificiales* porque son reunidos para su estudio, en un ámbito diferente de sus grupos de relación familiar y social. El grupo analítico es un dispositivo técnico de tratamiento, lleva a los sujetos de su ámbito cotidiano a uno nuevo y terapéutico, donde los sujetos se mezclan conformando un tipo de vínculo grupal. Al respecto Kaës (1995:21) comenta, el grupo es "como un dispositivo metodológico, el grupo es una construcción, un artificio, se subordina a un objetivo determinado."

Anzieu (1974:24) define de la siguiente manera "el grupo *primario* se caracteriza por los lazos personales, íntimos, cálidos, cargados de emoción, que se establecen en los miembros, la solidaridad y la obtención de ventajas son mutuas y espontáneas, y no calculadas". En este estudio, el dispositivo grupal se diseñó para trabajar con grupos homogéneos y abiertos.

Es un grupo *homogéneo*¹⁹⁴, porque se convoca con base en el diagnóstico principal que aquí se diseñó para pacientes con psicosis, en este caso, donde no hay causa orgánica que determine el padecimiento. Se trabajó con pacientes con diagnósticos de: esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastorno del comportamiento secundario a uso de sustancias.

ESTACION
FALLA DE ORIGEN

¹⁹² Estos pacientes ya habían sido seleccionados, pero no se habían presentado en las primeras sesiones. Esta situación fue similar en los grupos subsecuentes.

¹⁹³ Dies (1996:466) "A pesar de que la evidencia que relaciona el resultado de tratamiento con el diagnóstico de un paciente particular debe considerarse como tentativa ha incrementado de manera espectacular el número de revisiones empíricas que documentan las ventajas únicas de los métodos de grupo para pacientes que sufren de alcoholismo, trastornos por ansiedad, duelo, bulimia, depresión, esquizofrenia, abuso sexual y otros estados. Más que ello, diversos estudios de la literatura han mostrado que, por lo general, el riesgo de efectos dañinos a partir del tratamiento de grupo son insignificantes".

¹⁹⁴ Kadis, Krasner y Foulkes (1974:73) escriben "Es preferible colocar grupos homogéneos a los pacientes que pueden despertar fuertes reacciones de temor, culpa, compasión y hostilidad. Entre los pacientes que pertenecen a esta categoría están los alcohólicos, psicóticos graves, drogadictos, epilépticos, personalidades psicopáticas, tartamudos y pacientes con úlceras, parálisis o afasia."

Es un grupo *Abierto* ya que hubo la posibilidad de incluir a nuevos miembros al proceso psicoterapéutico. La decisión de trabajar con grupos abiertos fue resultante de conocer la continua deserción y abandono de tratamiento por parte de pacientes psicóticos ambulatorios. En la modalidad de las clínicas parciales, el abandono y deserción se debe principalmente a la falta de apoyo familiar, que incide directamente en la inasistencia de los pacientes a sus tratamientos.

4.10.7. Características sociodemográficas de los grupos

Se obtuvieron las características de esta población con respecto a: diagnóstico, sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación y religión.

Significado de letras en el diagnóstico: EYP= Esquizofrenia paranoide. TMC=Trastornos mental y del comportamiento secundario a abuso de sustancias. TEA=Trastorno esquizoafectivo.

Tabla No. 1.- Datos sociodemográficos Grupo A

No.	PACIENTE	DX	MASCULINO	FEMENINO	EDAD	ESCOLARIDAD	TRABAJO	RELIGION	ESTADO CIVIL
1.	Fx	EYP	X		27	Preparatoria	No	Católica	Soltero
2.	D	EYP	X		44	Universidad	No	Católica	Soltero
3.	Al	TMC		X	34	Secundaria	No	Católica	Soltera
4.	Ed	EYP	X		27	Secundaria	No	Católica	Soltero
5.	R	EYP	X		44	Universidad	Sí	Católica	Casado
6.	M	EYP	X		40	Preparatoria	No	Ateo	Soltero
7.	J	EYP	X		38	Preparatoria	No	Católica	Soltero
8.	Nes	EYP	X		32	Preparatoria	No	Católica	Soltero
9.	Au	TEA		X	35	Universidad	No	Cristiana	Divorciada
10.	Fo	EYP	X		34	Preparatoria	No	Católica	Soltero
11.	Jb	EYP	X		43	Preparatoria	No	Católica	Divorciado

Tabla No. 2.- Datos sociodemográficos Grupo B

No.	PACIENTE	DX	MASCULINO	FEMENINO	EDAD	ESCOLARIDAD	TRABAJO	RELIGION	Edo civil
1.	O	EYP	X		28	Secundaria	No	Creyente	Soltero
2.	Gdo	EYP	X		34	Preparatoria	No	T. Jehová	Soltero
3.	Ra	EYP	X		21	Preparatoria	No	Católico	Soltero
4.	Jo	EYP	X		22	Preparatoria	No	T. Jehová	Soltero
5.	Ita	EYP		X	39	Universidad	Sí	Católica	Soltera
6.	Pa	EYP		X	36	Secundaria	No	Católica	Casada
7.	La	EYP		X	20	Preparatoria	No	Católica	Soltero
8.	Ma	TMC	X		37	Secundaria	No	Católica	Soltero
9.	Na	EYP		X	29	Preparatoria	No	Católica	Soltera
10.	Fx	EYP	X		29	Preparatoria	No	Católico	Soltero
11.	So	EYP		X	34	Secundaria	No	Católica	casada

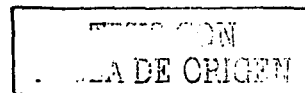


Tabla No. 3.- Datos sociodemográficos Grupo C

No.	PACIENTE	DX	MASCULINO	FEMENINO	EDAD	ESCOLARIDAD	TRABAJO	RELIGION	ESTADO CIVIL
1.	Ro	EZP		X	32	Preparatoria	No	Católica	Soltera
2.	M	EZP	X		40	Preparatoria	No	Ateo	Soltero
3.	Ma	TMC	X		37	Secundaria	No	Católica	Soltero
4.	Au	TEA		X	35	Universidad	No	Cristiana	Divorciada
5.	La	EZP		X	20	Preparatoria	No	Católica	Soltero
6.	Ita	EZP		X	39	Universidad	Si	Católica	Soltera
7.	Fx	EZP	X		29	preparatoria	No	Católico	Soltero
8.	Nes	EZP	X		32	Preparatoria	No	Católica	Soltero
9.	D	EZP	X		44	Universidad	No	Católica	Soltero
10.	Gdo	EZP	X		34	Preparatoria	No	T. Jehová	Soltero
11.	Jl	EZP	X		27	Preparatoria	No	católico	Casado
12.	Ra	EZP	X		21	Preparatoria	No	Católico	Soltero
13.	Po	EZP	X		42	Universidad	Si	Creyente	Casado
14.	Al	TMO		X	34	Secundaria	No	Católica	Soltera
15.	Ed	EZP	X		27	Secundaria	No	Católica	Soltero

Tabla No. 4.- Pacientes que abandonaron el tratamiento

DESERCIONES	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
GRUPO A	1	1	2
GRUPO B	3	2	5
GRUPO C	3	2	5

Finalmente la tabla 4 ilustra que concluyeron el tratamiento 9 pacientes en el grupo A; 6 en el B y 10 en el C. Que corresponden a un intervalo en la media sugerida por los analistas de grupo.

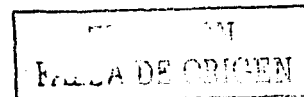
Tabla No. 5.- Pacientes que se incluyeron después de haber iniciado el tratamiento

	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
GRUPO A	1	2	3
GRUPO B	1	2	3
GRUPO C	6	1	7

Como ilustra la tabla 5 se incluyeron durante el tratamiento: a tres personas en los grupos A y B respectivamente y siete en el C. Haciendo un total de trece pacientes.

4.10.8. Espacio físico

Sala de psicoterapia de grupo:



Esta se encuentra al interior del hospital psiquiátrico. Cuenta con 12 sillas de igual calidad para todos los elementos del grupo. La posición adoptada por el grupo fue en círculo aún cuando la sala es de forma cuadrada; tiene un área de 5 x 5 mts. La sala tiene un solo acceso y a pesar de tener buena luz, no cuenta con buena

ventilación, ni con las instalaciones de una cámara de Gessell. En la sala no se encuentra ningún artefacto electrónico, como pudieran ser grabadoras o videograbadoras. Lo anterior es importante recordarlo, ya que decidí trabajar en un espacio libre donde el <único instrumento para documentar las sesiones fue el <formato del protocolo>. Al término de cada sesión registraba la fecha, la lista de pacientes, el número de sesión y en ocasiones algún apunte¹⁹⁵ sobre lo sucedido, previa autorización del grupo. La relatoria la redactaba inmediatamente después de terminar la sesión.

4.10.9. El encuadre¹⁹⁶

Aquí se enunció la regla psicoanalítica al inicio de tratamiento de cada grupo. Donde previamente se trabajó con el rapport a fin de promover un ambiente terapéutico. Respetando el encuadre propuesto por Kaës.

Como lo expresa Kaës (1989:115, citado por Fernández) "El encuadre psicoanalítico debe favorecer la emergencia, la elaboración y la interpretación de las formaciones y de los procesos psíquicos imbricados en la situación de grupo, de tal modo que afirmar que la situación grupal se desarrolla a partir de las características del dispositivo: *la regla fundamental, cimiento de todo trabajo psicoanalítico, es el acto que instituye el dispositivo, hablar libre y abstinencia entre los integrantes del grupo y el analista de toda otra relación que no sea exigida por la escucha y la palabra psicoanalítica.*" (las cursivas son mías)

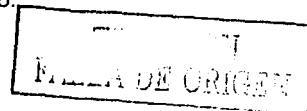
4.10.10. El contrato terapéutico¹⁹⁷

La relación terapeuta-pacientes se establece bajo un contrato verbal de carácter terapéutico, en ella se especifica la participación de cada elemento en el grupo, enfatizando principalmente la comunicación, las normas de grupo que los miembros consideren adecuadas para el mutuo respeto, y llevar una relación grupal en un ambiente terapéutico.

¹⁹⁵ Kadis, Krasner y Foulkes (1974:58) comentan algunos psicoterapeutas toman notas del progreso de sus grupos. Los psicoterapeutas de grupo principiantes frecuentemente consideran conveniente tomar notas puesto que puede haber un número considerable de participantes que hagan contribuciones a cualquier reunión del grupo."más adelante comentan el testimonio de lo dicho y hecho en la sesión de grupo puede ser utilizado constructivamente para propósitos de valoración cuando se esté supervisando a un psicoterapeuta de grupo".

¹⁹⁶ Ver Winkler (1990:2, citado por Valenzuela) quien escribe que el método clínico "requiere de un encuadre o sea el marco o estructura, que representará la constante sobre lo que ocurre el proceso o conjunto de variables. Los elementos que constituyen, el encuadre clínico son: 1) el lugar donde ocurre y condiciones materiales del campo clínico, 2) los objetivos a alcanzar, 3) la forma en que se pretende alcanzar (procedimiento) 4) definición de las expectativas de rol investigador-consultado-como del consultante- investigador".

¹⁹⁷ Los pacientes que se encuentran en tratamiento lo han autorizado verbalmente, al igual que la familia ha firmado de conformidad los tratamientos psicoterapéuticos a los que se encuentran sujetos los pacientes, según lo indican las normas de tratamiento del Hospital Psiquiátrico.



Normas de relación terapéutica.

Al inicio del tratamiento insté a los pacientes para que propusieran las <normas> que habría que enunciar a fin de llevar a cabo una convivencia terapéutica dentro del grupo. Esta situación fue bien recibida por los pacientes, quienes acordaron las siguientes normas:

1. Orden y disciplina
2. Respeto para quien hable
3. Hablar cuando sea necesario
4. Puntualidad
5. Comprensión para quien hable
6. Confidencialidad
7. Evitar cualquier relación que no fuera expresamente formulada en el grupo, tanto intra como extramuros.

El contrato se planteó de la siguiente manera:

Para los tres grupos el contrato se hizo por 10 sesiones, es decir psicoterapia de grupo a tiempo limitado. Se les informó la hora de inicio y el lugar del tratamiento, con una frecuencia de dos sesiones por semana, con duración de una hora y media. Es importante señalar que tanto el encuadre como el contrato fue explicado al inicio de cada tratamiento habiendo aceptación de manera general por los pacientes. Se hizo énfasis en que llegaran 15 minutos antes de iniciar las sesiones, quedando así: 10 sesiones por grupo de hora y media, dos veces por semana.

4.11. Instrumento¹⁹⁸

El instrumento cumple con la función de <elaborar relatorías psicoanalíticas con pacientes psicóticos>. En este apartado quedó constituido el formato del protocolo, de manera definitiva con los siguientes rubros:

Ficha de identificación

Participantes (topología del espacio grupal)

(Terapeuta-Pacientes)

I. Temas

II. Relatoría

(Comunicaciones e interacciones en el grupo. C. Manifiesto, C. Latente, mecanismos defensivos, síntomas) (*teoría y supervisión*)

III. Procesos grupales

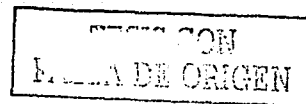
(Supuestos básicos de Bion, aparato psíquico grupal, mecanismos defensivos y síntomas) (*teoría y técnica*)

IV. Transferencia-Contratransferencia

(*Teoría, técnica, análisis personal y supervisión*)

V. Intervenciones terapéuticas

(*Teoría, técnica, análisis personal y supervisión*)



¹⁹⁸ Ver anexo III del acopio de datos del dispositivo grupal.

VI. Supervisión

(Estrategias terapéuticas y prescripciones) (*supervisión, teoría, técnica y análisis personal*)

Las categorías¹⁹⁹ que se presentan se dividen en subcategorías que se documentan en su correspondiente apartado.

4.11.1. Acopio de la información en el protocolo

1. Al inicio se pasaba lista y se anotaba la asistencia directamente en el protocolo con la clave que a cada paciente se le asignó.
2. El terapeuta hacía anotaciones durante la sesión.
3. Al término de la sesión se llenaban en el formato los apartados de la relatoria.
4. Se analizaba la sesión y se documentaban: la relatoria (los contenidos manifiesto, latente, y los procesos grupales, la resistencia, los supuestos básicos, el grupo interno, la ilusión grupal, la transferencia la contratransferencia y la interpretación.
5. Se llevaba el formato a supervisión.
6. Se hacían los ajustes necesarios en el formato, redactándose las sugerencias de la supervisión y el tratamiento.

4.11.2. Supervisión.

FORMA CON
FALLA DE ORIGEN

Aquí principalmente se supervisó el vaciado de datos en el formato del protocolo y el tratamiento. La supervisión fue llevada a cabo por un analista de grupo con experiencia psicoanalítica y clínica con pacientes psicóticos.

El supervisor revisó que los apartados del <formato del protocolo>, fueran llenados por el investigador con apego a las categorías clínicas establecidas y con el marco teórico. Cuando en la sesión no había los elementos suficientes para documentar una categoría específica, este espacio quedaba en blanco.

A manera de resumen, el protocolo se puso a prueba en el *dispositivo grupal de corte psicoanalítico*, en el que se enunció la *regla fundamental*, bajo un contrato previamente establecido: en las relatorias se recabó información sobre la *asociación libre* acerca de cómo los pacientes viven su psicosis y que nutrió los apartados del contenido manifiesto y latente. El *setting grupal* les permitió poner en palabras, por una parte la <realidad psíquica grupal> (es decir, que el grupo funcionó desde la resistencia, los supuestos básicos, la matriz grupal, el grupo interno, y la ilusión grupal) y por otra parte permitió, desde lo singular, que los pacientes relataran y exploraran sus síntomas como lo son sus delirios y alucinaciones, etc. Coincidiendo lo grupal y lo singular en la transferencia y su interpretación. Todo lo anterior se documentó y se supervisó para dar seguimiento al acopio del protocolo y el seguimiento y evaluación del tratamiento.

¹⁹⁹ Con respecto al concepto de categoría, Bartolomé y Panchón (1995:322) expresan que "el análisis de datos supone organizarlos tratando de establecer unidades, categorías, patrones o modelos que nos permitan interpretar, dando sentido y significación a las dimensiones descriptivas recogidas".

4.11.3. La interpretación

La interpretación²⁰⁰ se llevó a cabo básicamente en el <formato del protocolo> de los rubros establecidos en el protocolo. Con lo que respecta a la interpretación en el grupo se hacía en el "aquí y ahora", de los eventos transferenciales que se sucedían en el grupo. También se interpretaron, síntomas, mecanismos defensivos y conductas relevantes en lo singular de cada paciente. Es decir los productos del inconsciente que tenían que ver con lo <vertical> (lo singular que expresaba el paciente y lo <horizontal> (lo grupal, es decir la realidad psíquica). Se le dio prioridad en la interpretación al apartado de lo horizontal, ya que el tratamiento es grupal. La interpretación se centró en:

1. La categoría de lo <vertical> donde se incluían: lo relacionado con lo histórico, lo individual de cada paciente, los síntomas, los mecanismos de defensa, los acting, el sufrimiento del yoico²⁰¹ del paciente, etc., que le permite la asunción de determinados roles adjudicados por los otros integrantes del grupo.
2. Lo correspondiente a lo horizontal, que incluyó la interpretación acerca de lo compartido por el grupo, el común denominador que los unifica: de naturaleza consciente o inconsciente el material horizontal que se trabajó fue la <realidad psíquica grupal>, que apuntaba a la resistencia grupal, la transferencia, el grupo interno y la ilusión grupal.

4.12. Sesión tipo

A continuación se describe una <sesión tipo>, a fin de que el lector se familiarice con el trabajo terapéutico.

Cada sesión se redactó en el protocolo, para documentar lo sucedido en el grupo y el tratamiento grupal se llevó a cabo cubriendo los objetivos teóricos y terapéuticos, este trabajo se sustentó en base a la teoría psicoanalítica de los grupos. Es importante aclarar que todas las sesiones con los tres grupos, se llevaron a cabo con la siguiente estructura.

1. Cada sesión tiene un *inicio*, un *desarrollo* <del tema>, (por los pacientes) y un *cierre* (por el terapeuta), situación que también se reproduce, a lo largo del tratamiento²⁰².
2. Se pasa lista al inicio de cada sesión, con el formato del protocolo.

TRABAJADO CON
FALLA DE ORIGEN

²⁰⁰ Otras interpretaciones se hicieron directas al grupo o en lo singular a algún paciente.

²⁰¹ Doria y Melgar (1995:16-17) enfatizan que "Entendemos que en el análisis de las transferencias psicóticas permite ir gradualmente conociendo las raíces etiológicas que pueden explicar la incapacidad y el sufrimiento yoico. "La intensidad de los afectos primitivos en la transferencia expresa el compromiso que en los mismos tienen las relaciones primitivas deficitarias y traumáticas. Pero es conveniente recordar que estos compromisos *no surgen debido a que el análisis favorezca regresiones peligrosas, sino que ya forman parte de la patología preexistente y que lo que revive el análisis son momentos narcisistas, sus defensas y los grandes sufrimientos psíquicos en que fueron originando y desarrollando las estructuras patológicas*". (las negritas y cursivas son mías).

²⁰² Esto es, la primera sesión corresponde al inicio, de la segunda a la novena al desarrollo y la décima para el cierre.

4.12.1. El inicio la primera sesión

La primera sesión²⁰³ tiene características singulares que la hace diferente de las demás, ya que esta sesión se encuentra más estructurada, y quedó de la siguiente manera:

1. Presentación del terapeuta y de los pacientes
2. Se indica el <encuadre> o regla fundamental psicoanalítica.
3. El <contrato terapéutico>²⁰⁴.
4. El <tema> de la primera sesión corresponde al padecimiento, los pacientes hablan del inicio, el curso y el momento actual y como lo vivencian.
5. Al final de la sesión el terapeuta formula breve recapitulación y devolución de lo sucedido.

4.12.2. El desarrollo de la segunda a la novena sesión

1. Después de la primera sesión, el grupo propone un <tema> a trabajar, el cual en ocasiones se vota cuando hay varias propuestas y se trabaja con el que reciba mayor apoyo grupal, si es el caso.
2. De la segunda a la décima sesión, el grupo hace un <resumen> de la sesión anterior. Esto se lleva a cabo al inicio de cada sesión con objeto de recapitular lo sucedido en el tratamiento y reforzar los eventos ocurridos al grupo.
3. El desarrollo de las sesiones se dio en base a cada tema que los pacientes propusieron y del cual exponen desde su óptica particular y grupal.²⁰⁵

4.12.3. El cierre en la décima sesión

1. El cierre²⁰⁶ se hace en la última sesión y se les anticipa, una sesión previa²⁰⁷
2. El cierre consiste en <recapitular> el tratamiento de manera <horizontal> al grupo y se formulan clarificaciones y devoluciones a los pacientes en lo <vertical> acerca del progreso observado en el grupo.
3. Se concluye el tratamiento formalmente.

4.13. Las funciones del terapeuta durante el tratamiento.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

Mi participación en el tratamiento fue básicamente de coordinación, fomentando la comunicación (el encuadre, interrogando, recapitulando, proporcionando

²⁰³ Kadis y otros (1974:57) comentan " la sesión inicial-al igual que el primer acto de un drama, marcará la pauta que seguirá el proceso y movimiento terapéutico del grupo. La percepción que el terapeuta tenga de Sí mismo, así como sus metas y ambiciones determinarán el progreso, contenido y dirección de esta sesión y su filosofía y orientación del tratamiento".

²⁰⁴ Al respecto Kadis y otros (1974:83) escriben "se recomienda que el terapeuta entre en detalle acerca de la mecánica y los procedimientos del tratamiento de grupo. La hora, duración, frecuencia y día de la semana deben indicarse claramente. Así como el lugar de reunión".

²⁰⁵ Los temas fueron variados como los síntomas, el vínculo con los padres, la sexualidad, los síntomas, el empleo, los derechos de los pacientes psicóticos, etc.

²⁰⁶ el cierre de cada grupo dependerá de las características del grupo y del estilo del terapeuta.

²⁰⁷ Es importante recordar que desde el inicio del contrato los pacientes conocen cuando inicia y cuando termina el tratamiento.

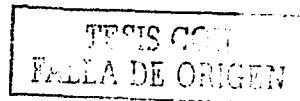
información, o señalando, clarificando, e interpretando algunos contenidos, etc), por ejemplo, motivando y otorgándole la palabra a los que se muestran silentes.

Durante las sesiones redacté algunas notas, de las que previamente solicité la autorización del grupo, situación que aceptaron, sin contratiempos.

4.14. El acopio de información en el formato del protocolo²⁰⁸

1. Al final de cada sesión redacté la relatoria en el <formato del protocolo>
2. Después con el material de la relatoria, hice el registro de los demás apartados de la sesión²⁰⁹, (como son: *los temas, la topología, el contenido latente, los procesos grupales, la transferencia y contratransferencia, así como mis participaciones, ligadas a la interpretación*)
3. Posteriormente este material se llevó a supervisión, de una sesión por semana²¹⁰.
4. Finalmente se anotan las sugerencias del supervisor en la parte correspondiente del formato y se llevaron a la práctica clínica.
5. Cuando el supervisor reconoció errores de interpretación fueron señalados y se consideraron para no incurrir nuevamente en ellos.

Finalmente se obtuvieron diez protocolos por grupo haciendo un total de treinta formatos que se analizaron por rubro y que representan la parte sustantiva de este trabajo de la cual se desprenderán las conclusiones sobre esta investigación.



²⁰⁸ Ver anexo III dedicado exclusivamente al acopio de información de la relatoria en el protocolo.

²⁰⁹ Estos apartados se hacen con apego al marco teórico establecido en la tesis, tanto de la teoría psicoanalítica, así como del dispositivo grupal.

²¹⁰ Esto se examina con mayor detalle en el análisis de los datos.

CAPITULO **V**

RESULTADOS E INTERPRETACION

"El problema de las estructuras y lo comportamientos patológicos en el hombre es inmenso. Un píe-Érot de nacimiento, un invertido sexual, un diabético, un esquizofrénico, plantean innumerables problemas que en última instancia remiten al conjunto de las investigaciones anatómicas, embriológicas, fisiológicas y psicológicas. Opinamos sin embargo, que ese problema no tiene que ser dividido y que las oportunidades de aclararlo son mayores si se les considera en bloque que si se lo fragmenta en cuestiones de detalle. Pero, por el momento, no estamos en condiciones de sostener esta opinión mediante la presentación de una síntesis suficientemente documentada, que algún día esperamos poder llevar a cabo. La publicación de algunas de nuestras investigaciones no sólo traduce, sin embargo, esta imposibilidad actual, sino también la intención de señalar etapas sucesivas del examen".

Georges Canguilhem (1971:11)

TRABAJOS
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO V

RESULTADOS E INTERPRETACION

El protocolo diseñado *exprofeso* para esta investigación se puso a prueba en el **dispositivo grupal de corte psicoanalítico** con pacientes psicóticos adultos, en tres grupos de 10 sesiones cada uno, con una hora y media por sesión, en el que se enunció la **regla fundamental**, bajo un contrato previamente establecido. En las relatorías se recabó información sobre la **asociación libre** acerca de cómo los pacientes viven su psicosis y que nutrió los apartados del *contenido manifiesto y latente*. El dispositivo grupal se diseñó para que los pacientes se vincularan y expresaran por una parte su mundo interno (relatando su vida y sus síntomas), y por la otra, se documentó la <realidad psíquica grupal> (*la resistencia, los supuestos básicos, la matriz grupal, el grupo interno, y la ilusión grupal*), coincidiendo lo grupal y lo singular en la *transferencia y su interpretación*. Todo lo anterior se documentó y se supervisó para dar seguimiento al acopio del protocolo y la evaluación del tratamiento.

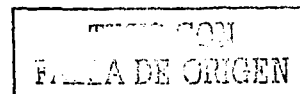
Este capítulo esta dividido en tres apartados, el primero corresponde al **análisis de datos sociodemográficos**, el segundo corresponde al descripción y análisis de las *viñetas clínicas individuales y las viñetas clínicas por grupo*, y finalmente el tercer apartado corresponde al **análisis de resultados de de los tres grupos**.

5.1. Análisis de datos sociodemográficos²¹¹

A continuación se presentan algunas tablas que informan sobre los resultados de los grupos en estudio y de las cuales se analizan brevemente.

Tabla No. 6.- Constitución de los grupos (A, B y C): Selección y deserción de pacientes

PACIENTES	SELECCIÓN	SE INCLUYERON	TOTAL	DESERCIÓN	TERMINARON TRATAMIENTO
Grupo A	8	3	11	2	9
Grupo B	8	3	11	5	6
Grupo C	8	7	15	5	10



²¹¹ Poch y Avila(1998:68) Escriben "el paciente reúne en sí mismo diferentes variables, desde las sociodemográficas a las cuestiones referentes al diagnóstico, pasando por su motivación para demandar el tratamiento, etc. (...) Son variables (sociodemográficas) que intervienen en un proceso psicoterapéutico y sus resultados, que no parecen plantear muchos problemas. Suelen considerarse: la edad, el sexo, el estado civil, el medio socioeconómico y cultural, la raza, el nivel educativo, etc. La lista puede alargarse, las variables no suelen ser específicas y se encuentran en todo tipo de investigación"

5.1.1. Selección de pacientes al tratamiento grupal²¹²

Como se puede observar en la tabla 6. Los tres grupos estuvieron conformados 11 miembros en los grupos A y B y 15 para el grupo C. Lo anterior previendo la deserción que es común en cualquier grupo terapéutico.

5.1.2. Deserción

La deserción fue de dos pacientes en el grupo A, mientras que en los grupos B y C, los pacientes que abandonaron el tratamiento fueron cinco. No hubo seguimiento de las deserciones, sólo se enfatizaba al final de cada sesión sobre la asistencia a las sesiones.

5.1.3. El Diagnóstico

TRASTORNO CON
FALLA DE ORIGEN

Con respecto al diagnóstico²¹³, se puede corroborar que en los tres grupos, todos los pacientes presentan un trastorno psicótico, como se ilustra en la tabla 7.

Tabla No.7.- Los Diagnósticos y sus Frecuencias en los Grupos A, B, y C.

DIAGNOSTICO	EZP	TEA	TMC	TOTAL
Grupo A	9	1	1	11
Grupo B	10	0	1	11
Grupo C	12	1	2	15
Total	21	2	4	37

EZP = Esquizofrenia Paranoide, el total corresponde al 83.7%

TEA = Trastorno esquizoafectivo el total corresponde al 5.4%

TMO = Trastorno mental y del comportamiento secundario a consumo de múltiples sustancias el total corresponde al 10.8%

5.1.4. El género

Tabla No.8.- Distribución de Género por Grupo (A, B, C)

SEXO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
GRUPO A	9	2	11
GRUPO B	6	5	11
GRUPO C	10	5	15

²¹² La mayoría de los autores Bach (1974), Grinberg (1974) y Zimmermann (1969), por citar algunos. Consideran que para que un grupo puede funcionar se requiere de un mínimo de 3 pacientes y una máximo de 10 personas, siendo conveniente trabajar en un intervalo de 7 a 9 pacientes.

²¹³ Con respecto a los datos sociodemográficos Valencia y otros (1997:31) encontraron similares resultados sociodemográficos y escriben que "de los 31 pacientes esquizofrénicos, entre los cuales destaca que 74.2 % corresponde al sexo masculino; 49% se encuentra entre los 26 y 35 años, con una media de 33 años, respecto al estado civil 74% es soltero y el 26% restante menciona haber tenido o mantener actualmente una relación de pareja. En cuanto a la escolaridad, en general tienen una buena educación, encontrándose que el 39% tiene estudios universitarios aunque no se tenga la certeza que hayan concluido. Respecto a la ocupación, 42% de los pacientes no trabaja, y 29% indicó tener alguna actividad ocupacional o trabajar con la familia, y el resto estudian o son amas de casa (29%):"

La tabla No. 8 informa sobre el rubro de género en los tres grupos
La distribución por sexo muestra por grupo muestra que de un total de 37 pacientes
En el grupo A, el 81.8 % son varones y 18.1% son mujeres
En el grupo B el 54.5% son varones y el 45.4% son mujeres
En el grupo C el 66.6% son varones y el 33.3 % son mujeres

En los tres grupos el porcentaje rebasa la mitad de los participantes masculinos, esto coincide con que la mayor parte de los pacientes tienen un diagnóstico principal de esquizofrenia y la mayoría son varones en la clínica de esquizofrenia de donde se tomó la muestra poblacional.

En el estudio no hubo discriminación con respecto a la pertenencia de un género u otro. Las condiciones en las que se encuentra la categoría nosológica de esquizofrenia con respecto al género marcan un mayor número de varones.

5.1.5. El rango de edad

Tabla No. 9.- Rangos de edad por Grupo.

EDAD	RANGO DE EDAD 18 A 45 AÑOS	PROMEDIO DE EDAD
GRUPO A	27-44	35.5
GRUPO B	21-39	30
GRUPO C	21-44	32.5

En la tabla No. 9 se ilustran los rangos de edad por grupo.

El rango de edad por los grupos se encontró en un intervalo entre 21 y 44 años de edad, situación que cumple con el criterio 3 del Método, que incluía para el tratamiento a pacientes para la selección entre un rango de 18 a 45 años de edad.

Es sabido que en los pacientes que inicia a temprana edad un trastorno psicótico el deterioro cognoscitivo avanza de manera progresiva, si no existen tratamientos exprofeso, por lo que el rango de edad que se trabajó es el sugerido a nivel empírico por los clínicos, a esto se suma que la muestra con la que se trabajó es de pacientes agudos, por lo que son pocos los casos que padecen de una cronicidad inabordable clínicamente.

5.1.6. Estado civil

REPRODUCCION
FALLA DE ORIGEN

Tabla No. 10.- Estado civil por Grupo

ESTADO CIVIL	CASADO	SOLTERO	SEPARADO	TOTAL
GRUPO A	1	8	2	11
GRUPO B	2	9	0	11
GRUPO C	2	12	1	15

En la tabla No. 10 se puede apreciar el estado civil por grupo

El grupo A obtuvo un porcentaje de 72.8 % de solteros, mientras el 18.1% correspondió a los pacientes separados y únicamente el 9.09%, para los pacientes casados.

En el grupo B se obtuvo un porcentaje de 81% de solteros, en tanto el 18.1% era casado.

En el grupo C se obtuvo un porcentaje de 80% de pacientes solteros, el 13.3% de casados y el 6.6% de separados.

La información de este rubro ilustra que entre el 70 y 80 % de la población de esta muestra es de solteros, siendo esta variable una constante en los pacientes psicóticos y principalmente en pacientes esquizofrénicos.

5.1.7. Escolaridad

Tabla No.11.- Escolaridad por Grupo

ESCOLARIDAD	SEC	BACH	UNIV	TOTAL
GRUPO A	2	6	3	11
GRUPO B	4	6	1	11
GRUPO C	3	9	3	15

En la tabla 11 se ilustran los datos de escolaridad de los grupos. En el grupo A, el 54.5% de los pacientes tienen un nivel educativo de bachillerato, un poco más de la mitad. Mientras el 27% corresponde a estudios universitarios, la cifra es alta para el tipo de pacientes, y finalmente el 18.1% le corresponde a los estudios de secundaria.

En el grupo B, el 54% correspondió a las personas que estudiaron bachillerato, en tanto el nivel de secundaria ocupó el 26% y finalmente el 9.09% correspondió al nivel universitario.

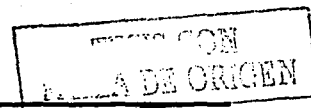
En el grupo C se puede apreciar que el nivel de bachillerato nuevamente ocupa el primer lugar con un 60%, mientras el 20% corresponde tanto para el nivel de secundaria y de estudios universitarios, respectivamente.

Cabe señalar que cuando se menciona la variable escolaridad, en los tres grupos se reportó el abandono de los estudios debido al inicio y el curso del padecimiento.

5.1.8. Ocupación

Tabla No. 12.- Ocupación por Grupo

OCUPACION	TRABAJA	NO TRABAJA
GRUPO A	1	10
GRUPO B	1	10
GRUPO C	2	13



La tabla No. 12 informa si el paciente trabaja o no.

En los grupos A y B el 90.9% de los pacientes es desempleado respectivamente. Mientras que en el C el 86% se encuentra sin trabajo.

Tanto para el grupo A como para el B, es el 9.09% los que trabajan, en tanto que en el grupo C el 13.3% tiene empleo.

Las anteriores cifras contrastan con el desempleo que es frecuente en este tipo de población, debido al padecimiento como primera causa, situación que se suma a las continuas recaídas clínicas que terminan en hospitalizaciones frecuentes, situación que en ocasiones les implica abandonar las pocas oportunidades que tienen para trabajar.

5.1.9. Religión

Tabla No. 13.- Religión por Grupo

RELIGION	CATOLICA	TESTIGO DE JEHOVA	CRISTIANO	CREYENTE	ATEO	TOTAL
GRUPO A	9	0	1	0	1	11
GRUPO B	8	2	0	1	0	11
GRUPO C	11	1	1	1	1	15

Con respecto a la religión referida por los pacientes se pueden informar las siguientes cifras en la tabla 139.

La mayoría de los pacientes refiere ser católico correspondiendo al 81% para el grupo A; el 72.75 para el grupo B y el 73.3% para el C.

Mientras que el segundo lugar los ocupan los testigos de Jehová con 18% para el grupo B y un 6.6% para el C.

Finalmente hay un porcentaje similar entre los que son "creyentes y los ateos. En el grupo A hay un 9.09% de ateos, mientras, el 9.09% de creyentes. En tanto que en los grupos B y C tienen un 6.6% respectivamente, tanto de creyentes como de ateos.

A continuación se describen las **viñetas clínicas de cada paciente por grupo**, posteriormente se hace un análisis de las **categorías del protocolo** que fueron recabadas en las sesiones y finalmente de manera global se hace un **escrutinio sobre el formato del protocolo**, para saber qué información es relevante, qué Habría que aumentar o eliminar del instrumento.

FORMA DE ORIGEN

5.2. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN POR GRUPO.

5.2.1. VIÑETAS CLÍNICAS INDIVIDUALES GRUPO A

El grupo estuvo constituido por un total de 11 pacientes.

(1.A)²¹⁴

Fx²¹⁵.- Tiene 27 años, es soltero, estudió hasta el 1º. de Vocacional ha trabajado como ayudante de cocina y como carpintero en el negocio familiar. Se refiere como católico.

Es un hombre moreno alto, con tendencia a la obesidad. Por momentos sonriente, es carismático, líder y funciona en la resistencia cuestionando y confrontando al grupo, pero sin involucrarse. En varias ocasiones su función fórica, es de portasíntomas, mostrándose quejumbroso de sus alucinaciones con contenido místico y religioso, además de sus ideas de daño. Tiene un diagnóstico de esquizofrenia paranoide, predominando los síntomas de alucinaciones auditivas.

En el grupo se relaciona verbal y físicamente con pacientes hombres, (con golpeteos en piernas y brazos), en ocasiones hace bromas y sigue al grupo en los chascarrillos. Con su familia presenta conflictos físicos y verbales, principalmente con sus hermanos varones, y se refiere rechazado por su progenitora que le habla con mensajes dobles y él se confunde, continuamente relata que su madre hace alianzas con sus hermanos y están contra su persona.

(2.A)

D.-Masculino de 44 años, es soltero, católico y dejó trunca la carrera de Lic. en Economía, se cambió a la carrera de Químico, sin terminar ninguna. Se refiere católico.

Tiene como antecedentes heredofamiliares una tía paterna finada por suicidio y dos primos y una tía con esquizofrenia. Es el hijo menor de dos gestas, no presenta complicaciones clínicas peri y post natales. Procreó un hijo y su pareja lo abandonó.

Es un hombre de rostro acartonado, por lo regular inexpresivo; algunas veces hace una mueca a manera de risa sin sonido. Es alto, delgado, excesivamente desconfiado, habla poco y lo hace con inseguridad. Muestra temor a ser criticado por cualquier participación. Funciona como seguidor en el grupo, escucha y parece no involucrarse. Su desconfianza y sus ideas de daño y persecución lo llevan a mostrar una conducta silente, siempre se ve tenso. Su resistencia en el grupo es manifiesta por salir desde la primera sesión por varios minutos y regresar. Llega al final, se sienta a un lado de la puerta para salir pronto. No hace contactos físicos, es de los pocos pacientes que no se despiere ni verbal ni con el contacto del saludo.

Sus comentarios son parcos y sólo responde a preguntas concretas que el grupo y el terapeuta le hacen. Niega vínculos fuera del grupo y se reserva el derecho de hablar de su familia, muestra gran dependencia hacia su progenitora con quien sostiene una relación de tipo simbiótico.

²¹⁴ El número representa la secuencia del paciente en la lista, mientras la letra corresponde al grupo en cuestión.

²¹⁵ Las letras negritas que no se encuentran entre paréntesis corresponden a la calve asignada para cada paciente, que siempre será única.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

(3.A)

Al.- Femenino de 33 años. Católica. Estudió la secundaria y la dejó incompleta, reprueba varios años escolares, no especifica cuáles. Se dedica al hogar. Tiene como antecedentes heredofamiliares una sobrina con padecimiento psiquiátrico no especificado y un tío abuelo finado por alcoholismo en un hospital psiquiátrico.

Es la segunda gesta de un total de siete, en producto gemelar, (su hermana gemela falleció al nacer). Su progenitora presentó problemas de mala nutrición durante el embarazo. El parto fue eutócico.

Es una mujer morena de talla media, muestra una actitud sumisa y seductora, el grupo la considera atractiva y responde a sus coqueteos. En el grupo escucha atenta, sigue la sesión y respeta las opiniones de los temas que trabajan, en especial el consumo de drogas y de alcohol, que ella inicio desde la pubertad. Consumo tanto solventes como cualquier droga que alterara su pensamiento y sus emociones. Su conducta sexual es desinhibida y sus alucinaciones auditivas y visuales la atosigan continuamente. Por momentos se ve rebasada por los contenidos del grupo expresando que se le dificulta entender lo que pasa.

Con su familia tiene un vínculo conflictivo, principalmente con su progenitora con quien vive y se muestra permisiva de las conductas antisociales de la paciente, quien hace prácticamente lo que le place. Ha vivido en precarias condiciones socioeconómicas, lo cual se observa en su nivel escolar, su desempeño laboral y la falta de una alimentación necesaria. Continuamente cae en conductas de acting out, en el consumo de drogas, de alcohol y de cierto masoquismo con sus múltiples parejas. Se involucra con un miembro del grupo al parecer de manea sentimental. Tiene un diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento secundario al uso y abuso de sustancias.

(4.A)

Ed.- Masculino de 27 años, soltero, estudió secundaria completa. Se refiere como católico y actualmente está desempleado.

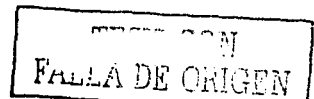
Antecedentes heredofamiliares: sin importancia para el padecimiento actual. Es el primero de dos hijos en total.

Es un hombre de talla media, robusto. Es ansioso e inquieto, tiene necesidad de ser reconocido en el grupo; dice que siempre quiere ser el primero y responde en consecuencia; en el grupo abre la primera sesión y es emergente en su función fórica. Presenta continuos juegos físicos con otros pacientes masculinos; bromea y en ocasiones es serio y puntual, sobre lo que sucede en el grupo. Se reconoce como impulsivo y ha presentado varios intentos de suicidio de alta letalidad, cuando lo abruma las alucinaciones y las ideas delirantes de daño y persecución. Le gusta dibujar y lo hace artísticamente. Dibuja sus fantasmas, los temas son cuerpos perfectos con miradas extrañas y agresivas. Dibuja mujeres andróginas y demonios. Estudió una temporada en una prestigiada escuela de pintura en Bellas Artes.

Habla poco y centra sus relatos entre sus síntomas psicóticos y sus deseos de ser pintor o antropólogo. Tiene un Dx de esquizofrenia paranoide.

(5.A)

R.- Masculino de 44 años. Está casado y se refiere como católico. Estudió y terminó la carrera de Contador Público y actualmente trabaja.



Sin antecedentes heredofamiliares psiquiátricos. Antecedentes peri y post natales normoevolutivos. Desarrollo psicomotor normal.

Es un hombre moreno que en el color de la piel trae un cierto rechazo social. "Me dicen el memín" (sic). Es alto bromista y repite los clichés de la radio y TV de moda. Es extremadamente racionalizador y busca tener una respuesta lógica de todo lo que acontece en el grupo. Continuamente presenta una labor coterapéutica, cuestiona, confronta, resume sesiones y puede respetar al grupo. Es cortés, amable y sonriente, mientras no se hable de su delirio de daño hacia él y familia nuclear. Ya que se torna ansioso, verborreico y por momentos litigante. Es carismático, el grupo lo acepta con facilidad y festeja sus bromas y aprecia sus comentarios, sus habilidades de elocuencia. Le facilita los vínculos con los varones y fácilmente convence a las mujeres del grupo con las que se muestra complaciente y seductor. Su relación familiar es conflictiva cada que se exacerba su padecimiento, en los brotes psicóticos o prácticamente nulifica toda su potencial. Es una persona trabajadora, emprendedora y le va económicamente bien con sus negocios satisfaciendo de manera cómoda sus necesidades socioeconómicas en el terreno familiar.

Tiene un diagnóstico de esquizofrenia paranoide, y vive con intensidad los brotes psicóticos que lo inhabilitaban por períodos cortos, cuando éstos se presentan.

(6.A)

M. Masculino, estudió hasta el 4º. Semestre de bachillerato. Se refiere como ateo. Y comenta que en una ocasión trabajó como obrero soldador.

Antecedentes heredofamiliares. Tía abuela con enfermedad psiquiátrica, abuela paterna con epilepsia y hermano con padecimiento psiquiátrico no especificado.

Sus antecedentes peri y post natales son normales al igual que su desarrollo psicomotor.

Es un hombre moreno claro, de talla media y mirada extraña, en ocasiones hipervigilante. En cuanto habla denota su desorganización mental, se muestra predominantemente verborreico, delirante, incoherente e incongruente. Su hablar es del tipo psicótico, en cuanto tiene oportunidad expresa una ráfaga de ideas delirantes de contaminación de químicos, genes, energía física, energía electrónica, etc. que le disminuyen o incrementan su libido y su pensar. Es el paciente más regresivo en el discurso; vive plenamente su mundo narcisista y omnipotente; la literatura semiológica se queda corta para descifrar sus relatos. A pesar de todo ello tiene eventuales contactos con la realidad y asombra con algunos minutos de lucidez en los que puede argumentar y resumir las sesiones. Al igual que yo, toma notas durante la sesión y después hace interpretaciones, unas veces atinadas y otras delirantes. Funciona en el grupo como emergente y como chivo expiatorio. El grupo lo censura cuando se torna repetitivo y obstinado, sin embargo acepta los límites que el grupo le marca y los de quien suscribe. Muestra una rigidez de apego hacia algunas normas terapéuticas, interrumpe al grupo de manera intermitente, es obstinado, me hace pensar en el mosquito que va y viene. A pesar de la cronicidad de su padecimiento, el paciente es tolerable y se regula al ajuste grupal, sin ofender nunca a los demás, es respetuoso y su risa es hueca. un sonido sin afecto, ni entusiasmo, sólo es sonora.

LA DE ORIGEN

(7.A)

J. Masculino de 38 años. Soltero. Se refiere católico, con preparatoria trunca y actualmente sin empleo. Antecedentes heredofamiliares.- Presenta padre con alzheimer y hermana con trastorno bipolar. Antecedentes peri y post natales normales, al igual que el desarrollo psicomotor.

Es un varón de talla media con tendencia a la obesidad. Es moreno y de mirada temerosa, pocas veces mira al grupo, por lo regular mira hacia el piso. Tiene sus brazos metidos entre sus piernas que estira para darle un mínimo de margen de movilidad. Cuando llega al contacto visual, se muestra hipervigilante, se encuentra en una posición rígida y está angustiando. Fácilmente se muestra diaforético. Su conducta es silente, su silencio es sepulcral, es desconfiado y teme a la desaprobación y a las risas del grupo, aún así se comunica con frases cortas y contesta de manera respetuosa, da la impresión de que piensa mucho sus respuestas, es cauteloso y puede observarse en él cierto grado de deterioro cognoscitivo.

Responde de manera concreta a preguntas que el grupo y el terapeuta le formulan. Habla poco de su vida, dice que vivió en EUA, habla inglés; reconoce el placer por el rock pesado de fines de los sesentas. Se siente atormentado por mensajes de los primeros metaleros, como Led Zeppelin y Kiss, de los que conjura en sus brotes psicóticos y manifiesta en graffitis en su cuarto y vecindario.

Al igual que la mayoría del grupo padece de ideas delirantes de daño y alucinaciones auditivas, tiene un Diagnóstico de Esquizofrenia paranoide.

(8.A)

Nes.- Masculino de 32 años, se refiere católico. Estudió hasta 2º. de Bachillerato, y nunca ha trabajado. Sin antecedentes heredofamiliares psicopatológicos. El primero de dos gestas en madre de 19 años. Embarazo evolutivo con trabajo de parto prolongado sin complicaciones neonatales.

Es un hombre joven de mirada perdida en los objetos, se distrae fácilmente, su atención está vertida a detalles sin importancia. En momentos es agudo y condensa con acertadas intervenciones la transferencia grupal. El grupo lo tilda de muñeco de ventriloco, él ríe. También lo refieren como el miralotodo y el hueletodo. Interrumpe al grupo con preguntas fuera de tema así como con sus bromas sexuales y contactos con matiz homosexual, el cual niega rotundamente. Maneja la resistencia de líder improvisado y continuamente me hace preguntas directas sobre mi vida personal, para incluirme en el relato de la sesión y no involucrarse. Cuando se le llega a cuestionar, dice no recordar.

Tiene una relación materna simbiótica, un conflicto directo con su padre al que en algún brote psicótico ha golpeado. El grupo también lo refiere como inmaduro y caliente. Al igual que otros tiene un diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

(9.A)

Au.- Femenino de 34 años. Separada. Sin hijos. No trabaja, se dedica al hogar. Estudió la Licenciatura en Periodismo. Religión, cristiana. Antecedentes heredofamiliares sin importancia para el cuadro clínico. Parto eutócico y desarrollo psicomotor normal.

Es una mujer morena clara, con un semblante de extrema melancolía. Su mirada es triste y profunda, pocas veces responde a los halagos que el grupo le devuelve,

TIENE CON
FALLA DE ORIGEN

cuando interviene de manera precisa y contundente. Ella, a diferencia de este grupo, tiene estudios universitarios de periodismo de los que retoma para hablar sobre los aspectos sociales y económicos de la enfermedad que le aqueja.

Ha presentado múltiples intentos de suicidio de alta letalidad, lo que ha ameritado hospitalizaciones continuas. Muestra su educación y cultura en el grupo, respeta las opiniones de los demás. Su tono es triste, el grupo la escucha también con respeto, tanto por la humildad con la que habla como por la tristeza que expresa, la cual asocia a la pérdida de su pareja, quien prácticamente la hundió y la puso en jaque, y de la que expresa, nunca recuperará. Sus temas preferidos son su expareja, la pérdida, el desamor y los conflictos con sus progenitores, quienes se muestran sobreprotectores y ambivalentes y en ocasiones con una rigidez que le quita cualquier esperanza de continuar con su vida. A pesar de haber alucinaciones, ideas de muerte, de minusvalía, inseguridad y temor, esto sólo se exacerba en los brotes psicóticos.

Ella tiene un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo.

TEMA CON
FALLA DE ORIGEN

(10.A)

Fo.- Masculino de 34 años con estudios de preparatoria, soltero, de religión católica y desempleado. Anteriormente trabajó como estibador en EUA.

Antecedentes heredofamiliares.- Presenta carga genética de diabetes mellitus y cáncer. Es la gesta dos de un total de cinco en madre de 25 años, sin complicaciones peri y post natales.

Es un hombre de estatura media, es platicador, fácilmente convence al grupo de con argumentos. Su apariencia me hace recordar al Che Guevara, sin embargo, nada que ver con el ilustre personaje. Trae siempre una gorra y se involucra fácilmente en temas que lo apasionan y lo llevan a trastocar sus ideas delirantes mesiánicas. Profesa la religión católica y todo su mundo interno y externo está comandado por episodios bíblicos que trata de justificar. Además se dice un luchador de las causas sociales y de la marginalidad de los pobres. Consume drogas de manera impulsiva y organizaba eventos rockeros y culturales para la causa social. Trata de hacer racional sus argumentos religiosos, que se tornan delirantes. Trata de convencer al grupo de lo verídico de sus argumentos, y en ocasiones lo logra. Tiene habilidades deportivas inusuales en los pacientes con estas características, prefiere los deportes ante cualquier actividad, liderea algunas sesiones y no se mete en conflictos con el grupo, sabe sortear sus argumentos como si estuvieran ensayados y dichos hasta el tedio. Es respetuoso del grupo y fácilmente puede romper con las reglas sociales.

Le han diagnosticado con trastorno mental secundario a abuso de sustancias con esquizofrenia

(11.A)

Jb.- Masculino de 43 años, su estado civil es divorciado, estudio hasta el segundo semestre de vocacional, trabaja como tapicero y refiere ser católico.

Antecedentes heredofamiliares. En la rama paterna hay pariente con trastorno psiquiátrico, situación que no queda clara. Es la gesta segunda de un total de seis, con parto normo-evolutivo, en medio hospitalario, sin complicaciones clínicas postnatales. Empezó a trabajar desde los 8 años como tapicero, hasta la fecha.

Es un hombre de mayor edad a la del promedio del grupo. Tiene rasgos orientales y es de baja estatura. Ha trabajado desde niño en el negocio familiar que data de dos generaciones, cuando menos. Trae consigo el rasgo distintivo de la soledad y los intentos suicidas de alta letalidad. Tiende a manipular algunos eventos de su historia personal y no se vincula con el grupo. Entra a pocas sesiones y cimbra al grupo con relatos thanáticos; en ocasiones el grupo lo anula y no le sigue en sus argumentos. Lo consideran apartado e inconsistente con el tratamiento. Niega rotundamente su padecimiento, pero fácilmente muestra sus ideas auto y heteroagresivas, así como ideas de daño y alucinaciones auditivas que lo someten desde el superyó para autocastigarse de formas insólitas, de las que hasta la fecha, por situaciones que no quedan claras, ha salvado su vida.

Presenta un Dx de esquizofrenia paranoide.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

GRUPO A

Tabla No.14.- Resultados de aparición de ocurrencia por rubros del protocolo por sesión. Grupo A.

I. TEMAS	Sesión									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.1. Síntomas y confesiones	X				X		X	X	X	X
1.2. Psicología de valores			X	X	X					
1.3. Situaciones de emergencia								X	X	
1.4. Perspectiva histórica						X	X			
1.5. Consejos					X					X
1.6. Relato y análisis de sueños										
II. RELATORIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.1. <i>Contenido manifiesto</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.2. <i>Contenido latente:</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.2.1. <i>Mecanismos de defensa</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Psicóticos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.2.2. <i>Síntomas</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Delirios y alucinaciones	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
III. PROCESOS GRUPALES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.1. <i>Resistencia grupal</i>	X	X	X	X		X	X	X	X	X
3.2. <i>Supuestos básicos</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.2.1. Dependencia			X							
3.2.2. Ataque-fuga		X						X	X	
3.2.3. Apareamiento				X	X	X	X			
3.3. <i>Grupo interno</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.3.1. Imagen del cuerpo		X		X					X	X
3.3.2. Fantasmática originaria:										
3.3.2.1. Intrauterino					X			X		
3.3.2.2. Escena primaria										
3.3.2.3. Seducción			X							
3.3.2.4. Castración										
3.3.3. Complejos familiares				x			X			
3.3.4. El aparato psíquico									X	
3.4. <i>Ilusión grupal</i>					X					
IV. TRANSFERENCIA CONTRATRANSFERENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.1. T. central (monitor)		X	X	X		X	X	X	X	X
4.2. T. lateral (los otros)			X		X	X	X	X	X	X
4.3. T. el grupo (grupal)				X	X			X	X	
4.4. T. objeto exterior (mundo externo)			X	X	X	X	X	X	X	X
4.5. <i>Contratransferencia.</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
V. INTERVENCIONES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.1. <i>Horizontal</i>	X	X		X	X	X	X	X	X	X
5.2. <i>Vertical</i>	X	X	X	X	X		X	X	X	X
VI: SUPERVISION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.1. <i>Estrategias terapéuticas</i>		X	X	X	X	X	X	X	X	X
6.2. <i>Prescripciones terapéuticas.</i>			X			x		X		
OBSERVACIONES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		X		X	X	X	X		X	X

COPIA DE ORIGEN

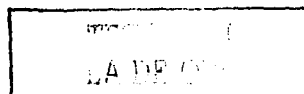
GRUPO A

5.2.1.1. Viñetas del Grupo A como un todo

El grupo A se caracterizó por ser un grupo donde había más líderes que en los grupos B y C, situación que generó más competencia, y la dinámica grupal se vio enriquecida. Los <temas> fueron variados y el grupo funcionó sin necesidad de una labor terapéutica exhaustiva. Su <resistencia> ocupó el segundo lugar, basada principalmente en resistencia promovida por los pacientes silentes que permitía que los líderes ocuparan la mayor parte de las sesiones, que se sumó a las pocas deserciones. *Afectivamente* el grupo estuvo más equilibrado como se pudo observar con los <supuestos básicos> lo que produjo un clima terapéutico accesible y sin complicaciones mayores. En lo referente a las *representaciones* inconscientes predominaron las correspondientes al <grupo interno> las fantasías originarias ocuparon el primer sitio y en segundo término la *imagen del cuerpo*. Sin embargo con respecto a sus *vínculos familiares* y el *aparato psíquico grupal*, el grupo utilizó menos tiempo. A la <transferencia> con el terapeuta ocupó el primer sitio, seguido de la transferencia hacia el exterior donde el mecanismo defensivo que imperó fue la *proyección*, en el que los pacientes culpaban al mundo externo como persecutor y generador de daño de sus estructuras internas. Contransferencialmente el grupo no fue tan desgastante e intenso como el grupo B, donde predominó la transferencia negativa con el terapeuta y un trabajo más arduo. Mi participación terapéutica fue equilibrada con el grupo pudiendo establecer un trabajo mejor organizado y con mejores resultados clínicos que en los demás grupos. Me sentí a gusto con el grupo y me di cuenta que podría trabajar por sí solo y únicamente en contadas ocasiones requería de intervenciones terapéuticas para que la dinámica grupal funcionara.

5.2.1.2. Topología del espacio grupal

La tabla 15 ilustra el lugar que ocupan los pacientes, observé que **D** fue uno de los más resistentes, se sentó a mi lado, junto a la puerta, y durante la sesión, salió en varias ocasiones. Otro paciente de los silentes **J**, se sentaba a un lado de **Nes** un líder carismático, como para cubrirse; mientras que este líder se sentó siempre frente a mí y varias veces me incluyó en el relato, como parte de su resistencia. Por ejemplo, decía "usted tiene novia, se masturba, es casado", que representaba desafío manifiesto hacia mi figura terapéutica, y después me enteraría del conflicto con su padre, a quien en un brote psicótico había golpeado. Situación que me generaba cierta ansiedad. Sin embargo, nunca hubo agresión física del paciente hacia mí persona hacia el grupo. Los pacientes ocuparon los lugares como se ilustra en la tabla 15. La mayoría mantuvo durante todo el tratamiento, el mismo lugar que escogió desde el inicio. El hecho de que hubiera varios líderes generó competencia y a la vez se neutralizaron, ya que cada uno pudo expresar en su momento, sus fantasías inconscientes y afectos alrededor del trabajo grupal, comportándose en general, con prudencia y respeto hacia el grupo. Hubo dos pacientes **Au** y **Jb** que representaron lo que Kaës denomina la función fórica del <porta muerte>, que en las sesiones dedicadas al suicidio, despertaron en el grupo una respuesta maníaca, como defensa ante la depresión. Mientras **Fx** representó siempre la función fórica



del porta síntomas, mostrándose quejumbroso en todo momento. Los demás sostuvieron roles seguidores y silentes.

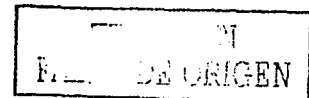
Tabla No. 15.- Topología del espacio grupal. Grupo A

PARTICIPANTES		TOPOLOGIA DEL ESPACIO GRUPAL
1	Fx P.síntomas* ²¹⁶	<p>Diagrama de topología del espacio grupal. Los participantes están representados por círculos con sus iniciales o roles: J, Nes, Ed, M, R, Fo, Jb, Al, T, D, Au. Los círculos están distribuidos en un espacio que sugiere relaciones grupales.</p>
2	D Silente	
3	Al Seguidor (f) ²¹⁷	
4	Ed Líder	
5	R Líder	
6	M P.Síntomas	
7	J. Silente	
8	Nes Líder	
9	Au P. Muerte (f)	
10	Fo Líder	
11	Jb P. Muerte*	
T=TERAPEUTA		CT=COTERAPEUTA
		O=OBSERVADORES

5.2.1.3. TEMAS²¹⁸

Los temas en este grupo fueron diversos, con un predominio de los relacionados a *síntomas y confesiones*, utilizando 7 sesiones; mientras que el tema de *psicología de valores*, ocupó el segundo lugar. Se utilizaron 3 sesiones para los temas relacionados con *situaciones de emergencia*; la *perspectiva histórica* y los *consejos* ocupando 2 sesiones cada uno de estos rubros. Curiosamente en ninguna de las 10 sesiones se presentó el *relato y análisis de sueños*²¹⁹.

Lo anterior implica que, por una parte el grupo tiene un carácter clínico y se encuentra trabajando los temas de mayor interés que son los *síntomas y confesiones* que claramente se ajustan a la búsqueda de soluciones ante su conflictiva personal. Mientras que la *psicología de valores*, en este grupo, está asociada a resolver cuestiones que los vinculan con las normas sociales, como se puede observar en 3 sesiones consecutivas (3, 4 y 5) donde la continuidad muestra el interés sobre los vínculos sociales.



²¹⁶ El asterisco a los pacientes que desertaron.

²¹⁷ La f entre paréntesis significa femenino.

²¹⁸ La tabla 14 ilustra la aparición de ocurrencia por rubros de sesión en el grupo A de: los temas; la relatoría; los procesos grupales; la transferencia; las intervenciones y la supervisión.

²¹⁹ Es importante aclarar que en una sesión puede haber varios temas, situación que repercute en los porcentajes, por lo que su suma no hace un 100% necesariamente.

Posteriormente, la *perspectiva histórica*, hace su aparición desde plantear la infancia y las relaciones intrafamiliares, (sesiones 7 y 8) respectivamente.

Dos temas relacionados con *situaciones de emergencia* son presentados por el Grupo A de manera consecutiva; un tema, el suicidio (sesión 7) y el otro, la vida del paciente en los hospitales psiquiátricos (sesión 8). Ambos temas responden al darse cuenta, por una parte, de la pérdida del control de la esfera pulsional y el destino, que trae el reconocer ciertos niveles de su padecimiento. El tener consciente su padecimiento y someterse a la institución que en primera instancia es vista de manera persecutoria y después "como una figura paterna", la que por un lado lo cuida, apoya, protege, alimenta, medica; y por el otro, le impone límites y reglas de relación, que son percibidas por los pacientes como castigos. Ya en la etapa de crisis (que por lo regular es el momento en que son hospitalizados) la mayoría de los pacientes niega la psicosis. Primero desmiente una parte de la realidad, luego niega la psicosis que vive con intensidad.

Finalmente, el grupo ocupa 2 sesiones (5 y 10) para solicitar *ayuda*. En la sesión 5, el tema tiene que ver con el deseo de reproducción y de hacer lo que hacen los demás "normales". Ejercer su derecho de reproducción que se ve limitado por el reconocimiento de su padecimiento, que atribuyen a la carga genética y a la dificultad de poderse hacer cargo de los hijos, en lo afectivo, económico y social. Conclusión a la que llegan en la sesión 10 que es de cierre, donde los pacientes por un lado hablan del cuerpo y lo perciben como desconectado de las funciones de la mente (cerebro como dicen); además de percibirlo persecutor. En el tema de este apartado muestran resistencia a dar por terminado el tratamiento y solicitan se continúe, piden apoyo y consejo, demandan devolución de su participación grupal y de su estado actual, a lo cual accedo como parte de mis funciones terapéuticas.

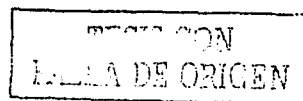
Como puede observarse al inicio del formato del protocolo, se puede tener una idea básica acerca de los contenidos de la sesión, es decir, de manera somera o tentativa; y sólo a través de la lectura de la relatoría y el análisis derivado de ella, se puede saber con mayor precisión cómo matizó el grupo cada una de las sesiones.

5.2.1.4. RELATORIA

Esta conformada por el <contenido manifiesto y el contenido latente>, este último se subdivide en *mecanismos defensivos y síntomas*, que son de carácter individual, mientras el contenido latente tienen un carácter grupal.

5.2.1.4.1. Contenido manifiesto

En este apartado sobra decir que toda sesión tiene uno o varios argumentos manifiestos sobre los temas elegidos y trabajados por el grupo, y que al ponerlos en palabras, activan su mundo interno; sus vínculos y la manera como perciben la "realidad externa" en la interacción con las atribuciones que hacen desde la particular óptica de su padecimiento psicótico.



Su mundo interno está conformado por representaciones que llevan la marca de los fantasmas (fantasías del origen, de seducción etc.) que se anudan a ciertos afectos en la intemporalidad del inconsciente que comanda sus relatos, situación que ancla el contenido manifiesto con los contenidos latentes.

5.2.1.4.2. Contenido latente

Al igual que los temas y el contenido manifiesto, todas las sesiones presentan un contenido latente, producto del discurso, que es parte sustantiva del significado inconsciente de lo que se relata en grupo. Por ejemplo, en el tratamiento se pueden encontrar los siguientes contenidos latentes: la psicosis se vive como un evento interno que comanda lo externo; el terapeuta es un elemento persecutor; hay confusión entre la realidad y la fantasía; pérdidas de objeto; la lucha de las pulsiones; el racismo y la segregación de los enfermos mentales; la búsqueda de un yo; la posibilidad del incesto; relaciones de objeto parcial; la trasmisión de la locura por generación; frustración e impotencia ante la dificultad de reproducirse; la familia también comparte algunos elementos psicóticos; el superyó severo de los padres de psicóticos; el sufrimiento de la psicosis; la angustia y la depresión pueden llevar al suicidio; la negación de la muerte; el destino de los locos en indigentes; el cuerpo como satisfactor, el cuerpo oceánico; el cuerpo despedazado.

El contenido es, en esencia la representación del grupo que se expresa de manera inconsciente, y que comanda los afectos y las representaciones, es decir, los supuestos básicos y el grupo interno, dicho de manera técnica.

5.2.1.4.3. Mecanismos de defensa

Los mecanismos de defensa que se presentan en el grupo, oscilan entre una sesión y otra, predominando la desmentida de una parte de la realidad, la proyección convertida e ideas delirantes y como defensa ante la homosexualidad, también se presentaron las alucinaciones, así como la negación del padecimiento. En otros momentos se dio la identificación y la identificación-proyectiva como respuestas al fantasma grupal; la manía como defensa grupal ante la depresión. El funcionamiento del grupo es regresivo a nivel narcisista, los mecanismos de defensa se muestran de manera individual desde los recursos del paciente que se defiende ante el peligro que lo amenaza y por eso evita el displacer.

Como se puede observar, los mecanismos son de fases narcisistas y corresponden a las psicosis, su presentación patológica.

5.2.1.4.4. Síntomas

Los síntomas que predominan en las sesiones son de naturaleza psicótica, como ideas delirantes de grandeza, de persecución y de daño. También se presentan las alucinaciones, la mayoría son auditivas y en menor proporción las visuales, siendo escaso otro tipo de alucinaciones.

TRABAJO CON
1 A DE ORIGEN

Asimismo, responden con incoherencia e incongruencia. En los relatos, la incoherencia es difícil de documentar por la variedad de representaciones que expresan, mientras que la incongruencia es del afecto con el discurso, presentando aplanamiento afectivo por lo regular. Otros síntomas que se presentan, son: inquietud, agitación psicomotriz, culpa, impulsividad, ansiedad, agresión verbal, llanto, soledad, brotes psicóticos, entre otros.

5.2.1.5. PROCESOS GRUPALES:

Se subdividen en: *la resistencia grupal, los supuestos básicos, el grupo interno y la ilusión grupal.*

5.2.1.5.1. Resistencia grupal

La resistencia grupal se presentó en ocho sesiones, en la 2 y la 5 no se pudo documentar este rubro.

Ejemplos de esta resistencia son las salidas durante la sesión para ir al baño y ocupar la mitad de la sesión, llegar tarde, o de plano olvidar a cuál grupo correspondían, las inasistencias y en algunos casos el abandono del tratamiento. Otras resistencias se manifestaron con vínculos sexuales fuera de sesión, los cuales se supieron en el grupo y no se trabajaron, sólo se expresaron, como una forma de avisar acerca de la existencia de esa relación.

También hubo resistencia expresada con silencios y evitando trabajar los temas de las sesiones. En otras ocasiones decían que se les olvidaba lo sucedido en las sesiones anteriores, lo cual también se puede atribuir al deterioro cognoscitivo que cursan algunos pacientes. Otra forma de resistencia se presentó con los líderes, quienes utilizaban las sesiones para exponer alguna situación distractora y no hablar de ellos, así como limitar a una parte importante del grupo, o cambiar los temas trabajados y darle vueltas, y finalmente, resistencia a terminar el tratamiento.

5.2.1.5.2. Supuestos básicos

Los supuestos básicos son. *de dependencia; de ataque-fuga y de apareamiento.*

En el Grupo A se pudieron apreciar los supuestos básicos en siete sesiones. Correspondiendo tres sesiones al supuesto básico de apareamiento, tres al supuesto básico de ataque-fuga y una al supuesto básico de dependencia.

Se puede observar también que hubo continuidad en el supuesto básico de apareamiento (sesiones 4, 5 y 6), en lo que se refiere a lo inconsciente afectivo, que se asocia directamente a los temas del grupo (tema sesión 4, sexualidad), (tema sesión 5 ¿los pacientes pueden tener hijos?), (tema sesión 6, la infancia).

El supuesto básico de ataque-fuga correspondió a los temas de la siguiente manera: (tema sesión 2, síntomas e inicio del padecimiento), (tema sesión 8, el suicidio), (tema sesión 9, la vida en los psiquiátricos).

Finalmente, el supuesto básico de dependencia se presentó en la sesión 3, y los temas fueron los derechos de los esquizofrénicos y la discriminación de los enfermos mentales.

Los supuestos básicos se pueden relacionar con los temas específicos de cada sesión (hay que aclarar que unos temas corresponden a la categoría de investigación propuesta por Bach (1974) en lo general, y en lo particular responden a la historia propia del grupo), donde lo que imprimen los supuestos básicos, son las emociones inconscientes que se mueven en el grupo.

5.2.1.5.3. Grupo interno

El grupo interno se subdivide en cuatro apartados: *la imagen del cuerpo; la fantasmática originaria, los complejos familiares y el aparato psíquico grupal.* Sólo la <fantasmática originaria> tiene cuatro rubros que son: *la intrauterina; la escena primaria; la de seducción y la de castración.*

El <grupo interno>, en términos coloquiales responde a las <representaciones>es decir a la forma del pensamiento inconsciente que impera en el grupo, mientras que los <supuestos básicos> responden a los afectos que derivan de estas representaciones; ambos de carácter inconsciente.

El grupo interno se puede apreciar a través de las representaciones de la imagen del cuerpo que se documentó en cuatro sesiones; el fantasma intrauterino en tres sesiones; el fantasma de seducción en dos y finalmente los complejos familiares y el aparato psíquico grupal en una sesión cada una.

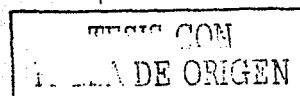
No hubo información para documentar la fantasmática de la escena primaria, ni el fantasma de castración. Clínicamente quizá se deba a que ambos momentos han sido desmentidos (forcluidos).

En cuanto al dispositivo grupal, se puede pensar que diez sesiones no son suficientes para abordar todo los rubros que se esperan como fue el caso de el rubro de la fantasmática de la escena primaria. Lo anterior se deba quizá a que no era el momento de los grupos para enunciarlo y trabajarlo.

5.2.1.5.4. Ilusión grupal

Se presentó en la sesión 5 y al igual que el grupo interno, sólo se puede deducir desde la transferencia.

5.2.1.6. TRANSFERENCIA-CONTRATRANSFERENCIA:



Este apartado tiene dos subdivisiones: la transferencia y la contratransferencia.

5.2.1.6.1. Transferencia

En este grupo se dio una clara manifestación de la transferencia hacia el monitor en ocho sesiones del tratamiento. La transferencia lateral se pudo documentar en siete sesiones y finalmente la transferencia con un objeto externo, se presentó en ocho sesiones.

Hay que recordar que la transferencia en grupo es múltiple y se pueden presentar varias modalidades a la vez caracterizando la reedición de sentimientos, representaciones, escenas puestas en el grupo y actualizadas con los pacientes mismos y el terapeuta, es decir, la transferencia es el resultado del fantasma (grupo interno), los supuestos básicos y la ilusión grupal.

5.2.1.6.2. Contratransferencia

El grupo despertó una serie de reacciones contratransferenciales durante todo el tratamiento.

La contratransferencia iba desde sentimientos de tristeza, ansiedad, tranquilidad, cierto favoritismo para algunos pacientes o impotencia; cierto grado de incredulidad y dificultad para comprender algunos eventos, sensaciones de cansancio y sueño. También hubo sensaciones regresivas en las que por momentos apreciaba a un grupo de niños en la búsqueda de objetos perdidos, que al igual que ellos, yo tampoco encontraba. Es decir, la contratransferencia fue tanto positiva como negativa, generándome en ocasiones cierta paz y tranquilidad y en otros momentos inquietud, desconcentración, dificultad de comprensión, apatía, cansancio, sueño o sentirme desviado y confrontado cuando la contratransferencia era negativa. También hubo momentos de cierta sensación de seducción por mujeres, que abierta y detalladamente hablaban de su vida sexual. De igual manera, aprecie en mi persona-desde el encuadre- la posición superyoica que estaba actuando y que ponía límites desde el lugar del terapeuta y la institución.

5.2.1.7. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS

Con respecto a la intervención horizontal que incluye al grupo como un todo, ésta se presentó en ocho sesiones al igual que la vertical, aunque no en las mismas. Ello dependió de lo que en el momento consideré oportuno, por el contenido de la sesión. Mis intervenciones fueron básicamente de señalamiento o para dar información, apoyo y contención; y sólo en algunas ocasiones hice interpretaciones, las cuales correspondieron principalmente a la sesión de cierre, es decir al final del tratamiento hice señalamientos específicos. También señalé la resistencia al encuadre, lo que redundó, creo, en pocas deserciones y en el trabajo dinámico siempre dispuesto de los pacientes.

5.2.1.8. SUPERVISIÓN

Este rubro se divide en dos apartados: las estrategias terapéuticas y las prescripciones terapéuticas.

F: ... DE ORIGEN

La supervisión se dio en todo el proceso de grupo. En lo que respecta a las estrategias terapéuticas, hubo señalamientos en nueve sesiones, mismos que traté de llevar a cabo durante la clínica grupal y sólo en dos sesiones, se presentaron prescripciones terapéuticas específicas, de las que hubo señalamiento para con los pacientes y el cuidado del Tx.

Con respecto a las estrategias terapéuticas, hubo una escucha atenta y silente del supervisor, que me solicitaba exponer el material de las sesiones y explicar brevemente mis argumentos de porqué hacer mis anotaciones en ciertos rubros del tratamiento y hubo mayor énfasis en que mi labor terapéutica fuera lo más neutral posible y con pocas intervenciones, dejando que el grupo trabajara y me abstuviera en lo posible, para comprender mejor la transferencia y la contratransferencia.

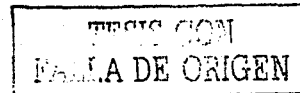
Los señalamientos que se me hicieron fueron directos, concretos como: promover las comunicaciones, (al inicio del tratamiento), romper los silencios prolongados, bajar la ansiedad del grupo, apoyar y no hostigar a los pacientes, cuidar los cierres de sesión, no entrar en conflicto con algún paciente, manejar la contratransferencia en lo posible, recapitular, apoyar y contener, cuidar las sesiones en que los pacientes exponían ideas suicidas y homicidas, advertencias ante mi desconcierto, apoyo a la complicada labor terapéutica, etc.

5.2.1.8.1. Prescripciones terapéuticas

Las prescripciones se presentaron en las sesiones 2 y 8. En ellas se instaba a promover cierres de sesión por los pacientes. Manejar el liderazgo que ejercía un paciente, señalándole su resistencia como líder para beneficio grupal.

5.2.1.9. OBSERVACIONES

Incluyeron avisos, por ejemplo: registrar la inclusión de los nuevos pacientes, registrar algunos detalles que a veces tenían correspondencia con el llenado del protocolo, se me advertía sobre la resistencia que en ocasiones no podía descubrir en las sesiones, hacer notas más precisas sobre lo sucedido en las sesiones, revisar qué pasaba con las inasistencias y hacer seguimiento, no involucrarme en situaciones ajenas al tratamiento. (por ejemplo situaciones administrativas), entre otras.



5.2.2. VIÑETAS CLINICAS INDIVIDUALES GRUPO B

El grupo estuvo constituido por un total de 11 pacientes

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

(1.B)

O.-. Masculino, soltero de 28 años. Terminó la secundaria. Se refiere creyente. O es un hombre de mediana estatura y con tendencia a la obesidad, su piel tiene un color ocre especial, sus ojos son pequeños y continuamente parpadea. Mece su cuerpo cuando algo le sorprende. Muestra interés por cualquier tema que se trabaje en el grupo y trata de racionalizar todos los contenidos de la sesión en las que refiere diversas lecturas que ha hecho y de las que ha entendido poco, puede citar a Edgar Alan Poe, con la biografía de Sandino, o algunos escritos de Descartes, mezcla una serie de eventos que no tienen correlación para la lógica común y que su pensamiento los hace conectar. Se interesa por la filosofía, la literatura, la historia, las matemáticas, la física, lee muchas revistas y ve programas de televisión con corte científico, como buen esquizofrénico trata explicar el mundo externo desde su mundo interno, específicamente desde el delirio de grandeza, situación que hace extensiva para el grupo. Por momentos sus argumentos tienen un contenido preciso, sin embargo el grupo le reclama que <no habla de él, o de sus vivencias, sólo lo hace a través de lo que sus lecturas le permiten incursionar> prácticamente el grupo le reclama autenticidad en sus vínculos, de la que O no puede argumentar. También el grupo le descubre su actitud resistencial de la que no se hace cargo obviamente. Es hipersensible a la crítica y al rechazo, prefiere racionalizar para no involucrarse afectivamente y así tomar distancia fácilmente se desestructura cuando se habla de la agresión hacia los animales, actos de los que curiosamente practica cuando se exacerbaban sus síntomas psicóticos.

Su resistencia es generalizada y poco se compromete, para poner en palabras su vínculo familiar de los que minimiza los conflictos, por lo que muestra una imagen idealizada de sus padres, con los que ha sostenido férreos conflictos de los que prefiere callar. Presenta ideas de daño e ideas de transmisión del pensamiento cuando el cuadro clínico se agudiza, tiene un diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

(2.B)

Gdo. Masculino, soltero, de 34 años. Se refiere testigo de Jehová. Es un hombre delgado, moreno claro de apariencia agradable. Es sumamente desconfiado y maneja una buena dote de ansiedad, que en ocasiones no puede controlar, fuma bastante durante todo el día y se incrementa su consumo de tabaco cuando lo rebasa la ansiedad. Por lo regular su lenguaje es coherente y se muestra congruente con sus contenidos del pensamiento, tiene capacidad para reconocer lo que sucede en el grupo, puede cuestionar, poner límites a otros pacientes, reconocer cuando otros se disgregan y puede hacer buenos resúmenes de las sesiones anteriores. Sin embargo no tiene capacidad para ver así mismo su insight es reducido, a pesar que puede reconocer la mayoría de sus síntomas y los conflictos familiares, no puede dimensionarlos y estructurarlos en su persona. Manifiesta una resistencia permanente, pregunta para no involucrarse, principalmente cuando el tópico de la sesión tiene un matiz sexual. Hay sesiones que no tienen que ver con sus ideas

delirantes de daño y fácilmente se involucra en la sesión, su conflicto sexual esta asociado a su identidad de genero y la impotencia sexual. El delirio de daño que es portador esta investido de la proyección, teme a ser envenenado, cuando al inicio de su padecimiento quiso envenenar a su progenitor con cianuro porque pensaba que este le hacia daño. A pesar de ello muestra interés por la psicoterapia y de múltiples maneras manifiesta la necesidad de conservar la comunicación e interacción social, ya que se refiere marginado de su grupo familiar y social. Puede reconocer la figura rígida y ambivalente de su progenitora, mientras que su padrastro lo refiere con una actitud condescendiente. Por momentos expresa la relación incestuosa entre sus medios hermanos de la que después tiende a desmentir. En el grupo se relaciona con facilidad la mayor parte de los pacientes lo consideran <un buen paciente> que solo por momentos se desconecta y presenta soliloquios. Tiene un diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

(3.B)

Ra. Masculino, soltero, de 21 años, católico. Con estudios de preparatoria tiene tres hermanos de los que habla poco. Es el hombre más joven del grupo Es moreno delgado, alto de facciones faciales finas, llaman la atención en primera instancia las contorciones físicas por compromiso en la coordinación motora fina y su comunicación es lenta y entorpecida, por los efectos extrapiramidales del medicamento, contorsiona el cuello y las extremidades superiores principalmente. Su lenguaje da la impresión de cierta similitud de los pacientes con parálisis cerebral, sin embargo no es así, no hay correlato clínico al respecto, ni fundamento clínico diagnóstico en esta entidad nosológica. Muestra marcada inseguridad producto de la advertencia que tiene de su comunicación entorpecida. Puede seguir al grupo y hacer breves comentarios atinados sobre lo que sucede en las sesiones, su resistencia es notable al grado que al inicio del tratamiento solicita hablar conmigo a solas para informar su deserción al grupo, prácticamente se presenta en las dos primeras sesiones para despedirse del grupo y regresar a la última sesión como si no pasará nada. Tiene un diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

(4.B)

Jo. Masculino, de 22 años, tiene estudios de preparatoria, no trabaja y refiere que es testigo de Jehová. Es un hombre joven es moreno claro de talla media distraído y ensimismado, la mayor parte del tiempo se pasa con la boca abierta. Su participación en el grupo es concreta responde a preguntas directas que el grupo y el terapeuta le hacen, sólo habla lo que considera necesario sigue al grupo y una pequeña libreta toma apuntes a manera de memoria escrita de lo sucedido en el grupo. El grupo lo interpreta como callado y lo tildan de que <tiene la boca abierta, para llamar la atención y expresar que esta enfermo>, se involucra fácilmente cuando las sesiones tienen que ver con uno de sus conflictos principales, desea vehementemente tener una novia y se muestra incapaz de relacionarse, reconoce que al inicio de su padecimiento cuando por primera y única vez se quiso involucrar sentimentalmente la mujer que eligió terminó como parte del complot de las personas que suponía le querían hacer daño, aún así busca la compañía afectiva y desea sexualmente, se refiere casto y reconoce masturbase continuamente para pagar su deseo sexual, su sexualidad al igual que la mayoría del grupo es autoerótica, es decir de objeto parcial. Poco habla de su familia y considera a su

TENER CON
FALLA DE ORIGEN

FALLA DE ORIGEN

madre como una < buena mujer > que lo acompaña en todo momento y los asiste, su relación maternal es simbiótica, situación que él reconoce y de lo que se refiere agradecido, ya que sin ella se siente indefenso, curiosamente en sus brotes psicóticos la ha agredido física y verbalmente, como si quisiera destruir el objeto que lo gratifica, como sucede en muchos casos con pacientes psicóticos. Su relación con el grupo es respetuosa y condescendiente con el terapeuta, saluda de manera afectiva al inicio y al final de la sesión.

(5.B)

Ita. Femenino, soltera de 39 años, estudió la carrera de medicina. Se refiere católica y trabaja en una papelería de patrimonio familiar. Es una mujer blanca obesa de mirada expectante y suspicaz, puede presentar una gama diferente de sentimientos en el grupo, manifiesta gusto, satisfacción, enojo, rabia rechazo, y sus estudios médicos le proveen de cierta capacidad de análisis que no tiene la mayoría del grupo, argumenta sus intervenciones con algunos pasajes de su conocimiento médico y se involucra de manera interesada en la psicoterapia y trata de reconocer lo que sucede en su persona y en las sesiones, expresa en el grupo mantener un amor platónico del que se siente orgullosa y reconoce los dobles mensajes que le expresan sus padres, esta ambivalencia la confunden y le generan una mezcla de sentimientos encontrados, tiende a estado depresivos, principalmente ante las eventuales salidas de vacaciones de sus progenitores, por lo que se hunde en ideas de minusvalía y desamparo y rencor, reconoce su dependencia materna, al igual que otros pacientes reconoce una relación de tipo simbiótica de la que no puede prescindir. En el grupo confronta tanto a los hombres como a las mujeres, por momentos deja ver la estructura severa del superyó en los temas relacionados a la sexualidad y las drogas de los que rechaza y desapruaba de manera radical, considera que la sexualidad es pervertida y no hay nada mejor que las relaciones sentimentales, se enoja con facilidad cuando el grupo expone asuntos sobre la homosexualidad, que a ella de manera directa le atañen y que iniciaron parte de su padecimiento. en el grupo se muestra como líder informativo y también esconde en su rol la resistencia de la que es portadora. Con las mujeres se muestra condescendiente y les da consejos mientras a los hombres que consideran < más locos >, los arremete verbalmente. Como lo ha hecho con su progenitor con el propio terapeuta que en una sesión manifiesto, < prefiero que se muera usted >, a pesar de la transferencia negativa de esa sesión su actitud cambio para conmigo y después de las sesiones me busca para hacerme breves comentarios de la vida cotidiana.

(6.B)

Pa. Femenino de 36 años, es casada tiene tres hijos. Estudió la secundaria, se dedica al hogar y se refiere católica. Es una mujer morena clara seria y desconfiada, sin embargo es empática con el grupo. Expresa un relato afectivo acerca de ideas de daño y referencia que sus vecinos dice le afectan, reconoce que cela a su pareja y otras mujeres la < envidian por que su marido es guapo y trabajador, por lo que se lo quieren quitar >. Sus argumentos convencen al grupo acerca del sufrimiento que vive por las ideas de daño y el grupo fácilmente se torna complaciente, le dan consejos y la consideran una víctima.

TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN

Situación que ella aprovecha para detallar su vínculo de pareja y vecinal, situación que al grupo le permite la resistencia, prefieren escucharla que involucrarse de manera más activa. pide ayuda de manera intermitente y demandante, se siente incapaz de vivir con la responsabilidad familiar de la crianza de sus hijas de quienes supone también envidian y hacen daño sus vecinos. Prácticamente entra al grupo para despedirse dice que solo asistirá al grupo una vez por semana, situación que obviamente no llevó a cabo. Tiene un diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

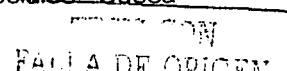
(7.B)

La. Femenino de 20 años, soltera, con estudios de preparatoria, es desempleada y se refiere católica. **La** es una mujer joven de talla media, con tendencia a la obesidad de rostro agradable y fácilmente se sonroja cuando los hombres del grupo la cortejan y la piropean. Es portadora de una ansiedad flotante y manifiesta, continuamente tartamudea y a veces comenta que no entiende lo que expresa el grupo y solicita se le aclaren las intervenciones. Es seductora y celosa, con su pareja, en el grupo y con el terapeuta, que reconoce abiertamente cuando saludaba al personal femenino de la institución. Sus relatos tienen un contenido sexual y agresivo principalmente, reconoce su falta y control en la esfera pulsional, ha agredido a su progenitora y hermano, también un gato al grado de ahorcarlo, destruye objetos y se dice enamorada desde su pubertad de un vecino que la ignora y que el grupo le refiere < que esta obsesionada y lo olvide >, situación a la que ella no va a renunciar como lo manifiesta. Fácilmente cae en estados depresivos con un llanto estremecedor, que el grupo contiene y apoya de manea incondicional. En el grupo fue fuente de trabajo terapéutico asociada a los fantasmas de seducción y castración, reconoce haber sido abusada sexualmente por un grupo de vecinos y cuando lleva al claro del grupo la castración el grupo se desentiende utilizando el mecanismo de la desmentida. Al igual que la mayoría del grupo presenta alucinaciones auditivas y temor a la gente porque le hacen daño. Tienen un diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

(8.B)

Ma. Masculino de 37 años, soltero, con estudios de secundaria, desempleado, pensionado, se refiere católico. Es un hombre moreno de talla media con tendencia a la obesidad. Su aspecto es desaliñado y reconoce tener carencias afectivas, económicas y es marginado las decisiones familiares. El consumo de drogas lo ha llevado aun deterioro cognoscitivo importante, fácilmente se disgrega y se torna incoherente, sin embargo, tiene momentos de lucidez que aclara situaciones en los tópicos grupales. Busca a través de la proyección y el delirio culpables externos de su padecimiento, dice que la gente es mala por naturaleza y los conflictos sociales son responsables de su consumo de drogas. En el grupo manifiesta un interés abierto por temas sociales de marginación y desprecio total a cualquier forma de control y manipulación social. Refiere una vida familiar carente de apoyo, afectividad y comunicación, reconoce que desde niño le permitieron hacer lo que quiso, reconoce que le faltan límites y durante sus crisis ha podido sobrevivir como indigente en las calles de esta ciudad que vive como una boca que traga a cualquiera. Hasta al más avezado.

Busca comprensión apoyo y afecto del grupo sin poder reconocerlo y continuamente se lamenta de la falta de oportunidades educativas, laborales y sociales. Busca



vehementemente establecer una relación de pareja de lo que hace poco para conseguirla, ya que lo piensa sin buscar contactos sociales. Tiene un diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento por uso de múltiples sustancias.

(9.B)

Na. Femenino de 29 años, soltera, con estudios de preparatoria, desempleada, se refiere católica. Es morena de frente muy amplia y una mirada profunda. Es hipersensible al rechazo y muy desconfiada, se considera una mujer sumamente atractiva y desea hijo, que en sus brotes psicóticos manifiesta como real. Muestra ideas rígidas sobre la religión y el deber ser sin llegar a ser delirante al respecto, fácilmente se impacienta y ante el enojo prefiere no responder al grupo, por lo que se refugia en su mundo interno. Por otra parte se siente responsable del cuidado de su hermano menor que tienen síndrome de Down. Proviene de una familia con antecedentes psicopatológicos importantes tiene otra hermana con un trastorno psiquiátrico del que se sabe poco, y su progenitora se encuentra confundida con tres hijos con padecimientos sustantivos que han marcado su vida. Su progenitor abandonó el hogar y no sabe de él. **Na** en el grupo rechaza cualquier cuestionamiento que el grupo le hace, ya sea del ámbito familia o personal en lo referente a su deseo de tener un hijo, se ha convertido una idea mágica de embarazarse sin pareja, ni de cualquier otro método.

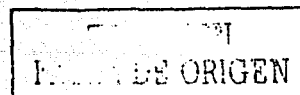
Cuando se encuentra en brote psicótico, se muestra delirante con ideas de daño, se torna disruptiva, agresiva y pasa períodos de un llanto profundo con matiz infantil y desesperado que ensombrece a cualquiera. La paciente tiene un diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

(10.B)

Fx. cambia del Grupo A al Grupo B, porque dice que se confunde de la hora del tratamiento. Su viñeta clínica ya se encuentra documentada en el grupo A.

(11 B)

So. Es femenino de 28 años fue invitada al grupo por el equipo multidisciplinario, para que pudiese explorar su padecimiento. De ella se sabe poco no hay antecedentes de un expediente clínico, y sólo se presenta en una sesión de grupo, donde manifiesta que inició su padecimiento cuando cuidaba a un sobrino, después se tornó agresiva delirante con ideas de daño y generalizó la idea pensando que los vecinos podrían afectar a sus hijos. No muestra interés en el grupo y no ha mostrado adherencia terapéutica a ningún tipo de tratamiento. Tiene un diagnóstico de esquizofrenia paranoide

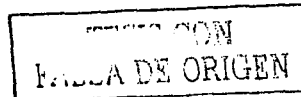


GRUPO B

Tabla No 16.- Resultados de aparición de ocurrencia por rubros del protocolo por sesión. Grupo B.

I. TEMAS	Sesión									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.1. Síntomas y confesiones	X	X	X	X	X		X	X	X	
1.2. Psicología de valores								X		
1.3. Situaciones de emergencia									X	
1.4. Perspectiva histórica						X				X
1.5. Consejos		X			X	X		X		X
1.6. Relato y análisis de sueños										
II. RELATORIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.1. <i>Contenido manifiesto</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.2. <i>Contenido latente:</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.2.1. <i>Mecanismos de defensa</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Psicóticos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.2.2. <i>Síntomas</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
delirios y alucinaciones	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
III. PROCESOS GRUPALES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.1. <i>Resistencia grupal</i>	X	X	X		X	X	X	X		X
3.2. <i>Supuestos básicos</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.2.1. Dependencia						X		X		
3.2.2. Ataque-fuga	X	X	X	X		X	X			
3.2.3. Apareamiento					X				X	X
3.3. <i>Grupo interno</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.3.1. Imagen del cuerpo	X									
3.3.2. Fantasmática originaria:										
3.3.2.1. Intrauterino										
3.3.2.2. Escena primaria										
3.3.2.3. Seducción										
3.3.2.4. Castración					X					
3.3.3. Complejos familiares					X	X	X			
3.3.4. El aparato psíquico					X			X	X	X
3.4. <i>Ilusión grupal</i>										X
IV. TRANSFERENCIA CONTRATRANSFERENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.1. T. central (monitor)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.2. T. lateral (los otros)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.3. T. el grupo (grupal)	X	X	X	X	X	X	X		X	X
4.4. T. objeto exterior (mundo externo)	X	X	X	X	X	X	X	X		X
4.5. <i>Contratransferencia.</i>	X	X	X	X	X	X		X	X	
V. INTERVENCIONES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.1. <i>Horizontal</i>	X		X	X	X	X	X	X	X	X
5.2. <i>Vertical</i>	X		X	X	X	X		X	X	X
VI: SUPERVISION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.1. <i>Estrategias terapéuticas</i>	X		X	X		X	X	X	X	X
6.2. <i>Prescripciones terapéuticas.</i>			X	X		X				
OBSERVACIONES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		X	X	X	X	X	X		X	

GRUPO B



5.2.2.1. Viñetas del Grupo B como un todo

En el grupo B, predominó la agresión verbal que fue documentada en el <supuesto básico de ataque y fuga>, variable que influyó en la deserción de algunos pacientes. A pesar de mis esfuerzos por apoyar, contener y reconocer²²⁰ el supuesto básico, no se pudo evitar la deserción y quedaron los menos vulnerables al ataque y la fuga. En este grupo, se hizo patente que los líderes se encargaron de manera inconsciente, de eliminar a quien no tuviese la capacidad para soportar la confrontación, que junto con la resistencia, la desconfianza y la apatía, se convirtieron en variables que contribuyeron a la deserción. Situación que generó que se buscara a los pacientes sin que éstos respondieran al llamado.

Por otra parte el mecanismo de la proyección se convirtió en verdadero aliado defensivo para los líderes, que fue un refugio seguro, del cual hacían uso para eliminar a otros miembros del grupo y quejarse del mundo externo, como responsable y culpable de padecimiento y conflictos. El ataque también se hizo manifiesto de manera directa hacia la figura terapéutica²²¹, Valiente (1987:39) comenta al respecto, "el grupo trata de que el terapeuta juegue ese rol; y al no entrar en ese juego, buscan un líder en el propio grupo, del cual suele emerger como caudillo, un individuo con importantes rasgos paranoides".

5.2.2.2. Topología del espacio grupal

La 17 ilustra que la mayor parte del tiempo el grupo ocupa los mismos lugares, y sólo los pacientes que llegan como nuevos se acomodan donde hay lugares disponibles. Casi al final del tratamiento, les pregunto por qué ocupan los mismos lugares y expresan que no saben, después expresan que por costumbre. Negándose el grupo de manera abierta para reflexionar al respecto, pero quizá se deba a que el carácter de su ubicación es inconsciente y éste no les permita su acceso. Por otra parte el enojo y la agresión que porta el grupo es avasalladora, al grado de no permitir cuestionamientos externos.

O se convirtió en un líder resistencial que confrontó mi labor terapéutica y expresó <si estuviera aquí X, le va más a un sacerdote que a usted>, se refería a mi silencio. Mientras en otra sesión Ita deseaba mi muerte de manera manifiesta. Al igual que el grupo B, la líder formal se sentó frente a mí, quizá como una posición de desafío. Por otra parte Gdo, un líder carismático se escondía en el grupo con preguntas; sus intervenciones cuestionaron al grupo, pero no se pudo ver así mismo. Fx continuó con su función fórica de porta síntomas, mientras que La asumió los afectos depresivos del grupo. Jo se mantuvo silente y los pacientes resistentes junto con un seguidor finalmente desertaron al grupo (**Ra, Pa, Na, So y Ma**), que fueron los más sensibles al rechazo y la desconfianza imperaba en ellos, finalmente respondieron

²²⁰ Valiente (1987:39) el supuesto básico, "al no ser expresado, debe ser <leído> y entendido por el terapeuta, para una mejor comprensión del fenómeno grupal. Decimos <leído> y entendido como tarea del terapeuta y no interpretado, porque no siempre resulta oportuno, otra cosa es que lo percibamos y que lo tengamos en cuenta para a la hora de trabajar"

²²¹ Como se puede observar en la viñeta del grupo en lo referente al supuesto básico de ataque-fuga

con la huida ante el ataque y cuestionamiento de los líderes. La tabla 9 ilustra la disposición de los lugares que ocuparon.

Tabla No. 17.- Topología del espacio grupal. Grupo B.

PARTICIPANTES		TOPOLOGIA DEL ESPACIO GRUPAL
1	O. Líder resistencial	
2	Gdo. Líder carismático	
3	Ra. Resistencial* ²²²	
4	Jo. Silente	
5	Ita. Líder formal (f) ²²³	
6	Pa. Resistencial* (f)	
7	La. Seguidor afectivo (f)	
8	Ma. Seguidor	
9	Na. Resistencial*(f)	
10	Fx. Porta síntomas*	
11	So. Resistencial*(f)	
T=TERAPEUTA		CT=COTERAPEUTA
		O=OBSERVADORES

5.2.2.3. TEMAS

Los temas se trabajaron conforme al modelo propuesto por Bach (1974), y se obtuvieron los siguientes resultados: siete sesiones ocupadas por el grupo para trabajar sobre *síntomas y confesiones*; mientras que el segundo lugar lo ocupó el tema de *consejos* con cinco sesiones; la *perspectiva histórica* se vio en dos sesiones y los temas de *psicología de valores y situaciones de emergencia* les correspondió una sesión a cada uno.

Es importante recordar que los temas varían entre una sesión y otra, y pueden trabajarse varios temas en la misma sesión. Por otra parte, estas categorías de los temas tienen especificaciones que el grupo trabaja, por ejemplo, se planteó la regla fundamental psicoanalítica, se trabajaron: los síntomas, el inicio y el curso del padecimiento, ¿cómo mejorar la salud?, la vivencia de la psicosis, la amistad y los novios, ¿qué hacer cuando hay desamparo de los padres? (cuando los padres mueren), la familia, el dinero, la muerte, el sexo, la motivación.

5.2.2.4. LA RELATORIA

Esta conformada por el <contenido manifiesto y el contenido latente>, este último se subdivide en *mecanismos defensivos y síntomas*, que son de carácter individual, mientras el contenido latente tienen un carácter grupal.

²²² El asterisco representa a los pacientes que desertaron al grupo
²²³ la letra f entre paréntesis significa femenino.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

Todas las sesiones presentan un contenido manifiesto y latente, lo cual está por demás advertirlo.

5.2.2.4.1. Contenido manifiesto

Los contenidos manifiestos estuvieron sujetos a los temas propuestos por el grupo, aunque en algunos momentos el grupo se fue por la tangente, situación propia en este tipo de categorías nosológicas.

5.2.2.4.2. Contenido latente

Los contenidos latentes no se pueden homologar o estandarizar, ya que son producto del inconsciente, y representan el mensaje o la comunicación propia de los fantasmas del grupo.

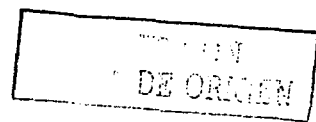
Los contenidos latentes fueron diversos y se podrían enunciar de manera como se presentaron, por ejemplo: la pérdida o el bajo control de la esfera pulsional, la intolerancia ante el padecimiento, el origen de la enfermedad, el mundo externo como persecuidor, el horror de vivir la psicosis, las relaciones parciales de objeto, la libido autoerótica, la regresión narcisista, la dificultad o imposibilidad de libidinizar los objetos, la muerte de los padres y la angustia que ello deriva, el desamparo, el abandono de los psicóticos los lleva al suicidio, la negación y la desmentida del padecimiento, la intolerancia ante los conflictos intrafamiliares, la rigidez paterna y del paciente, lo incapacitante del padecimiento, la depresión como respuesta a la separación, la invalidez que viven por el padecimiento, la muerte da paso a la vida, el placer de la pulsión parcial, las fuentes del placer-dolor, la defensa maniaca ante el final del tratamiento.

5.2.2.4.3. Mecanismos de defensa

Los mecanismos defensivos son parte constitutiva de los seres humanos, situación por la que siempre se manifiestan para protección del individuo ante el peligro. Los mecanismos defensivos que predominan en el grupo son arcaicos y se presentan comúnmente en la psicosis, los pacientes mostraron: la proyección, la negación, la desmentida de una parte de la realidad, la identificación, promovidos básicamente por mecanismos regresivos a fases del desarrollo libidinal del autoerotismo.

5.2.2.4.4. Síntomas

Los síntomas se manifestaron en todas las sesiones, predominando los de patología psicótica, como son: los delirios, las alucinaciones, la desconfianza, la incoherencia, la incongruencia, la agresión verbal, la despersonalización. Asimismo, otros síntomas que se presentan en cualquier patología como: la minusvalía, la ansiedad, el miedo, la inseguridad, la impotencia sexual, el bajo rendimiento escolar, el insomnio, la cefalea, la apatía, la depresión



5.2.2.5. PROCESOS GRUPALES

Se subdividen en: *la resistencia grupal, los supuestos básicos, el grupo interno y la ilusión grupal.*

5.2.2.5.1. Resistencia grupal

La resistencia grupal fue evidente en nueve sesiones, por ejemplo abandono del tratamiento durante la sesión. También se hizo manifiesta por las llegadas tarde y el abandono del grupo después de haber participado en algunas sesiones o con silencios, o con las preguntas de los líderes para no involucrarse y perderse en la sesión. Lo anterior claro, en contra del encuadre psicoanalítico, el cual se reforzó, incluso se hizo algún seguimiento administrativo en este grupo, habiendo pobres resultados al respecto.

5.2.2.5.2. Supuestos básicos

Los supuestos básicos son. *de dependencia; de ataque-fuga y de apareamiento*

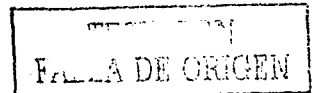
Los supuestos básicos se presentaron en nueve sesiones, predominando el supuesto básico de ataque y fuga en seis sesiones, seguido del supuesto básico de apareamiento en tres sesiones, y finalmente el supuesto básico de dependencia, el cual se presentó en dos sesiones.

Los afectos inconscientes expresados en el grupo, ejemplifican claramente la intensidad de las representaciones y las agresiones manifestadas en el grupo. El supuesto básico de ataque y fuga influyó en la numerosa desertión de los integrantes, y en las frecuentes inasistencias. Fue un grupo de difícil manejo, que rebasó mi labor terapéutica, y a pesar del apoyo y contención, no siempre resultó la mejor forma de trabajo. Los resultados son patentes en el tratamiento, sin embargo se puede decir que fue un grupo que trabajó dentro de la agresión. El grupo que quedó se compactó y prácticamente corrió a los que no estaban lo suficientemente fuertes para tolerar el proceso de continua confrontación.

5.2.2.5.3. Grupo interno

El grupo interno se subdivide en cuatro apartados: *la imagen del cuerpo; la fantasmática originaria, los complejos familiares y el aparato psíquico grupal.* Sólo la <fantasmática originaria> tiene cuatro rubros que son: *la intrauterina; la escena primaria; la de seducción y la de castración.*

El grupo interno se hizo patente en siete sesiones del tratamiento, predominando el rubro del aparato psíquico grupal en cuatro sesiones. Posteriormente los complejos familiares en dos sesiones y finalmente la fantasía de seducción y la imagen del cuerpo en una sesión cada uno. La imagen del cuerpo es transferida como persecutoria, la fantasía de seducción fue manifiesta a través del deseo sexual de algunas personas nubles dentro del grupo. También se presenta la prohibición del incesto y la castración, con cierto sentimiento de culpa; mientras que el aparato



grupales se manifestó como instancias escenificadas por alianzas inconscientes, establecidas por miembros del grupo que jugaron papeles de superyó y ello, básicamente.

5.2.2.5.4. Ilusión grupal

Se presentó en la última sesión del tratamiento, en la que el grupo es visto como un lugar de libertad, de estancia, de movimientos y desplazamientos de la vida interna, el trabajo, la amistad, el deporte y la comunicación parecen actividades que reconocen propias de su vínculo (o cuando menos lo que desean), el grupo se refiere estar de buen ánimo y motivado²²⁴. Donde todo está bien aparentemente.

5.2.2.6. TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

Este apartado incluye dos secciones: la transferencia y la contratransferencia.

5.2.2.6.1. Transferencia

La transferencia grupal fue manifiesta en todo el tratamiento. La central (con el monitor) en las diez sesiones y la transferencia lateral, en nueve; el grupo y un objeto externo, en cada rubro.

Se presentaron con el monitor tanto transferencia positiva como negativa, sin que se pudiera documentar con precisión el porcentaje de cada una de estas modalidades, y de esta transferencia (dirigida al terapeuta), por ejemplo: "si estuviera aquí X, le va más a un sacerdote que a usted" (sic).

La transferencia lateral se muestra en la viñeta de la sesión 3, la relación filial es amenazante, se torna hostil y agresiva. La sesión entre iguales y terapeuta. Dice un paciente "qué horror, estás como el libro de Edgar Allan Poe, El Gato Negro. Se puede leer, "qué horror estás como la razón de la muerte (la pulsión)". El paciente se quejaba de otra paciente por haber ahorcado a un gato. Él era sensible al dolor de los animales, en una sesión lloró y se tornó incoherente al escucharlo (sesión 3). Ejemplo de la transferencia de grupo, el grupo se vive como sensible ante los cambios que les produce el padecimiento (sesión 4).

Transferencia de un objeto externo, la sociedad se ve como amenazante ante la falta de los padres, "es mejor renunciar a la vida (suicidarse) o dejarse llevar por la enfermedad".

5.2.2.6.2. Contratransferencia

La contratransferencia con este grupo, predominó el ataque al terapeuta y al grupo por el grupo. A pesar de mis esfuerzos por apoyar, contener y comprender, el grupo pasó la mayor parte del tiempo atacando a la figura terapéutica, situación que al paso de las sesiones genera cierta sensación de impotencia y fracaso. Sin embargo

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

²²⁴ Ver sesión 10 Grupo B, la ilusión grupal protocolo.

en otros momentos fui apoyado y motivado por mi labor, desde la supervisión. Los afectos hostiles, agresivos y desafiantes de los pacientes, me provocaban tomar distancia. En alguna ocasión respondí y jugué el juego que el grupo quiso que llevara a cabo, el del padre severo, que cuestiona y pone en evidencia a sus hijos, situación que me fue señalada y que traté de reparar a lo largo del tratamiento, mientras el grupo se destruía, y aniquilaba a los más vulnerables que desertaban pronto.

En otras ocasiones, desde la transferencia el grupo me asignaba el rol materno de la protección y de los cuidados, y de no cumplir con la función materna, amenazaban con el suicidio, situación que, afortunadamente, en el plano real no sucedió.

5.2.2.7. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS

Las intervenciones de tipo horizontal, es decir al grupo como totalidad, se presentaron en nueve sesiones del tratamiento, mientras que las intervenciones verticales o individuales, se presentaron en ocho sesiones.

Las intervenciones de tipo <horizontal> respondieron a las necesidades del grupo. Al inicio mi labor fue generar un ambiente terapéutico, proporcionar el encuadre y trabajar desde allí. Posteriormente fui silente y por momentos promovía la comunicación. Finalmente, recapitulé el tratamiento con el grupo, haciendo interpretación del grupo como un todo, que fueron aceptadas en lo general.

En lo <vertical> o individual, promoví devoluciones, señalamientos e interpretaciones de manera inconsciente cortas y caigo en el juego de agresor con un paciente. Al final, creo haber resuelto parcialmente el conflicto.

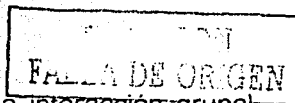
5.2.2.8. SUPERVISION

Este rubro se divide en dos apartados: las estrategias terapéuticas y las prescripciones terapéuticas.

Las estrategias terapéuticas se presentaron en nueve sesiones del tratamiento, mientras que las prescripciones terapéuticas en tres sesiones.

5.2.2.8.1. Estrategias terapéuticas

Las estrategias básicamente se dirigían al inicio a promover la interacción grupal, que contribuía con un ambiente terapéutico, expresar algunos señalamientos a fin de evitar confrontaciones en el grupo, apoyar, contener y manejar las agresiones, involucrar a los más silentes en el grupo, buscar las causas de que el grupo se fuese desintegrando, revisar el grupo como un todo y buscar las fallas en el tratamiento.



5.2.2.8.2. Prescripciones terapéuticas

Al igual que la supervisión, fueron con un sentido técnico de mantener al grupo en un ambiente cordial y terapéutico, por lo que se me sugería por ejemplo, manejar la

relación contratransferencial, no actuar la agresión en contra de los pacientes, promover la participación de los silentes, revisar qué pasaba con las inasistencias, apoyar al grupo en estados depresivos y afectos incontrolados.

GRUPO C

5.2.3. VIÑETAS CLINICAS INDIVIDUALES GRUPO C

El grupo estuvo constituido por un total de 15 pacientes, es conveniente aclarar que 13 de ellos estuvieron en los grupos A y B, y solicitaron continuar con la psicoterapia, situación a la que accedí, por lo que no es necesario repetir las viñetas clínicas, ya que cada paciente tiene codificado un número a su clave que lo identifica. Entonces en esta sección sólo se incluyen tres viñetas clínicas de pacientes adicionales (que se unieron al grupo).

(1.C)

Ro. Femenino soltera de 32 años, con estudios trancos de preparatoria, es desempleada. Se refiere católica. Es morena de talla baja y con tendencia a la obesidad, su mirada es atenta, se muestra cortés y respetuosa en el grupo, por momentos su risa parece hueca, sin embargo es entusiasta, el grupo no sabe por que se encuentra en psicoterapia, la consideran <sana>. En el grupo se comporta como la <niña buena>, hace resúmenes de todas las sesiones y se ha encargado entregarlos por escrito y como si fuera una tarea. En su redacción es fácil encontrar la proyección y la modificación de suceso que no se presentaron en el grupo y que ella pone en escena desde su mundo interno. Trata de quedar bien el grupo y lo logra es condescendiente y la mayor parte de sus intervenciones son breves y en ocasiones sustanciales, puede reconocer los que sucede en el grupo, pero le dificulta reconocer a sí misma, ha presentado alucinaciones, e ideas de daño, sin embargo en el grupo mantiene la cordura, minimiza su padecimiento, aunque por momentos lo pude manifestar, sólo en una ocasión se torno incoherente e incongruente, con la figura terapéutica muestra una conducta de total disposición de apoyo, comenta que <me estima mucho y que de cierta manera me quiere>, el grupo la escucha y opta por vacilarla sin que ella de cuenta de lo sucedido. Reconoce con claridad la conflictiva con sus hermanas, que dice le tienen envidia y se agreden verbalmente. Coquetea con otro paciente y se muestra agradecida cuando responden a su coqueteo. Tiene un diagnóstico de esquizofrenia paranoide

(11.C)

Jl.-Masculino, soltero, de 27 años, católico. Estudió hasta el 4º. Semestre de Bachillerato y actualmente está desempleado. Es un hombre alto moreno obeso, con una actitud de vigilancia y de aspecto descuidado. Cuando ingresa al grupo se muestra resistente, pero pronto habla de sus temas preferidos, el rock, la vida disipada, el consumo de marihuana y sus alteraciones mentales, comandadas por ideas delirantes y alucinaciones en los que se comunica con los animales, especialmente con los gallos de los que emula a manera onomatopéyica. Puede llevar al grupo a la risa y a la hilaridad cuando habla como gallo y desde allí manifiesta sus ideas delirantes.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

Su rol en el grupo es de seguidor y responde abiertamente a preguntas que el grupo le hace sobre asuntos de drogas, sexo y conductas antisociales. Fácilmente se adapta al grupo y al trabajo a pesar de haberse presentado casi al final del tratamiento. Presenta un diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

(13.C)

Po masculino de 42 años es católico, casado y estudió hasta el tercer semestre de psicología, trabaja como vigilante. Es delgado y de talla media, se muestra sonriente y sólo se presenta en una ocasión casi al término del tratamiento. En el grupo se muestra respetuoso de las participaciones grupales puede reconocer varios síntomas que le aquejan de corte paranoide y de rencor hacia su pareja, se da cuenta de que los mensajes que recibe de la TV y las computadoras no son reales. Sin embargo cuando su cuadro psicótico se exagera rompe con la realidad y su juicio es pobre respondiendo al imperio del proceso primario que desde las alucinaciones y delirios le dice que es una persona importante y que la gente le quiere extraer sus conocimientos. En el grupo se relaciona de manera cordial, y su atención y comprensión son adecuadas y ayuda al grupo a resolver algunas cuestiones, que quizá se deba un tanto a que estudió algunos semestres de psicología, y esto le dio cierto rango de cuestionamiento y de búsqueda personal. Presenta un diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

FALLA DE ORIGEN

GRUPO C

Tabla. No. 18.-Resultados de aparición de ocurrencia por rubros del protocolo por sesión. Grupo C

I. TEMAS	Sesión									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.1. Síntomas y confesiones	X	X	X	X		X	X	X	X	X
1.2. Psicología de valores				X	X				X	
1.3. Situaciones de emergencia	X				X		X			
1.4. Perspectiva histórica		X	X			X		X		X
1.5. Consejos							X			
1.6. Relato y análisis de sueños										
II. RELATORIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.1. <i>Contenido manifiesto</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.2. <i>Contenido latente:</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.2.1. <i>Mecanismos de defensa</i>	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Psicóticos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.2.2. <i>Síntomas</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Delirios y alucinaciones	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
III. PROCESOS GRUPALES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.1. <i>Resistencia grupal</i>		X	X			X	X		X	X
3.2. <i>Supuestos básicos</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.2.1. Dependencia		X				X	X	X		
3.2.2. Ataque-fuga			X							X
3.2.3. Apareamiento				X					X	
3.3. <i>Grupo interno</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.3.1. Imagen del cuerpo								X		X
3.3.2. Fantasmática originaria:										
3.3.2.1. Intrauterino										
3.3.2.2. Escena primaria										
3.3.2.3. Seducción				X					X	
3.3.2.4. Castración										
3.3.3. Complejos familiares	X	X	X				X	X		X
3.3.4. El aparato psíquico						X		X		
3.4. <i>Ilusión grupal</i>										X
IV. TRANSFERENCIA CONTRATRANSFERENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.1. T. central (monitor)	X	X	X	X		X	X	X	X	X
4.2. T. lateral (los otros)	X	X				X	X	X	X	
4.3. T. el grupo (grupal)	X	X	X	X	X		X	X	X	X
4.4. T. objeto exterior (mundo externo)	X	X	X	X			X	X	X	
4.5. <i>Contratransferencia.</i>	X	X	X	X	X	X		X	X	X
V. INTERVENCIONES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.1. <i>Horizontal</i>	X	X	X			X				X
5.2. <i>Vertical</i>			X	X				X	X	X
VI: SUPERVISION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.1. <i>Estrategias terapéuticas</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6.2. <i>Prescripciones terapéuticas.</i>	X	X				X				
OBSERVACIONES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	X	X	X	X	X		X	X	X	X

1. LEA DE ORTIZ

GRUPO C

5.2.3.1. Viñetas del Grupo C como un todo

El grupo C se constituyó a partir de los pacientes que se encontraban tanto en el grupo A como en el B y que deseaban continuar el tratamiento, situación que prometía ser un grupo amplio y de un grado importante de participación. En este grupo se pudo comprobar de manera más evidente el término propuesto de la <realidad psíquica grupal> hecho por Kaës, quien expresa que el grupo es productor de sus propios vínculos y de los fenómenos resultantes de la agrupación, como son. <los supuestos básicos, la ilusión grupal, el grupo interno>, entre otros. Es importante recordar que la realidad psíquica grupal se da independientemente de los elementos que conforman el grupo es decir, no importan los participantes que conforman los grupos A, B o C, en todos ellos la agrupación va a generar cierto tipo de vínculos, como los supuestos básicos o el grupo interno. Esto viene a colación, ya que el grupo se caracterizó por continuas entradas y salidas de participantes; y en todas las sesiones, a pesar de que no fueron siempre los mismos integrantes, se pudo <constatar la realidad psíquica grupal>.

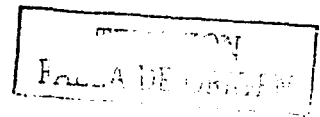
El grupo C se caracterizó también por un trabajo terapéutico más ligado a los <síntomas> y a la revisión <histórica familiar> de sus vínculos. Esto se puede entender como una etapa en la que la cultura terapéutica es reconocida por el paciente, y el grupo ocupa el tiempo, el espacio y el tratamiento con toda la extensión del término terapéutico, lo cual no significa que deje de haber resistencias y deserciones; más bien este argumento se refiere a la disposición terapéutica de los pacientes hacia la regla fundamental del <dispositivo grupal>.

5.2.3.2. Topología del espacio grupal

La tabla 19 ilustra los lugares que ocuparon los pacientes fueron similares a los que habían preferido en el grupo del cual procedían. Si pudiéramos traslapar de manera imaginaria los círculos de la topología grupal del grupo A y el B, confirmaríamos esta observación. El significado al respecto no queda claro, sin embargo los roles que jugaron en ambos grupos fueron los mismos.

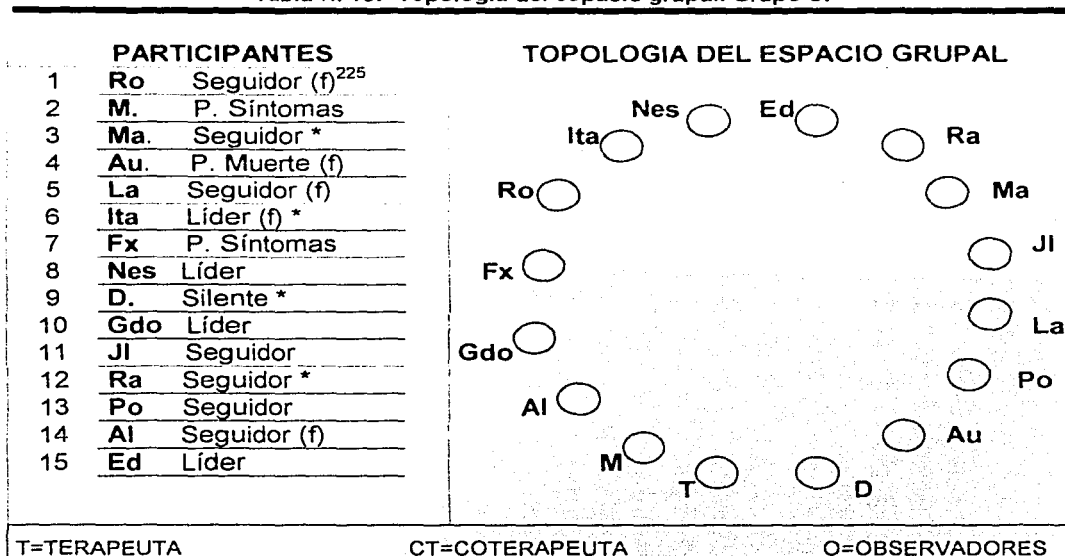
En este grupo la mitad presentó el rol de seguidor: **Ro, Ma, La, Ji, Ra, Po** y **Al**, aquí se incluye a **D**, el paciente silente. Por otra parte el contrapeso fue de los líderes como **Nes, Ita, Gdo, y Ed**, y otras funciones importantes fueron representados por **Au**, como <porta muerte> y **Fx** y **M**, como <porta síntomas>.

La dinámica grupal cumplió su cometido fue diversa e intensa en los temas, los afectos y las representaciones, situación que para mi labor terapéutica representó un descanso, en lo que se refiere a las intervenciones; no así de mi compromiso terapéutico, ya que la relación transferencial y contras transferencial fue más intensa, y mi labor de escucha atenta predominó, a diferencia de los grupos A y B. Creo que esto se fundamenta con la idea de que el paciente asume progresivamente el espacio y la cultura terapéutica, como se mencionó con anterioridad.



A continuación se ilustran los lugares que ocuparon los pacientes, las funciones fóricas, el género a que corresponden los pacientes y los que desertaron al tratamiento.

Tabla N. 19.- Topología del espacio grupal. Grupo C.



5.2.3.3. TEMAS²²⁶

En este rubro hubo una rica variedad de temas. *Síntomas y confesiones* ocupó nueve sesiones, asociados en el grupo con una *perspectiva histórica* que ocupó cinco sesiones; mientras que las *situaciones de emergencia* y la *psicología de valores* que ocuparon tres sesiones, finalmente *consejos* ocupó una sesión. Esto correspondió al rubro general de los temas, y de manera específica el grupo trabajó tópicos tales como: el control de enojo, la figura materna, los conflictos intrafamiliares, el noviazgo, eventos de carácter social (atentados a las torres gemelas en N.Y.), la tristeza, la búsqueda de soluciones ante las recaídas, la pérdida de la inocencia, la sexualidad, la homosexualidad, el incesto y el término del tratamiento.

EXEMPLEO
E... DE ORIGEN

²²⁵ La letra f entre paréntesis significa femenino. El asterisco abandono el tratamiento y el signo de más se presentó en la última sesión

²²⁶ La tabla 19 ilustra la aparición de ocurrencia por rubros de sesión en el grupo A de: los temas; la relatoría; los procesos grupales; la transferencia; las intervenciones y la supervisión.

5.2.3.4. RELATORIA

Está conformada por el <contenido manifiesto y el contenido latente>, este último se subdivide en *mecanismos defensivos* y *síntomas*, que son de carácter individual, mientras el contenido latente tienen un carácter grupal.

5.2.3.4.1. Contenido manifiesto

En este apartado se puede observar mayor comunicación e interacción grupal que en los grupos anteriores, su comunicación además de ser más propositiva, muestra mayor riqueza en sus contenidos, situación que se puede apreciar cualitativamente.

5.2.3.4.2. Contenido latente

Los contenidos latentes tuvieron relación directa con los temas y los contenidos manifiestos, presentando material en todas las sesiones y esto nutrió los apartados de los procesos grupales y transferenciales.

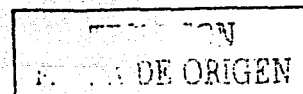
Los contenidos latentes se pueden apreciar en los siguientes enunciados: el grupo puede llegar a la agresión, si no hay límites. La figura paterna se muestra permisiva ante los conflictos filiales. Se puede regular el enojo. Los conflictos de pareja generan secuelas en los hijos. Los conflictos tienen origen interno y externo (intrapésquico y económico-social). Ante la dificultad de comprender y manejar los conflictos intrafamiliares, se abre como respuesta el suicidio. La dificultad de libidinizar objetos totales, es decir, la imposibilidad del enamoramiento debido a la libido narcisista de los pacientes, su relación es de objeto parcial. La vulnerabilidad del poder paterno. La psicosis permite cualquier conducta disruptiva, incluyendo las conductas antisociales sin cuota de conciencia. Negación de la depresión. Demanda de afecto paterno ¿qué pasará cuando termine el Tx?, ¿cómo vivir el desamparo?, ¿cómo elaborar la separación y la pérdida?. El grupo es el lugar de las imago paternas, la pérdida de la inocencia, el abandono, la homosexualidad, la seducción.

5.2.3.4.3. Mecanismos de defensa

El dominio de los mecanismos de defensa son de estructura psicótica, van desde la desmentida de una parte de la realidad, pasan por la proyección, la identificación, la identificación-proyectiva, hasta llegar a la negación del padecimiento, todos ellos promovidos como respuesta ante el peligro, en donde el paciente, desde lo singular, responde de manera concreta desde su estructura interna, y donde su mundo interno es comandado por la regresión, propia del padecimiento, y de la que genera la agrupación a niveles narcisistas.

5.2.3.4.4. Síntomas

Los que se presentaron en las sesiones corresponden a los síntomas de la psicosis, como son: las ideas delirantes, las alucinaciones (auditivas y visuales principalmente), la tristeza, el temor, la agresión, y los psicósomáticos e



hipocondríacos. También presentaron enojo, la depresión, las ideas suicidas, la incoherencia, la incongruencia, la angustia, la indiferencia la soledad, etc.

5.2.3.5. PROCESOS GRUPALES

Se subdividen en: *la resistencia grupal, los supuestos básicos, el grupo interno y la ilusión grupal.*

5.2.3.5.1. Resistencia grupal

La resistencia grupal se presentó en seis sesiones, básicamente sus características respondieron al encuadre, como: llegadas tarde, faltas, salidas durante el tratamiento, rehusar a comunicar su pensamiento, silencios individuales y por momentos colectivos, así como la resistencia como transferencia.

5.2.3.5.2. Supuestos básicos

Los supuestos básicos son. *de dependencia; de ataque-fuga y de apareamiento*

El supuesto básico que ocupó mayor tiempo en el trabajo grupal, correspondió al de dependencia con cuatro sesiones, mientras que ataque y fuga, respectivamente se trabajaron en dos sesiones por rubro, y finalmente hubo dos sesiones en las que la información no fue suficiente para documentarlos.

5.2.3.5.3. Grupo interno

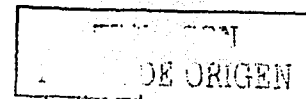
El grupo interno se subdivide en cuatro apartados: *la imagen del cuerpo; la fantasmática originaria, los complejos familiares y el aparato psíquico grupal.*

Sólo la <fantasmática originaria> tiene cuatro rubros que son: *la intrauterina; la escena primaria; la de seducción y la de castración.*

De los múltiples rubros que corresponden a este apartado, se presentaron nueve sesiones en las que se pudieron documentar algunas características que son propias del grupo interno. La mayor parte del tiempo correspondiente a este rubro, (6 sesiones) el grupo la utilizó para manifestar sus asociaciones directas con los complejos familiares. Asimismo, el grupo trabajó dos sesiones para la imagen del cuerpo, el fantasma de seducción y el aparato psíquico grupal, respectivamente, lo cual significa un mayor trabajo terapéutico a la búsqueda histórica de los vínculos paternos, la dedicación a estos procesos grupales, responde directo a los temas enunciados, a los contenidos latentes y al reconocimiento más claro que tiene el paciente sobre el trabajo terapéutico, lo cual en los grupos A y B no se presentó de manera tan significativa como aquí.

5.2.3.5.4.1. Ilusión grupal

Este rubro ocupó una sesión, la final, como es de esperarse en este tipo de grupos que escinde la transferencia en objetos buenos y malos, y en donde el grupo se vive



como un grupo unido satisfecho al igual que el terapeuta, mientras lo externo es un objeto malo.

5.2.3.6. TRANSFERENCIA CONTRATRANSFERENCIA

Este rubro incluye dos apartados: la transferencia y la contratransferencia.

5.2.3.6.1. Transferencia

La transferencia con el monitor se presentó en nueve sesiones al igual que la transferencia grupal. Sin embargo sólo seis sesiones fueron utilizadas para la transferencia lateral y con un objeto exterior respectivamente.

La transferencia es un fenómeno humano que se presenta ante las asociaciones que producen un vínculo específico en el tratamiento. Tiene un carácter netamente inconsciente, para decirlo coloquialmente, es un recuerdo inconsciente que es reactivado por un evento actual (por lo regular una figura paterna o materna) y que el sujeto reedita en la figura que evoca sus fantasmas internos.

5.2.3.6.2. Contratransferencia

Fue evidente en ocho sesiones, las características respondieron a la dificultad propia del tratamiento con pacientes psicóticos.

La contratransferencia despertó en mí, momentos de ansiedad, inquietud, tristeza, algunos temores, cansancio, aburrimiento y sensaciones de sueño, que responden a los temas y situaciones sucedidas en el grupo, prácticamente por reacciones contratransferenciales ante la regresión tan profunda que generan los pacientes psicóticos. Por otra parte, hubo momentos de satisfacción básicamente relacionados con mi labor terapéutica y el manejo grupal. En otros momentos, sentí una responsabilidad muy grande cuando se me veía como una figura paterna y se me exigía funcionar en consecuencia. También hubo momentos de tranquilidad y reflexión que me permitían ver al grupo desde lo externo, como objeto de estudio de investigación, quizá como una defensa ante la desintegración que me funcionó de acuerdo a lo requerido por el momento.

5.2.3.7. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS

Mis intervenciones en el grupo, tanto horizontales (grupales), como verticales (individuales), se encontraron en igualdad de circunstancias, cinco sesiones cada una.

Mi función con respecto a las intervenciones horizontales consistió en promover un ambiente terapéutico, promover el encuadre terapéutico, motivar a los silentes para que comunicaran su sentir y su pensar. Mi labor terapéutica consistió básicamente en hacer señalamientos grupales, de la resistencia y de algunos conflictos que se presentaban por el vínculo grupal, así como hacer devoluciones puntuales desde lo

particular a cada uno de los pacientes por su participación en el grupo, es decir, desde la intervención vertical.

5.2.3.8. SUPERVISION

Este rubro se divide en dos apartados: las estrategias terapéuticas y las prescripciones terapéuticas.

5.2.3.8.1. Estrategias terapéuticas

Durante todo el tratamiento hubo sugerencias de estrategias terapéuticas por parte del supervisor, las cuales consistían básicamente en: encaminar mis esfuerzos para regular los afectos displacenteros dentro del grupo, manejo y control de la contratransferencia negativa, dejar que el grupo trabajara solo y abstenerme de participar, si no era necesario, promover la participación colectiva, especialmente de los silentes. También hubo momentos en los que se me sugería flexibilizarme y apartarme de cierta posición rígida y clínica, promoviendo el apoyo sin generar falsas expectativas, y finalmente apoyar al grupo para trabajar el cierre.

5.2.3.8.2. Prescripciones terapéuticas

Se presentaron en cuatro sesiones, y básicamente fueron para controlar el afecto con pacientes que se mostraban sumamente agresivos en el discurso, y pudiesen llegar al "acting in", promover la participación de los silentes, promover la recapitulación de la sesión por parte de los pacientes, hacer devoluciones individuales y cerrar el grupo en un ambiente terapéutico.

5.2.3.9. OSERVACIONES

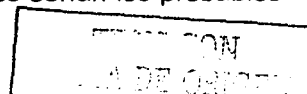
Se presentaron en nueve sesiones con comentarios breves acerca de asuntos relacionados con el grupo o con mi participación, por ejemplo en la sesión 4, en la que los antecedentes del grupo daban la impresión de que éste se desarticularía, la observación fue "el grupo parece reorganizarse y la duda sobre la desintegración grupal de las primeras sesiones, hoy parece extinguirse". Otro ejemplo es cuando se me sugería hacer comentarios sobre la resistencia y realizar cortes por sesión, así como breves devoluciones y controlar paulatinamente los afectos.

Las observaciones prácticamente fueron señalamientos puntuales y que agilizaban mi labor y la funcionalidad grupal.

La información hasta aquí presentada es sumamente amplia y ofrece la posibilidad de analizarse más detalladamente, por ejemplo se puede hacer una comparación en cuanto a los procesos grupales y la historia propia de cada grupo situación que se mostrará más adelante.

Modificaciones al protocolo

Por ahora los resultados permiten elaborar relatorías psicoanalíticas con los rubros establecidos, por lo que en las conclusiones, se explican cuáles serían los probables



cambios. De acuerdo a lo que se ha analizado e interpretado, las relatorías resultan suficientes para documentar lo sucedido en el grupo.

Recapitulando

El análisis de datos de la viñetas de grupo condensa las categorías establecidas en el instrumento que se aplicó en cada una de las sesiones, resultando un formato por sesión. Se elaboró un reporte de contenido que se <analizó por el terapeuta> y por el supervisor, con apego al marco de referencia especificado en esta investigación. Además al final del tratamiento se revisaron en su conjunto las relatorías, como parte <un todo>, es decir el proceso clínico del tratamiento, considerando siempre los aspectos sucedidos en el campo clínico de la interacción terapéutica. También se informa la *frecuencia de ocurrencia en la que se presentan, las categorías* que permiten la descripción de las sesiones, para saber si es necesario suprimir, aumentar, modificar y/o aceptar otras categorías con el sustento clínico que proporciona el tratamiento, y si el protocolo cumplió con su cometido.

REVISADO POR
FALLA DE ORIGEN

5.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LOS TRES GRUPOS

Para ser congruentes con el método de investigación, el análisis de datos se llevó a cabo con base en lo siguiente:

En primer lugar, se verificó si el protocolo cumplía con el método psicoanalítico, es decir si incluía los *cuatro ejes* en los que se mueve la psicoterapia psicoanalítica de grupo, que son: la *teoría*, la *técnica*, el *análisis personal* y la *supervisión* en el trabajo *clínico*, donde el concepto del inconsciente es el eje central del objeto de estudio. En segundo lugar, se revisó si el protocolo era instrumento suficiente para *elaborar relatorías* de sesiones grupales, ésto es, si el instrumento incluía las categorías básicas para la descripción de las sesiones grupales y de ser así, cómo se observaba en el trabajo clínico.

Para llevar a cabo este análisis fue necesario que el instrumento fuese revisado y modificado, en su caso. Es decir, que contemplara el método psicoanalítico así como también que en la relatoría se pudiera describir la asociación libre de los pacientes, se diera prioridad a la escucha analítica, y que los procesos psíquicos de carácter inconsciente que se presentasen en el grupo, fuesen interpretados.

5.3.1. Elementos que conforman el protocolo

El protocolo quedó constituido con los siguientes rubros²²⁷:

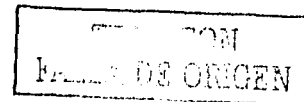


Tabla No. 20.- Elementos que conforman el protocolo.

•	Ficha de identificación
•	Participantes en el grupo pacientes y terapeuta (Tópica del espacio grupal) Teoría
I.	La relatoría (teoría y supervisión)
II.	Los procesos grupales (teoría y técnica del dispositivo grupal)
III.	La transferencia y la contratransferencia (teoría, técnica, análisis personal y supervisión)
IV.	Las intervenciones terapéuticas (teoría, técnica, análisis personal y supervisión)
V.	La supervisión (teoría, técnica y análisis personal)

La Tabla No. 20. ilustra con letras negritas, la correspondencia de los cuatro ejes en los que se mueve el psicoanálisis de grupo.

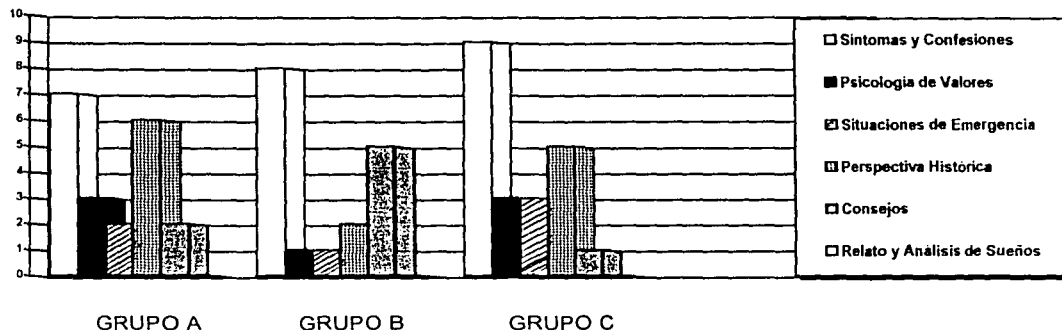
5.3.2. Análisis de categorías de los grupos

A continuación se presentan las gráficas resultantes de los tres grupos: A, B y C, así como el análisis y algunas viñetas clínicas para ejemplificar el vaciado de los datos y la interpretación. Finalmente se explican las conclusiones con respecto a la elaboración del protocolo de <relatorías psicoanalíticas de sesiones de grupo con pacientes psicóticos.

²²⁷ Los rubros que conforman la teoría del protocolo que se propone fueron revisados por los sinodales de grupo que en general aceptaron el proyecto de investigación y propusieron algunas modificaciones, que ya están contempladas en el capítulo del método y en la versión final del instrumento.

5.3.2.1. LOS TEMAS

Gráfica 1. - Temas por Grupo



La gráfica No. 1 ilustra que los grupos utilizaron la mayor parte del tratamiento para hablar de sus *síntomas*, en segundo lugar trabajaron alrededor de la *perspectiva histórica*, en tercer lugar, el grupo solicitó *consejos*, después se dedica a la psicología de valores, para finalmente hablar de las *situaciones de emergencia*, no habiendo sesiones dedicadas a los *sueños* en las primeras diez sesiones de cada grupo.

5.3.2.1.1. Síntomas y confesiones

Por ejemplo, en los tres grupos (A, B y C) al inicio de cada sesión hubo un tema programado por el terapeuta que consistió en la solicitud de cada paciente, de sus síntomas (el inicio, el curso y el estado actual), situación que permitió por una parte dimensionar a los grupos, y por otra parte, bajar la ansiedad grupal y ejemplificar cómo se trabajaba temáticamente, situación que fue bien recibida por el grupo, y estructuró las sesiones en lo general.

5.3.2.1.2. Perspectiva histórica

Aquí temas como, los pacientes pueden tener hijos (Sesión 1 Grupo A); la infancia (Sesión 6 Grupo A); las relaciones interpersonales (Sesión 7 Grupo A); el tópico de la familia; en la Sesión 7 del Grupo B. En el Grupo C hubo sesiones tanto para trabajar el tópico de la figura materna y la figura paterna, los conflictos intrafamiliares, si bien la perspectiva histórica se presentó como segundo sitio en los grupos (A, B y C).

5.3.2.1.3. Consejos

Las viñetas que lo ilustran, la sesión 3 del Grupo A, con el tema "los derechos de los esquizofrénicos", "la discriminación de los enfermos mentales". En la sesión 3 del

Grupo B, se trabajó el tópico ¿cómo mejorar la salud?, y ¿qué hacer en el desamparo de los padres?, Sesión 6 Grupo B. En la sesión 10 del grupo B, el tema central fue la motivación. El tercer lugar lo ocupa el tópico de consejos.

5.3.2.1.4. Psicología de valores y metas de la psicoterapia

En la Sesión 9 del Grupo A, se discute el tópico de "la vida en los internados y la vida en los hospitales psiquiátricos". En la sesión 5 Grupo B, los tópicos son "la amistad y los novios".

5.3.2.1.5. Situaciones de emergencia

La sesión 8 del Grupo A, fue dedicada al suicidio, en el Grupo B Sesión 9 fue dedicada a la muerte, curiosamente una sesión antes de que acabara el tratamiento, convirtiéndose en un tópico de elaboración de la separación.

5.3.2.1.6. Relato y análisis de sueños

Curiosamente en los grupos se mostraron sueños que no fueron el tópico central de las sesiones y sin embargo proporcionaban material para el análisis del grupo.

5.3.2.2. LA RELATORIA

En los grupos de estudio (A, B, C) se redactaron los contenidos manifiestos en el rubro de la relatoría, sobra decir que en toda interacción humana siempre existe una comunicación, la cuestión es saber interpretar el mensaje.²²⁸

En todas las sesiones hubo contenidos manifiestos y consecuentemente contenidos latentes, éstos últimos develaron la comunicación al interior del grupo.

5.3.2.2.1. Mecanismos de defensa

En los protocolos de los tres grupos, siempre se pudo documentar de manera breve, la presentación de los mecanismos de defensa, de estructura psicótica que básicamente consistían en: la desmentida, la proyección, la negación, la identificación, la identificación proyectiva, entre otros.

5.3.2.2.2. Los síntomas

Los síntomas que se documentaron en los tres grupos, al igual que los mecanismos de defensa, provinieron desde lo singular de cada sujeto. Estos síntomas correspondieron, la mayoría de las veces a la estructura psicótica. Hubo un predominio de síntomas tales como las ideas delirantes (de grandeza, de

²²⁸ Al final de esta investigación, en el Anexo IV se ejemplifican 3 sesiones de grupo donde se puede observar con claridad el acopio del contenido manifiesto. El contenido manifiesto por sí solo, no tiene importancia para el psicoanálisis, ya que su importancia radica en lo que esconde ese discurso, es decir el contenido latente.

RECIBIDO
FALLA DE CLASIFICACIÓN

persecución y de daño), las alucinaciones auditivas, siendo escasas las alucinaciones visuales y de otro tipo.

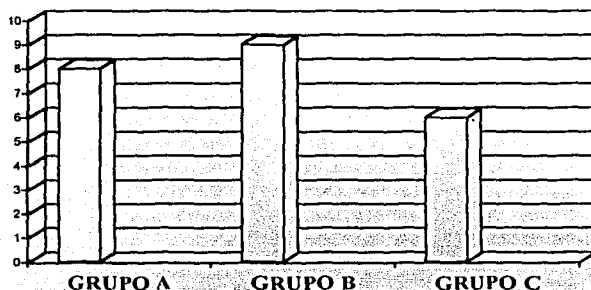
Otros síntomas que presentaron con frecuencia, fueron la incoherencia, la incongruencia, el aplanamiento afectivo, la ansiedad, la tristeza, la culpa, la impulsividad, las agresiones verbales, entre otras.

5.3.2.3. LOS PROCESOS GRUPALES

Este rubro incluye la resistencia grupal, los supuestos básicos, el grupo interno y la ilusión grupal.

5.3.2.3.1. Resistencia grupal

Gráfica 2.- Resistencia Grupal por Grupos



En gráfica 2 se puede observar la resistencia grupal en los tres grupos (A, B, C), en ella se ilustra cómo la resistencia grupal se presentó con mayor frecuencia en el Grupo B, seguido del Grupo A y el C, lo cual está relacionado con romper con la regla analítica, y fue manifestada de diferentes formas. La resistencia grupal, es toda manifestación verbal o actuada por los elementos del grupo, cuyo fin es obstaculizar la cura y por ende la labor terapéutica, donde el grupo rompe con todos o algunos elementos de la *regla psicoanalítica*.

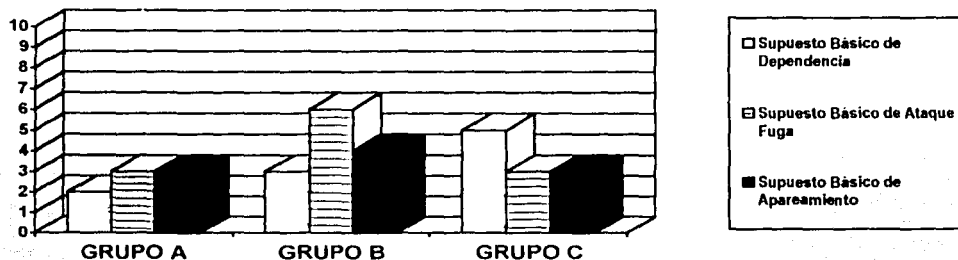
5.3.2.3.2. Supuestos básicos

Los supuestos básicos son tres:

- 1.- De dependencia
- 2.- De ataque-fuga
- 3.- De apareamiento

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 3.- Supuestos Básicos por Grupos



En la Gráfica 3 se ilustran diferencias claras con respecto al supuesto básico. En el caso del supuesto básico de dependencia, se observa que entre los grupos A y B, no existe diferencia importante sin embargo, entre estos dos grupos, con respecto de C, la diferencia es significativa, ya que se puede apreciar en los dos primeros que su respuesta inconsciente ante la grupalidad los mostraba relativamente independientes, es decir su respuesta inconsciente ante este supuesto no demandaba grandes expectativas ante la figura terapéutica, que hacía las veces de líder por su presencia clínica. Mientras que en el grupo C, se observa una clara y explícita demanda de apoyo, de atención y de continuar con el tratamiento a pesar de haber terminado el contrato terapéutico, como se pudo constatar en la última sesión del grupo C.

5.3.2.3.2.1. Supuesto básico de ataque fuga

El supuesto básico de ataque y fuga, fue mayor en el grupo B, que en los grupos A y C. En la clínica se pudieron documentar diferentes momentos de la agresión verbal de los miembros del grupo B, hacia la figura terapéutica. Ejemplos de ello se pueden apreciar con ataques directos a miembros del grupo, quienes ya no regresaron al verse confrontados, cuestionados y agredidos. El ambiente predominante fue hostil, a pesar del apoyo, contención y el seguimiento de las prescripciones terapéuticas propuestas por el supervisor. Los ataques al terapeuta se pueden ejemplificar con las siguientes viñetas clínicas:

Un paciente se dirige a mí (sesión 3 Grupo B), "si estuviera aquí X, le va más al cura que a usted" (sic). Ante mi silencio. En otra sesión, una paciente expresa en un relato dedicado a la angustia por la separación "prefiero que mis padres se mueran, antes de que me abandonen. T. ¿Ha pensado de la muerte?. Sí, prefiero que se muera Ud.

Como este suceso hubo varios dirigidos al grupo, situación que fue rebasando el trabajo terapéutico y constituyó una de las razones de la deserción.

5.3.2.3.2. Supuesto básico de apareamiento

Este supuesto se presentó de manera similar en los tres grupos. En general, este supuesto básico fue asociado a los temas del noviazgo, la pareja sexual, los deseos sexuales, la infancia, entre otros, y tuvo manifestación directa de la búsqueda del vínculo sexual, donde el grupo refirió frustración tras frustración. Lo anterior se puede ejemplificar con las siguientes viñetas:

En una sesión (Grupo A, Sesión 5), el grupo se hace la pregunta ¿el paciente con esquizofrenia puede tener hijos?, el contenido latente era, puede traer al mesías?. Mientras en la sesión se hablaba de los pros y los contras, enmarcados en lo genético ¿cómo vendrá la descendencia?, ¿estará enferma?, eran las preguntas, y las afirmaciones eran "yo me arriesgaría a tener un hijo".

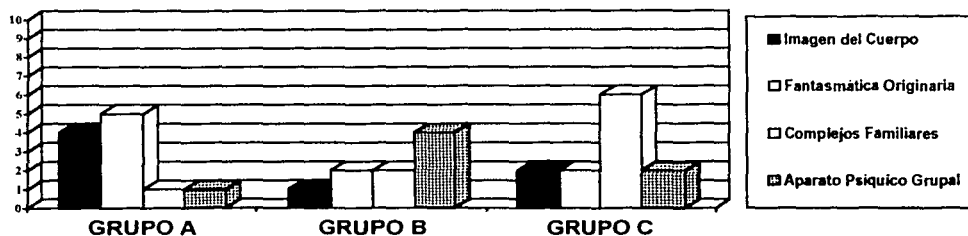
Desde el delirio, uno decía "yo tengo mil hijos", otros más, "casarse con una madre soltera", "yo quería ver mujeres con corsetes y mi mamá me apagaba la T.V.". En otra sesión un paciente canta "Mary es mi amor", dedicada a la infancia, dirigiéndose a la única mujer del grupo. En otro grupo (Grupo B, Sesión 5) "no tengo novia", "no sé qué hacer para tener amigos", otro dijo "no nos interesa nada cuando estamos enfermos", (Grupo C, sesión 5). Una paciente refiere "yo quiero a alguien y él a otra persona, y me pregunto ¿por qué, queremos fijarnos en personas que no nos hacen caso?. Al final de la sesión expresa, "yo quiero tener un novio cuando salga de la crisis, yo lo estimo, yo lo quiero (se dirige a mí y me quedo paralizado)

5.3.2.3.2.3. Supuesto básico de dependencia

Como éstos, varios ejemplos enmarcan el supuesto, el cual es una resultante de la pulsión de vida (eros), que prácticamente trastoca todo el intento de vínculo afectivo de los pacientes.

5.3.2.3.3. GRUPO INTERNO

Gráfica 4.- Grupo Interno por Grupos



TRABAJO CON
MATERIA DE ORIGEN

No se debe comparar un grupo interno y otro en cuanto a sus representaciones y dramatizaciones, ya que cada grupo tendrá una historia sui géneris, sin embargo para este estudio se puede analizar al interior de cada grupo, cómo se puede apreciar el grupo interno y qué moviliza en los psicóticos, en las diez primeras sesiones.

5.3.2.3.3.1. Imagen del cuerpo

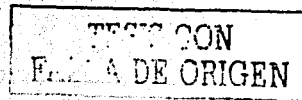
Esta representación que tiene que ver con la pulsión, la representación-palabra y la representación-cosa, se puede ilustrar en los grupos A, B y C.

Por ejemplo en la sesión 2 del grupo A, el cuerpo se vive como algo persecutorio, alguien comentó <escucho voces de que me voy a suicidar>, la alucinación auditiva aparece como una representación-cosa²²⁹, los sujetos tienen un reconocimiento que las voces provienen de su mundo interno, son intrapsíquicas, y que los persiguen y comandan en muchos de sus actos, desde situaciones sutiles, hasta situaciones de verdadero riesgo, como el llevar a la acción el suicidio o el homicidio, por comentar algunos ejemplos.

Otro paciente refiere <Siento que no puedo hablar, no tengo ganas>, negación resistencia sobre el cuerpo que persigue. Otro paciente canta <muñeco roto>, (sesión 8, Grupo A), en el desarrollo de la sesión descubro que había intentado suicidarse cortándose las muñecas, a él le dicen muñeco. Sin embargo hay una connotación homosexual expresa por el paciente durante el tratamiento, que condensa con la frase muñeco(a) roto(a), la sesión tenía el tema del <suicidio>.

En la sesión 1 del Grupo B, una paciente comenta, <escuchaba voces y veía como fantasmas y caras que venían hacia mí, con una pluma me pintaba en la piel, muerte y el número 1>. En la misma sesión, otro paciente expresa <un día amanecí con la cabeza más grande y los pies y las manos más chicas. <No puedo tener relaciones sexuales>. En estos casos, la alucinación y la despersonalización evidencian las múltiples alusiones al cuerpo, como Freud lo pudo constatar y analizar en su estudio sobre el narcisismo.

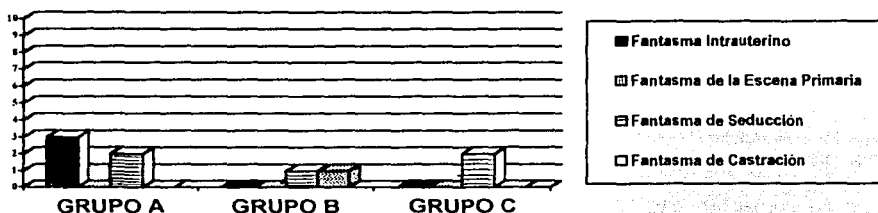
Otro paciente (sesión10, Grupo C), comenta <yo veo visiones, rostros que me están viendo feo, en los santos, en los espejos de repente veo a alguien que no soy yo>. Aquí además de las alucinaciones y la despersonalización, confirma la desmentida, la psicosis que el narcisismo que desmiente al yo.



²²⁹ Hay que recordar en la concepción freudiana que ubica a la alucinación como representación-cosa, es decir una imagen que hace patente la representación-palabra.

5.3.2.3.3.2. Fantasmática originaria

Gráfica 5.- Fantasmática Originaria por Grupos



5.3.2.3.3.2.1. Fantasmática intrauterina

El fantasma intrauterino se manifiesta de manera clara en la sesión 5 del Grupo A. El tema de la sesión inició con una pregunta ¿el paciente esquizofrénico puede tener hijos?. El grupo trabajó arduamente para hablar de los pros y los contras al respecto. Por ej. un paciente dice <yo tengo mil hijos, soy un hombre que tiene descendencia>. Otro comenta <es bonito tener hijos, son importantes los valores, etc.>. Una más dice <yo me arriesgaría a tener un hijo>. Otro contesta <de un estéril o de un esquizofrénico>, otra <yo pensaba que si iba a tener un hijo, no iba a salir bien>, las respuestas es <saldría igual que tú> hablan también de sus parientes psicóticos. Después hacen alusiones a la locura y cómo se perciben.

En la sesión 8 del Grupo A, que tiene por tema el suicidio, un paciente dice <yo me quise matar con una pistola>; otro dijo <yo me aventé de cabeza de un primer piso, perdí el conocimiento>; otro jugó a la ruleta rusa; nos cuenta 4 intentos suicidas, impulsivos y de alta letalidad.

Después de que el grupo detalló cada uno de sus intentos suicidas, un paciente expresa <yo creo que tenemos espíritu y alma y que podemos renacer en otro cuerpo, en uno sano>. Otro comenta <yo creo en la reencarnación, sé que va a haber un juicio final, el infierno o el cielo>, un paciente trata de hacer prueba de realidad y comenta <Dios no va a perder el tiempo con pendejos o esclavos>, el grupo ríe y siguen en su relato.

Evidentemente el fantasma es intrauterino, quieren regresar al vientre, quieren resucitar, reencarnar, claro que de manera mágica y omnipotente. También en la sesión hablan de la pulsión de muerte y acabar con el sufrimiento que viven desde su psicosis

5.3.2.3.3.2.2. Fantasma de la escena primaria

No hubo información en ninguno de los grupos, para documentar este rubro.

ESTADO CON
FANTASMA DE ORIGEN

5.3.2.3.2.3.. Fantasma de seducción

Los temas trabajados en la sesión 9 del Grupo C, fueron: la sexualidad, la homosexualidad, el incesto y la pérdida de la inocencia. Este último tópico ocupó gran parte de la sesión. Inicia un paciente masculino quien dice a otro < es mi amante> el grupo ríe y manifiesta algunas ideas sueltas. Otro paciente cuestiona <¿porqué le llaman pérdida de la inocencia, porqué piensan que es malo, como si aprendieran algo malo?> Otra comenta <tuve sexo con otros jóvenes, no lo vi grave, lo vi normal>, <cuando uno pide regalos a los reyes magos —se pierde la inocencia— hasta que me di cuenta y es una desilusión muy grande, me decían que los reyes se hacen polvito y se meten por la ventana>. Otra paciente dice <por un pleito puedo ir a la calle y quiero suicidarme>. En el caso de las mujeres que salen embarazadas, se pierde la inocencia de muchas formas, <yo quería decirles que a mí me mintieron los reyes>. Otros refieren la pérdida de la inocencia y la comparan con los niños de la calle. Una más comenta <la inocencia se pierde en las fiestas, yo tuve un orgasmo en la infancia>. Otra relata con detalle cuando fue seducida en la infancia, y otra contesta <yo no hablo con cualquiera>.

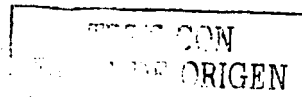
A través de la transferencia entre los relatos de seducción y la pérdida de la inocencia, con los reyes magos (los padres), se puede recordar cómo en otras sesiones informan el abuso sexual por parte de adultos (tíos); También hay una desilusión con el terapeuta, y aquí el supuesto básico de apareamiento, responde también.

5.3.2.3.2.4. Fantasma de castración

En la sesión 4 del Grupo A, los temas de la sesión tienen un contenido sexual. Se habla de la homosexualidad, de las parafilias, de la abstinencia sexual, de la masturbación y del incesto. Este último tópico es el que nos ocupa.

Mientras el grupo bromeaba y comentaba sus pocos contactos sexuales, plasmaban su acercamiento a la sexualidad desde una experiencia que se presentó de manera azarosa. Hubo otros ya en pleno delirio. Por ejemplo un paciente dijo: <yo tuve un sueño donde me vine, yo era joven>, otro le responde <un sueño húmedo>, <pero fue sin tocarme>. Otra paciente comenta <yo soñé feo anoche, soñé que me venía, pero estaba con mi mamá, ella estaba encima de mí, y ahora siento feo, culpa>. El grupo se queda silente, les pregunto sobre la situación y prefieren hablar de la masturbación, pero después se confirma el deseo con las siguientes participaciones.

Un paciente expresa <yo no tengo relaciones sexuales, no tengo novia> (silencio) después trata de evadir al grupo que lo cuestiona, hasta que acepta que se masturba y se excita cuando ve mujeres desnudas (primero se masturba, luego se excita), y termina preguntando ¿es bueno doctor?. Otro paciente le responde bromeando <jay mamachita!> esta última frase la ocupa continuamente, y en esta ocasión no tiene el complemento que suele decir <jay mamachita, dijo Resortes!>. Queda claro que entre broma y broma, el inconsciente se asoma, desde la proyección.



Después el grupo se desentiende del incesto y habla de la homosexualidad femenina y de la masculina, de la relación de hombres mayores con mujeres jóvenes, el hostigamiento sexual, hasta que la zoofilia entra en escena. Después continúa la paciente <tuve relaciones con dos mujeres y de niña mi padre me tocaba y tenía relaciones conmigo> pregunta un paciente <¿es violación?>, responde otro, <no, es incesto>. De ahí, nuevamente el discurso sobre la masturbación y los que traen la resistencia silente. Aquí queda claro que a pesar del contenido manifiesto, **el grupo prefiere desmentir** parte de la realidad, en este caso como se pudo revisar con Freud, desmienten la castración.

En esta viñeta queda manifiesto que el complejo de Edipo invoca la prohibición del incesto y ante ello, la angustia de castración, pero para no saber de esta angustia el grupo prefiere desmentir, con ello se quita el peligro. Hay que recordar que el sueño es la vía regia al inconsciente y éste está estructurado por deseos sexuales infantiles que el grupo prefiere borrar. Además que su inconsciente filtra continuamente información y los hace confundir el sueño con sus ideas delirantes y alucinaciones en la vida diurna.

5.3.2.3.3.3. Los complejos familiares

La gráfica 4 ilustra cómo en el Grupo C hay un mayor trabajo terapéutico por los vínculos familiares, quizá esto se deba principalmente a que este grupo se constituyó como una mezcla de los Grupos A y B, y esto les permitía historizar y encuadrar los conflictos al interior de la familia, es por ello que las viñetas serán principalmente del Grupo C.

En la sesión 1 del Grupo C, un paciente comenta <los alemanes golpean mucho a sus mujeres, un vecino mató a sus hijos, hasta en las mejores familias sucede>, otro comenta seguido <mi familia es muy alegre>, otra responde <mi mamá es muy diplomática (se refiere a la solución de conflictos vecinales), mi papá es bien agresivo>.

En la sesión 2 del mismo grupo, una paciente reconoce los dobles mensajes que recibe de sus padres, que incluyen el afecto, al respecto comenta <mi mamá es dominante, posesiva, buena, linda, consentidora>, otro comenta <¿me deja hacer lo que yo quiero>, otro expresa <me ayuda con los problemas>, etc. <mi mamá no tenía paciencia y nos dejaba afuera>, <mi mamá era voluble, mi mamá ha sido dependiente de mis hermanos>, <mi papá no hacía amigos, cuando se peleaban mis padres me ponía en medio>. Finalmente una paciente resume la sesión <en nuestras familias se dan las relaciones de padre-hijos, relaciones familiares, la incomprensión, la comunicación de familia>.

En la sesión 7 del Grupo C, (el tópico fue ¿qué hacer cuando nos sentimos mal?) una paciente condensa parte de la sesión, expresando: <le digo a mi mamá que me siento mal, que si puede confiar en mí, que me ayude a recuperarme de mis emociones, decirle que me apoye>. Esto también va dirigido al terapeuta, obviamente.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

A continuación otro breve argumento en el grupo que confirma el destete: <mi mamá se fue provincia y estuve triste>, otra comenta <yo lloré dos semanas cuando se fue a X lugar con mis tíos, somos poquitos>, Otra más dice <es terrible>, se refiere al abandono y al desamparo. Finalmente un paciente condensa desde el narcisismo <mi mamá me daba de comer, pero no me daba caricias>. Este argumento matiza por un lado la cuestión relacionada con el destete y por otra, la tristeza que invade al grupo por la separación de una relación que tiene un carácter simbiótico.

5.3.2.3.4. Aparato psíquico grupal

En la sesión 9 del Grupo A, curiosamente el grupo decide trabajar dos tópicos diferentes, por un lado la música, y por el otro, los internados y la vida en los psiquiátricos. Me abocaré a la segunda parte. Una paciente con ironía expresa <casos de la vida real>, <un paciente en el hospital X, había unas monjitas que ponían a los loquitos a rezar> recuerda que visitaba a su padre y a otros familiares que también padecían psicosis. Otro paciente comenta <yo recuerdo que los golpeaban y había una serie de arbitrariedades, electroshoks, baños de agua fría, no les daban de comer, etc.> Otro reconoce <ahora hay organismos de derechos humanos y avances, ahora son un poquito más humanos, si no le echamos ganas y no vamos a tener a nuestros padres vamos a terminar como indigentes>. Cambia su actitud y mueve al grupo. Entonces el grupo entra en un estado depresivo y de autodevaluación. Este último paciente continúa <depende del hospital, el trato, también están hacinados (los pacientes) y depende de la actitud de los trabajadores>. Otro más comenta <yo estuve en X hospital particular). Allí está uno más libre, hay mucho campo, pero hay que estar a las vivas, hay broncas, te pegan los pacientes y puedes pedir un vigilante que se paga aparte>. Finalmente un paciente concluye la sesión <yo pienso que aquí es lo mejor, nos tratan bien y nos dan buena comida y medicamentos para el relax>.

MEMO CON
FALLA DE ORIGEN

La sesión me hace recordar el texto de Michel Foucault, sobre la historia de la locura (la nave de los locos), sólo que ahora el loco puede contar su historia y reconocer algunos cambios mínimos, sin prohibición; sin embargo la institución sigue pesando. Vienen a mi mente los clásicos de la antipsiquiatría, de repente pienso que me abandono a un refugio seguro, de lo racional, como si no quisiera ver o escuchar el sufrimiento del paciente. Al pasar por la institución, que a pesar de que cuenta con algunos avances técnicos, farmacológicos y terapéuticos, todavía mantiene el estatus del sometimiento a su modo; y no me refiero a este Hospital, sino a la generalidad, donde no hay una escucha atenta del paciente psicótico”.

5.3.2.3.4.. Ilusión grupal

En el grupo se pudo documentar la ilusión grupal en tres sesiones (A-5, B-10 y C-10).

En la sesión (B-10) “el grupo plantea el tema de la motivación”, como motivarse en la vida para mejorar. Esta sesión se caracteriza por relato eufórico, de buenaventura y esperanza del tratamiento, el grupo es visto por sus elementos como un lugar de

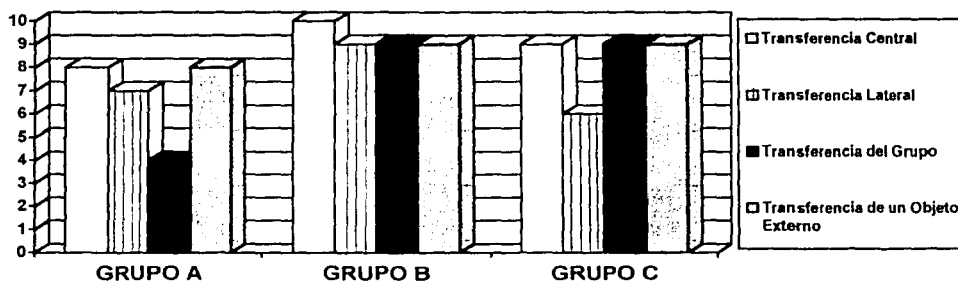
libertad, de estancia, su lugar de movimiento, de desplazamientos, de la vida interna, del trabajo, de la amistad, del deporte, de la comunicación. Parecen actividades que reconocen propias de sus vínculos. El grupo se refiere estar con buen ánimo y motivado. Agradecen mi labor terapéutica; pero todo es una ilusión, niegan la psicosis, desentendiendo de la realidad, como la parte escindida de la transferencia, el mundo persecutorio, es decir el pecho malo queda fuera, como una ilusión, un breve espacio de sentirse bien, sin mundo externo.

5.3.2.4. TRANSFERENCIA-CONTRATRANSFERENCIA

La gráfica 6 ilustra cómo los grupos A, B y C, tuvieron una labor clínica intensa donde fueron reactivados la repetición y lo inapropiado de sus vínculos narcisistas, y que en el grupo resurgieron, encontrando tanto en el terapeuta como en los miembros del grupo y el exterior, el medio para manifestar sus vínculos patológicos a través de defensas arcaicas de su vida, por demás compleja y traumática.

RECIBIDO EN
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 6.- Transferencia por Grupo



No se puede comparar entre la transferencia de un grupo y otro, porque cada uno tuvo sus vicisitudes, sin embargo se puede ilustrar con viñetas lo que sucedió en los diferentes grupos en los diversos momentos en que la transferencia se hizo patente.

5.3.2.4.1. Transferencia central (con el monitor)

En la sesión 6 Grupo A, cuando el tema fue la infancia, una paciente relata "una vez un hombre como de su edad -se dirige a mí- pero yo era niña, me decía que quería sexo conmigo, yo ya sabía lo que era eso, pero no lo aceptaba, también estaba chinito del cabello, (se ríe y se muestra coqueta. Le pregunto ¿entonces se parecía a mí?, responde "sí, pero no pasó nada". La respuesta del grupo es que tienen "problemas de memoria" y de allí sus relatos son "se nos olvidan las cosas, tenemos lagunas", etc. hasta que se enganchan en un discurso de juegos lúdicos, como si quisieran borrar lo dicho. Es evidente aquí que lo que desmienten es el incesto, pero no atacan, quieren terminar con el terapeuta, cuando menos en esta sesión Solo repudian el suceso y prefieren no saber de la castración. Un paciente condensa la respuesta, después de varias intervenciones, comenta "yo no me enteré que mis

papás estaban enfermos, hasta que yo estaba grande y me enfermé". su relato va directo a responder que el incesto es cosa de psicóticos, y la consecuencia es otra generación con un hijo psicótico.

Aquí se evidencia cómo el terapeuta es visto en la imago paterna como pareja sexual, que sale como un recuerdo encubridor de un deseo sexual infantil que quedó en el deseo y de lo que el grupo prefiere desmentir, el desenlace de la castración y apartarse con olvidos, con lagunas mentales, etc. que fue el pacto de hermanos, desmentir el suceso. En otras sesiones, la transferencia fue directa y negativa donde asumían posiciones de no aceptación a mi labor terapéutica, o la idea de que yo muriera, como se presentó en los ejemplos de la resistencia

5.3.2.4.2. Transferencia lateral (hacia los otros)

La siguiente viñeta ejemplifica la imago fraterna de la horda primitiva:

FAMILIA DE ORIGEN

En la Sesión 7 Grupo B, un paciente comenta <cuando hay conflictos familiares, mis papás se pelean y se pone un poco grave el asunto> otro expresa <cuando se pelean mis papás, yo me pongo triste, mi papá es poco serio, enojón y regañón, mi mamá es platicadora y lleva buenas relaciones con sus clientes, tiene un salón de belleza>. Otros más comentan <a mis familiares les molesta que yo esté enfermo. Tengo padrastro, me trata bien y se casaron mis hermanastros (entre ellos) pienso qué va a pasar cuando se mueran mis padres>.

En este pasaje clínico, se puede ejemplificar el marco de la familia y la horda primitiva, que de fondo manifiesta una relación transferencial lateral hostil, agresiva y que se resume con fantasías de muerte sobre los padres y el desamparo consecuente. El incesto aparece como algo permitido, no hay censura, menos prohibición, quizá tenga que ver con que se desmiente la castración a nivel familiar.

5.3.2.4.3. Transferencia de grupo (hacia el grupo)

En la sesión 3 del Grupo C, dedicada a los conflictos intrafamiliares, una paciente comenta <cuando era chica mi papá y mi mamá se peleaban mucho y eso me provocó un trauma, mi estado emocional se altera. Mi papá atacó a mi mamá, tan mal estaba (papá) que quiso suicidarse de un cuarto piso, llegó la ambulancia y se salvó. Después de la discusión, yo lloraba mucho, me quedó un trauma, ya no quería escucharlos pelear y pensé que mi papá me iba a agredir, cuando somos niños se nos quedan los problemas en la mente>.

Otro paciente comenta <todo incluye (influye) a la economía de la cultura, de ética, si yo me comprendo con mi hermana, yo debería estudiar arqueología para comprenderla, ella tiene un carácter fuerte y agresivo>. Otra paciente expresa <también influye el carácter de la familia, tengo dos hermanos, él tiene 33 años, grita y patalea, no se ha casado, ya le hace falta casarse, ya no lo aguantamos en casa>. Otro paciente dice <en todas las familias hay problemas por bienes familiares, la misma sociedad nos marca límites>.

La transferencia grupal, la familia es vista como una matriz societal de producción de conflictos, "la misma sociedad nos marca límites". La culpa va a lo externo, también es responsable la sociedad, la economía, la comunicación, la cultura, etc

5.3.2.4.4. Transferencia hacia el mundo externo

Esta selección de pasajes clínicos de la sesión 1 del Grupo B, ejemplifica ampliamente este apartado. Refiere un paciente <yo soy X, inicié a los 18 años con un desorden en mi persona, en estudiar, en hacer la tarea, etc. Alguien intervino de mi familia con las voces, desde que nací no me aceptaron... me siento manipulado por alguien>. Otro más comenta <el Dr. me dio más pastillas, sentía que me hablaba la TV y yo me quería matar, pensaba que me daban veneno, tenía miedo, inseguridad, como que no puedo pensar, diario oigo voces que me odian>. Otra paciente dice <empecé a tenerle miedo a las mujeres, porque son agresivas, sentía que me manejaban, que influenciaban mi conducta, mujeres como mi mamá, mi maestra, que eran fuertes de carácter. Inseguridad y bajo rendimiento escolar, tenía delirios que me querían matar, pensaba que mis actitudes no eran mías, siento que se me presentaban fantasmas, niños dios, que me dicen ¡lo hiciste bien!, estoy feliz, pero no sé de qué, porque no hice nada para merecerlo>.

Esta viñeta ilustra claramente la transferencia puesta en la proyección de la destructividad individual, para el paciente es común identificar a sus familiares y a las personas que lo tratan como los persecutores, y también a la sociedad que los persigue o quiere matarlos.

5.3.2.4.5. Contratransferencia

A continuación algunas notas de los protocolos que corresponden al rubro de contratransferencia.

En la sesión 3 Grupo A, los temas que trabajaron los pacientes fueron <el derecho de los esquizofrénicos y la discriminación de los enfermos mentales>.

Al inicio de la sesión experimentando una sensación de tranquilidad y curiosamente un favoritismo hacia un paciente que por lo regular, se muestra incoherente y se disgrega, observo que en ocasiones puede articular breves comentarios con certeza y claridad que sorprende, después siento impotencia cuando me doy cuenta del "paquete" que pone en escena el grupo, al manifestar su derecho a la salud.

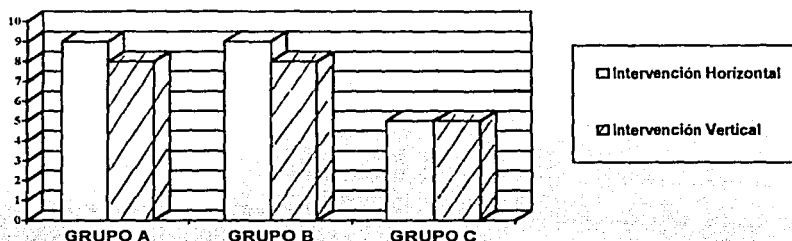
En la sesión 8 del Grupo A, el grupo trabajó el tema del suicidio, en el rubro de la contratransferencia, cito mis apreciaciones "tengo una sensación de pesadez sorprendente, de sueño y de cansancio; hay momentos en los que quiero que termine rápido la sesión como si hubiera una respuesta inconsciente de aniquilamiento, que después trabajo y reconozco como una defensa neurótica ante la desintegración, hacia el final veo que el grupo demanda apoyo, protección, seguridad de mi parte".

En otra sesión (3 del grupo C), el grupo trabajó el tema de "los conflictos intrafamiliares", redacté en el rubro de la contratransferencia, "hoy me siento más tranquilo que en las sesiones anteriores, puedo reconocer cómo el grupo ahora escupe al exterior el objeto malo de la transferencia. Culpa por una parte a la sociedad, aunque no deja de hacerlo con los padres. Se distribuye la culpa y las acciones transferenciales defensivas". Como estas viñetas se encontraron varias con matices parecidos.

5.3.2.5. INTERVENCIONES

La gráfica 7 muestra que mis participaciones o intervenciones verbales se presentaron más en los grupos A y B, que en C, esto se debe principalmente a que en los dos primeros grupos, mi labor fue más de *facilitador* y *coordinador* para que el grupo se comunicara. Por otra parte, en el Grupo C, mi conducta fue más silente, debido a que el grupo ya tenía pleno conocimiento de su labor sobre la libre asociación y me abstuve de participar, dedicándome más a observar y a recrearme con los procesos grupales que se presentaban.

Gráfica 7.- Intervenciones Terapéuticas: Horizontal y Vertical por Grupo

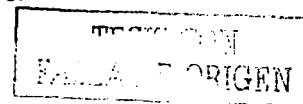


Las intervenciones son básicamente de dos tipos, las grupales (horizontales) y las individuales (verticales).

5.3.2.5.1. Horizontal con el grupo como un todo

La intervención horizontal tiene que ver con el común denominador de grupo, que es lo compartido y corresponde a la transferencia y detrás de la transferencia se encuentra parte de la realidad psíquica, cómo es el grupo interno, la ilusión grupal y la misma resistencia y éstos procesos grupales se han interpretado en los protocolos de los tres grupos.

Las intervenciones grupales que realicé fueron básicamente las de encuadrar el tratamiento, interrogar en las primeras sesiones, el *inicio*, *curso* y *estado actual del padecimiento* y finalmente recapitular al final de cada tratamiento. Mientras el grupo al inicio de cada sesión tenía la encomienda de hacer el resumen de la sesión anterior. A continuación se reseñan las intervenciones individuales:



5.3.2.5.2. Vertical con el individuo

La intervención vertical se da en el sujeto singular, en lo que acontece a su historia personal y es llevada al grupo donde se articula con las fantasías de los otros, en el sentido de qué hacer para recuperar el fantasma grupal que se ha documentado en el apartado del grupo interno.

En lo vertical se interpretan emociones asociadas al discurso del sujeto, a su vivir a su sufrimiento y satisfacciones, a lo que lo inscribe como único y diferente dentro del grupo. A pesar de que la mayoría del grupo tiene un marbete clínico de esquizofrenia paranoide, cada sujeto tiene sus vivencias personales y su aparato psíquico se ha clivado de manera singular.

5.3.2.5.2.1. Interrogar al paciente

Este tipo de intervención prácticamente se hizo en las dos primera sesiones de cada uno de los grupos (A, B y C), cuando se exploró el inicio, el curso y el estado actual del padecimiento, como se puede observar en la viñeta del anexo No. IV. También a lo largo del tratamiento, cuando hubo necesidad de explorar más acerca de un tópico con un paciente determinado se llevó a cabo.

5.3.2.5.2.2. Proporcionar información

Este tipo de información se dio para orientar a los pacientes sobre preguntas específicas acerca de asuntos sexuales o sobre sus síntomas, por ejemplo. Preguntaban ¿qué es una alucinación, es buena la masturbación?, etc. o en ocasiones preguntaban situaciones administrativas, sobre la lista o volvían a preguntar sobre el encuadre: hora, día, inicio y término del grupo. Situación que les informaba.

5.3.2.5.2.3. Clarificar

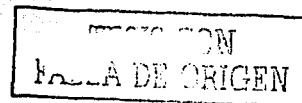
Esta intervención la llevé a cabo en pocas ocasiones, exclusivamente cuando algún paciente se tornaba sumamente incoherente y yo hacía las veces del intérprete para el grupo.

5.3.2.5.2.4. Recapitular

Hice uso de esta intervención, principalmente al inicio y al final de las sesiones, con los tres grupos. A manera de devolución de los contenidos manifiestos y en ocasiones de los contenidos latentes. También recapitulé para informar los logros obtenidos en el grupo. En lo referente a la recapitulación del final del tratamiento, la llevé a cabo de manera puntual con cada paciente.

5.3.2.5.2.5. Señalar

Esta intervención fue poco utilizada en mis participaciones.



5.3.2.5.2.6. Interpretar

Hay que recordar que la base del trabajo clínico consiste en interpretar la transferencia como objetivo de la cura. Sin embargo, sólo manifesté algunas intervenciones cuando así lo consideré necesario para los sujetos en lo particular o para el grupo. La interpretación le llevé a cabo al final del tratamiento junto con la recapitulación.

No obstante mi labor de interpretación más ardua y continua, se puede observar en cada uno de los protocolos del tratamiento.

En el formato del protocolo interpreté los contenidos latentes, los mecanismos defensivos, los síntomas, los procesos grupales que pude observar y leer en las sesiones.

5.3.2.5.2.7. Sugerir

Esta intervención consiste en promover determinadas actitudes, y cambios a título de ensayo. Mi participación al respecto se dio con situaciones que irrumpían el clima terapéutico, por ejemplo cuando los pacientes se agredían verbalmente, o cuando hablaban de sus conflictos intrafamiliares y estaban a punto de llegar a un acting o que manifestaran ideación suicida. Cuando se presentaron temas difíciles como el *suicidio*, pude observar que los grupos sólo requerían de apoyo, contención, orientación, y les sugería conductas para manejar o evitar conflictos.

Se puede decir que durante el tratamiento no hubo una sola agresión física al interior del grupo, como tampoco se reportó ninguna fuera del tratamiento durante este intervalo.

5.3.2.5.2.8. Indicar

Se indicó la realización de ciertas conductas con carácter prescriptivo, cuando el supervisor así lo sugirió, y se llevó a cabo, tanto para los pacientes como en mis intervenciones.

5.3.2.5.2.9. Encuadrar la tarea

Esta labor se realizó al inicio del tratamiento, y cuando fue necesario reforzarlo en los grupos. Por ejemplo, hubo mayor resistencia en el Grupo B, que en los demás grupos y también un incremento en la agresión verbal, que se pudo demostrar con el supuesto básico de ataque fuga, situación que promovió en parte, la deserción de varios elementos del grupo. Por lo que mi labor además del apoyo y la contención, fue encuadrar la tarea, como se puede observar en los protocolos del Grupo B.

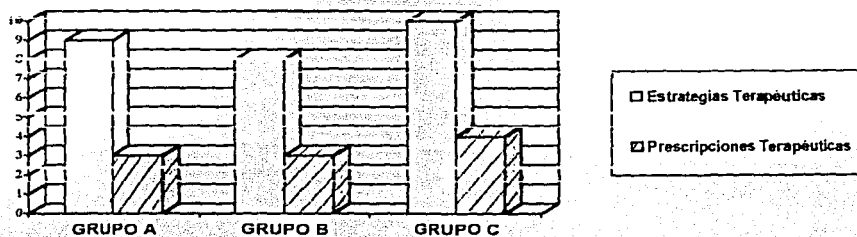
Para concluir, es importante señalar que mis intervenciones fueron diversas y respondieron principalmente al momento de grupo. Por otra parte cabe mencionar que a pesar de que existieron algunas actividades programadas al inicio y al cierre del grupo, en lo referente a mis participaciones, como por **ejemplo encuadrar la**

ENCUADRAR CON
FALLA DE ORIGEN

farea, recapitular, informar, interrogar. Estas intervenciones no se dieron siempre, ya que entre las sesiones de la dos a la nueve, mi conducta fue más silente, y mi rol fue de facilitador, para que el grupo interactuara y se comunicara en un ambiente terapéutico.

5.3.2.6. SUPERVISION

Gráfica 8.- Supervisión: Estrategias y Prescripciones Terapéuticas

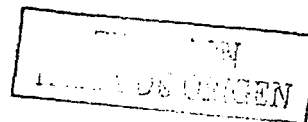


La supervisión de los grupos la llevé a cabo una vez por semana, donde se supervisaban dos grupos al inicio, que había visto en el mismo período de tiempo, pero en diferente horario, estos fueron los grupos A y B, mientras que con el grupo C, la supervisión se llevó a cabo de manera más espaciada de una sesión cada 15 días.

Como se pudo apreciar a lo largo de este capítulo, se interpretaron tanto las viñetas clínicas en lo singular, como también se elaboró una interpretación por grupo como totalidad y se interpretaron cada uno de los rubros que conforman el protocolo, lo cual representa de alguna manera, ejemplos de cómo trabajar con los formatos y proporcionar la información resultante de la investigación clínica.

Recapitulando

El análisis de datos del formato definitivo, incluye las categorías establecidas en el instrumento que se aplicó en cada una de las sesiones, por lo que, en cada sesión, se hizo un **reporte de contenido** que fue analizado por el terapeuta y donde el supervisor expresó su opinión acerca de los datos vertidos en el formato del protocolo. Además, en el tratamiento se revisaron en su **conjunto las relatorías**, como parte <un todo>, es decir el proceso clínico del tratamiento, considerando siempre los aspectos sucedidos en el campo clínico de la interacción terapéutica. También se informó la **aparición de ocurrencia por rubros del protocolo por sesión**, que permitieron la descripción de cada una de las sesiones y del tratamiento.



CAPITULO **VI**

DISCUSION Y CONCLUSIONES

RECIBO CON
I. DE ORIGEN

CAPITULO VI

DISCUSION Y CONCLUSIONES

6.1. DISCUSION

Como se señaló en los antecedentes, este estudio es novedoso en el género, al ser aplicado en grupos terapéuticos con pacientes psicóticos. La elaboración del protocolo de relatorías psicoanalíticas de sesiones de grupo, con pacientes de grupo, es una aproximación al fenómeno grupal; el formato del protocolo está diseñado para registrar *algunos sucesos clínicos básicos en la clínica grupal con psicóticos*, y permite describir lo escuchado y observado en las sesiones, a la vez que posibilita su *análisis, interpretación y síntesis*.

Este trabajo permite tener una visión más amplia de lo sucedido en los dispositivos grupales de corte psicoanalítico, con pacientes psicóticos.

En esta sección se discuten los resultados de los tres grupos (A,B,C), que fueron objeto de estudio, para poner a prueba el protocolo para documentar sesiones terapéuticas de grupo con pacientes psicóticos adultos desde la óptica psicoanalítica.

Es importante que el lector tenga presente tanto la información de la teoría psicoanalítica de las psicosis, la teoría y el conocimiento del dispositivo grupal, que se presentaron en los dos primeros capítulos.

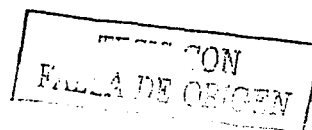
En lo referente al protocolo para <elaborar relatorías psicoanalíticas en grupo con pacientes psicóticos>, aquí se revisa si el formato cumple con las funciones pretendidas en el enunciado del objetivo general. Es decir, se evalúa si el protocolo propuesto se circunscribe, por un lado al método psicoanalítico de grupo, y por otro lado, si puede dar cuenta de los fenómenos sucedidos en el *setting* grupal.

6.1.1. CRITERIOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

En este apartado se discuten y se concluye la información sobre los datos sociodemográficos.

6.1.2. El género

En el tratamiento no existió la discriminación por sexo y si bien en el estudio hubo más pacientes masculinos, esto se debe a como se encontraba distribuida la población de esas nosologías clínicas. También hay que aclarar a que la mayoría de los pacientes provienen de la clínica de esquizofrenia donde hay más hombres que mujeres.



6.1.3. El rango de edad

El rango de edad utilizado fue de pacientes entre 18 y 45 años de edad, esta variable respondió principalmente a situaciones clínicas, ya que se sabe que pacientes con mayor edad presentan un deterioro cognoscitivo que el rango establecido. Por otra parte, iniciar con un rango de 18 años, permite conocer con claridad que los pacientes ya han sido diagnosticados según los criterios del DSM-IV²³⁰ que contempla esta variable de edad para el diagnóstico de esquizofrenia.

6.1.4. Estado civil

Clínicamente, desde la teoría psicoanalítica, se puede argumentar, con Freud que este tipo de pacientes no establecen lazos afectivos profundos y amorosos, no pueden investir a los objetos (Abraham 1917:378, citado por Freud) de manera íntegra, es decir no pueden libidinizar a las personas, siendo sus relaciones básicamente de objetos parciales, a través del autoerotismo. A esto se suma el aislamiento en que se encuentran confinados, estos pacientes en sus ámbitos familiares y que en otras ocasiones, viven en las instituciones en sus múltiples internamientos a lo largo de su vida condiciones por los que la mayoría de los pacientes se mantiene soltero.

6.1.5. Escolaridad y ocupación

Estas variables se ven afectadas por el padecimiento, ya que la mayoría de los pacientes abandona tanto la escuela como el trabajo cuando el trastorno llega a la cúspide y genera un deterioro, que limita o impide que los sujetos continúen con su vida académica y laboral en la que participaban.

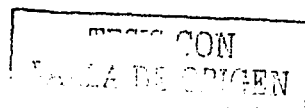
6.1.6. Religión

Clínicamente aquí habría que revisar si existe una relación entre el padecimiento y la religión, principalmente en lo que se refiere a las ideas delirantes de tipo mesiánico. Sin embargo, del total del grupo predominan los delirios de daño y persecución y sólo en dos casos las ideas delirantes corresponden son de tipo mesiánico, un católico y un testigo de Jehová, ambos se sienten Dios y comentan que reciben mensajes y actúan en consecuencia a la idea delirante. Estos resultados de ninguna manera significan que el delirio se encuentre relacionado directamente con la adopción religiosa de los sujetos.

6.1.7. CRITERIOS CLÍNICOS

En este rubro se dicuten y se concluyen los datos clínicos. En lo referente al diagnóstico, el encuadre, el contrato, y el análisis de categorías de los grupos.

²³⁰ Ver criterios diagnósticos de la esquizofrenia en el DSM-IV



6.1.8. Diagnóstico

En lo concerniente al diagnóstico Poch y Avila (1998:72) explican que "Una de las variables más importante del paciente es el trastorno que padece: La relación entre este trastorno y el cambio que se desea obtener mediante el tratamiento será uno de los puntos centrales de cualquier investigación; su omisión parece una aventura cuando menos arriesgada. El diagnóstico comportará necesariamente una indicación de tratamiento y un pronóstico".

Con respecto al diagnóstico, se puede decir que el dispositivo grupal permite el trabajo psicoanalítico con pacientes psicóticos exentos de daño orgánico, les provee de un espacio terapéutico o *setting*, donde el paciente puede hacer uso de él de manera terapéutica en pro de su beneficio sintomático y vivencial.

6.1.9. Terapeuta y Supervisor

Tanto el terapeuta como los supervisores cumplen con los requisitos propuestos en el método. El terapeuta tiene una formación en psicoterapia de grupo y estudios de posgrado en psicoanálisis. En lo referente a los supervisores uno de ellos es médico psiquiatra con formación grupo analítica, con experiencia en la atención a pacientes psicóticos. El segundo supervisor tiene una especialidad en psicoterapia de grupo y experiencia clínica en psicoterapia individual de corte psicoanalítica y en el ámbito de las psicosis.

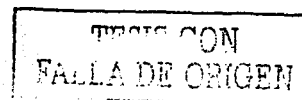
6.2. El encuadre y el contrato

Como se puede observar en la primera sesión²³¹ de cada grupo el terapeuta expresó con detalle el encuadre y el contrato terapéutico como se señala en el método, dando así la posibilidad de que, durante el tratamiento, se observara cualquier desviación al respecto que pudiera ser asociada directamente a la resistencia. Por ejemplo, en el caso de las inasistencias al tratamiento, algunas se atribuyeron a verdaderas contingencias externas, donde no se pudo interpretar la resistencia.

6.2.1. Análisis de categorías de los grupos

El análisis de datos condensa las categorías establecidas en el instrumento, que se aplicó en cada una de las sesiones, *resultando un formato por sesión*. Se elaboró un reporte de contenido que se *analizó* por el terapeuta y el supervisor, bajo la más rigurosa consigna de apego al marco de referencia especificado en la tesis. Además, al final del tratamiento, se revisaron en su conjunto las relatorías, como *un todo*, es decir, el proceso clínico del tratamiento. Considerando siempre los aspectos sucedidos en el campo clínico de la interacción terapéutica. También se informó la *frecuencia de ocurrencia en la que se presentaron las categorías* que posibilitaron la descripción de las sesiones. Para saber si era necesario suprimir, aumentar,

²³¹ Ver el ejemplo uno en Anexo IV



modificar y/o aceptar otras categorías con el sustento clínico que proporciona el tratamiento y si el protocolo cumplió con su cometido.

6.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

En lo referente a este rubro, los criterios de exclusión se llevaron a cabo al pie de la letra, situación que permitió una investigación sin salirse de los márgenes establecidos, eliminando con ellos problemas en la selección de pacientes.

6.2.3. Deserción

La deserción y las inasistencias se pueden deber a múltiples causas, la primera tiene que ver con la *resistencia al tratamiento*, ya que el grupo estuvo bajo un encuadré psicoanalítico claro y explícito. Donde las faltas y la renuncia al tratamiento se encuentra contemplada como resistencia. Los estudios de Zimmermann (1969:213)²³² lo confirman, los estudios que hizo a lo largo de 15 años son el <resultado de quince años de psicoterapia de analítica de grupo> donde documenta la deserción en sus grupos con pacientes ambulatorios y en la clínica privada.

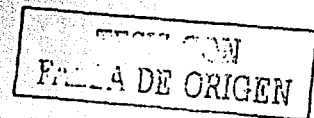
En segundo término el grupo moviliza *estados regresivos (Anzieu, 1978)²³³ a niveles narcisistas*, donde los pacientes se sienten vulnerables ante la agrupación y prefieren faltar o renunciar al tratamiento. Una tercera causa probable que influye de manera importante es que el grupo se constituyó con pacientes *psicóticos ambulatorios*, situación que se convierte en una variable importante de deserción y de falta de adherencia a cualquier tratamiento, (se sabe que la red familiar de apoyo es pobre y algunos casos nula). Por ejemplo la familia no cuenta y no cubre los gastos para los pasajes de los pacientes para trasladarse al hospital, o los familiares no se interesan por el seguimiento de los pacientes en sus tratamientos. Como estas situaciones, se podrían enumerar varias, en las que predomina la idea de que el paciente ambulatorio tiene menos responsabilidades con su tratamiento que los pacientes internos.

Finalmente, Freud (1938;Vol.XXII: 157) reconoce que la *apatía* es característica en este tipo de población, y que aquí es una variable clínica resultante del padecimiento que incide en la deserción.

Por lo tanto la resistencia, la regresión narcisista, la apatía y el carácter ambulatorio de los pacientes son causas de deserción.

6.3. ELEMENTOS QUE CONFORMAN EL PROTOCOLO

El protocolo quedó constituido con los siguientes rubros²³⁴:



²³² Ver Zimmermann (1969) pp. 213-234 "Presentación de resultados y la casuística"

²³³ Citado por Fernández (1989) El campo Grupal, " El grupo lleva al individuo muy lejos hacia atrás, allí donde todavía no se había constituido aún como sujeto".

²³⁴ Los rubros que conforman la teoría del protocolo que se propone fueron revisados por los sinodales de grupo que en general aceptaron el proyecto de investigación y propusieron algunas

- Ficha de identificación
- Participantes en el grupo pacientes y terapeuta (Topología del espacio grupal)
 - I.- Temas de la sesión
 - II.- Relatoría (**teoría y supervisión**)²³⁵
 - III.- Procesos grupales (**teoría y técnica del dispositivo grupal**)
 - IV.- Transferencia-Contratransferencia (**teoría, técnica, análisis personal y supervisión**)
 - V.- Intervenciones terapéuticas (**teoría, técnica, análisis personal y supervisión**)
 - VI.- Supervisión (**teoría, técnica y análisis personal**)

La literatura psicoanalítica tiene especificidad de ser un constructo basado en la clínica, en el cual los *cuatro ejes se interrelacionan* de manera recíproca. Es decir, la clínica comanda tanto a la teoría como a la técnica, el análisis personal y la supervisión. La clínica, entonces, da cuenta del marco teórico psicoanalítico en el que se establece el método de la libre asociación y la escucha analítica: el primero rige al paciente, y el segundo es la labor del analista. De la teoría y la clínica se desprende el hecho de que toda persona que ejerza el psicoanálisis o la terapia de corte psicoanalítico, en cualquiera de sus modalidades (individual, de pareja, de grupo o familia), debe pasar obligadamente por su análisis personal, a fin de que el analista conozca su estructura de personalidad y sus capacidades tanto intelectuales como afectivas y las pueda diferenciar de las del analizado. Esto va a permitir, conocer la <transferencia> del analizado y el <efecto que produce la contratransferencia en el analista>²³⁶

Así como Freud instituyó la necesidad de analizarse para ejercer el psicoanálisis, también propuso la <supervisión> de los analistas en formación, de los casos clínicos que trabajen. La supervisión entonces, es un momento estratégico que incluye los cuatro ejes, es decir, <la teoría, la técnica, el análisis personal y la supervisión> en la clínica; esto permite que el trabajo del novel terapeuta, sea más eficiente y evite, en lo posible, actuaciones contratransferenciales que pudiesen provocar cambios en el analizado que no obedecen al ámbito terapéutico, por lo que la supervisión se convierte en un dispositivo que va a procurar evitar sesgos en el tratamiento, a fin de que el analizado responda a la cura analítica, de acuerdo con la interpretación transferencial que se sucede en el tratamiento.

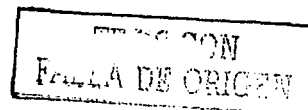
Como se puede verificar, el protocolo, objeto de esta investigación cumple ampliamente los criterios de los cuatro ejes en los que se circunscribe el trabajo psicoanalítico²³⁷.

modificaciones, que ya están contempladas en el capítulo del método y en la versión final del instrumento.

²³⁵ Este cuadro ilustra con letras negritas, la correspondencia de los cuatro ejes en los que se mueve el psicoanálisis de grupo.

²³⁶ Ambos términos fueron definidos en el capítulo de la teoría de grupo.

²³⁷ Mayores detalles de esto se encontrarán a lo largo de este capítulo.



Análisis de resultados de la aplicación del protocolo en tres grupos terapéuticos.

6.3.1. Ficha de identificación

La ficha de identificación es útil y práctica ya que permite al investigador tener de manera resumida y organizada, los datos administrativos, como son: la focalización grupal, la clave del grupo, la fecha de la sesión, el horario, los días y el número de sesión.

Esta ficha permite al clínico, por una parte, organizar sus grupos dentro de la institución, pudiendo secuenciar cada una de las sesiones a la vez que lo puede hacer por cada tratamiento terminado. También la ficha puede codificarse para la investigación, de acuerdo a las necesidades de los grupos que se conformen, y a las necesidades clínicas.

6.3.2. Participantes

Este apartado está dedicado a la Topología del espacio grupal. Donde se identificaron con una clave a cada paciente, en el que se ilustra en un diagrama el lugar que ocupan los pacientes y el significado que tienen el sitio que establecen y al que regresan en la generalidad de los casos. Al respecto Foulkes (1986:204) escribe que "consiste en anotar los nombres de los pacientes tal como se sientan alrededor de la mesa . este registro es dinámicamente significativo, vale la pena llevarlo a cabo, y resulta especialmente interesante para quienes estudian la psicodinámica de un grupo." . Como se pudo contrastar con la teoría y el trabajo clínico se refrenda lo que kaës enuncia (1977:178) "El espacio del grupo se define por lo que el objeto del deseo convoca para su realización: figuraciones de objetos, de imágenes, de proceso, de polaridades, de pulsiones , de mecanismos de defensa coordinados en una disposición grupal inconsciente"

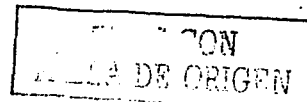
6.3.3. Los temas

En el trabajo en el que Bach (1974:83) agrupa los <tópicos> que se trabajan en los grupos con objetivos estructurados se utilizaron para la investigación clínica. Siendo éstos los *síntomas y confesiones, la psicología de valores, las situaciones de emergencia, la perspectiva histórica, los consejos y el relato de sueños.*

Por ejemplo en todos los grupos hubo sesiones dedicadas a temas sexuales, donde había confesiones sobre la homosexualidad, el incesto, la masturbación, prácticas zoofílicas, hostigamiento sexual a mujeres, etc.

6.3.3.1. Síntomas y confesiones

El hecho de que el tema de los síntomas ocupe el primer lugar de posición, demuestra el interés del grupo por buscar y conocer más acerca de la patología que les aqueja, además este rubro demuestra abiertamente el sentido terapéutico del tratamiento.



6.3.3.2..Perspectiva histórica

Explica Bach (loc.cit.) "los pacientes hablan de su vida pasada e intercambian episodios emocionalmente importantes de sus relaciones interpersonales pasadas, especialmente familiares".

Al interior de los grupos se pudieron observar y documentar algunos datos inconexos, estados regresivos a *niveles narcisistas propios del padecimiento psicótico*.

6.3.3.3..Consejos

En el tópico de *consejos* se presentó en los tres grupos como si hubiera una necesidad de saber de manera clara y directa cómo resolver sus problemas y síntomas, después de ser expuestos. Esto por una parte, tiene que ver con *ideas mágicas y omnipotentes* de los pacientes, y por otra, la atribución que se hace al rol terapéutico al sujeto supuesto del saber.

6.3.3.4 Psicología de valores y metas de la psicoterapia

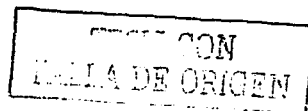
Los grupos oscilaron en trabajar este tópico, y su búsqueda fue siempre dar razón de su condición psíquica y tratar de reconocer cómo son ellos usados para ensayos, investigaciones, pruebas, etc. que cuando son físicas, son percibidas por los pacientes como castigos. Situación que ha mejorado con el tiempo, con el descubrimiento de nuevas opciones terapéuticas.

6.3.3.5 Situaciones de emergencia

El tópico de la muerte tiene una gran importancia por lo delicado de tratar el asunto de las pulsiones de muerte y los *acting out* que representan un trabajo clínico arduo para el terapeuta, que va del *<apoyo a la contención y el seguimiento>* de los casos durante el tratamiento, ya que estas ideas sobre el suicidio u homicidio, se incrementan cuando se exacerba el cuadro psicótico, habiendo en los pacientes una pérdida del control de la esfera pulsional, situación que implica una asistencia y vigilancia estrecha a los pacientes que la presentan.

6.3.3.6 Relato y análisis de sueños

En este apartado los pacientes cuentan sus sueños y proporcionan sus asociaciones, curiosamente en los grupos se mostraron sueños que no fueron el tópico central de las sesiones y, sin embargo, proporcionaban material para el análisis del grupo. Quizá se deba a que el material fue expresamente deseos manifiestos, que no requerían de labor interpretativa, ya que el material de los sueños es confundido con frecuencia por los pacientes con la realidad.



El grupo no trabajaba las <asociaciones>. A pesar de que fueron promovidas en diferentes momentos, no se pudo documentar un apartado exclusivo durante una sesión de sueños a lo largo de los tratamientos.

6.3.4. Relatoria

La relatoria incluye los apartados de contenido manifiesto y contenido latente.

La relatoria se puede definir como el argumento consciente (contenido manifiesto) y el significado inconsciente del argumento (contenido latente).

El hecho de que los pacientes psicóticos tengan en momentos un discurso incoherente, no significa que carezca de sentido y de interpretación. Hay que recordar que para el psicoanálisis los pacientes esquizofrénicos, y los psicóticos en general, se comunican en dos niveles, uno de carácter **concreto** y el otro **metafórico**²³⁸, y ambos son elementos para el análisis.

6.3.4.1. Contenidos latentes

La literatura clínica en lo referente al *contenido latente*, implica según Bejarano (1978:121) *el desciframiento del discurso manifiesto*, que le da sentido a este, y corresponde a la interpretación los efectos que el inconsciente presenta a través del juego de los *mecanismos defensivos* en la situación analítica, estructurada por la regla psicoanalítica.

Los contenidos latentes en los grupos varían dependiendo de la historia personal y grupal y los vínculos que se establecen en el grupo.

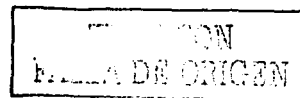
Los contenidos latentes presentados en los grupos se asociaron directamente con los temas, y presentaban una gran variedad de **contenidos inconscientes**, principalmente los relacionados al **narcisismo** (Freud 1914; Vol.XIV:72) de los pacientes y la **regresión** (Anzieu, 1978²³⁹; y Doria y Melgar, 1995:17) que el agrupamiento propicia. Estos contenidos estuvieron matizados por pensamientos **omnipotentes y mágicos** (Freud, 1905, Vol.VII:164) y que enunciaban el sufrimiento psicótico. En las sesiones bien se podría hablar del tema de la muerte, a lo que se asociaban las pulsiones de thanatos y eros. En otras ocasiones los temas sobre la sexualidad implicaban de manera directa a las **fantasías originarias** (intrauterinas, de la escena primaria, de seducción y de castración) entre otros.

6.3.4.2. Mecanismos de defensa

El mecanismo de la **desmentida** fue fácilmente documentado en el protocolo observado cuando el paciente rechazaba una parte de la realidad, y a cambio de ello, generaba una realidad nueva, es decir, una psicosis. La **proyección** básicamente, se pudo encontrar en las ideas delirantes, por ejemplo cuando los

²³⁸ Ver Grinberg (1968)

²³⁹ Citado por Fernández (1989:117) El campo grupal.



pacientes comentaban "que los perseguían para hacerles daño o matarlos", cuando en realidad lo que enunciaban, eran *sus deseos*. La **negación** se pudo documentar cuando los pacientes no aceptaban el padecimiento, etc. Estos mecanismos defensivos se manifestaron de manera clara a lo largo del tratamiento en los tres grupos

6.3.4.3. Síntomas

Los síntomas en la psicosis son la resultante entre el **conflicto entre el yo y la realidad externa** que fueron manifiestos por los pacientes con delirios, alucinaciones, incoherencias, ideas mágicas, pensamientos omnipotentes, conductas atípicas etc, que matizaron este rubro y refrendaron que los síntomas corresponden a las psicosis principalmente. Se pudo demostrar cómo el término de la **<desmentida>** se pudo aplicar directamente cuando los pacientes en grupo **<desmintieron la castración>** como se documentó en el capítulo de resultados e interpretación.

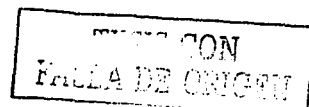
6.3.5. Los procesos grupales

Los procesos grupales²⁴⁰ que en esta investigación se documentaron fueron: *<la resistencia grupal, los supuestos básicos, el grupo interno y la ilusión grupal>*. Cabe aclarar que sólo se documentaron "algunos procesos grupales" y que en estudios posteriores se podrían incluir algunos otros más, para matizar mejor la realidad psíquica grupal de los pacientes psicóticos en el dispositivo grupal. Procesos grupales:

6.3.5.1. Resistencia Grupal

La resistencia se pudo documentar de diferentes maneras, desde el inicio hasta el final del tratamiento, por ejemplo *llegar tarde a la sesión, faltar, abandonar el tratamiento, mostrar una conducta silente, repetir los temas, una excesiva disposición para escuchar a otros y no involucrarse, también los deseos de incluir al terapeuta como uno más en el grupo*. Las inasistencias y deserciones en el grupo son claras manifestaciones de ello. Al respecto, Valiente (1987:80) comenta "un tipo de resistencia que aparece con más frecuencia en la terapia grupal que en la individual, es faltar a la sesión".

²⁴⁰ El concepto de proceso grupal se equipara aquí con el término de *<realidad psíquica grupal>*, expuesto por Kaës, quien explica que en el grupo se producen formaciones y procesos psíquicos que se rigen por una lógica de determinación y por instancias propias de la agrupación, y estos procesos son derivados del inconsciente por la propia determinación del sujeto y de los vínculos que ejercen el grupo. *<La realidad psíquica>* grupal, entonces es un fenómeno que se da independientemente de los sujetos que constituyen el grupo. Es decir, que el hecho de la agrupación terapéutica siempre traerá consigo una realidad psíquica grupal. Ejemplos de ellos son la resistencia grupal, los supuestos básicos, el grupo interno y la ilusión grupal, entre otros, que se trabajan en esta investigación.



6.3.5.2. Supuestos básicos:

Los supuestos básicos son tres:

- 1.- De dependencia
- 2.- De ataque-fuga
- 3.- De apareamiento

Los supuestos básicos al igual que la resistencia y la ilusión grupal son procesos que se presentan en la clínica, en todos los grupos terapéuticos, incluyendo a los grupos con pacientes psicóticos y ya han sido documentados por diferentes analistas y aquí se aplican a manera de dar cuenta, como los *supuestos básicos* representan los estados *afectivos* emergidos de manera *inconsciente* por la agrupación, la *resistencia como obstáculo al trabajo terapéutico* y a la vez como camino para encontrar efectos del inconsciente, y la *ilusión grupal como una fantasía* impera a manera que se escindiría la transferencia grupal, separando por un parte en objetos buenos al grupo y al terapeuta y expulsando al exterior la proyección donde los objetos son malos, como se pudo confirmar en los resultados.

6.3.5.3. Grupo interno

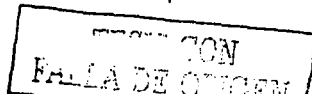
Mientras que los **supuestos básicos** nos proporcionaron información sobre los **<afectos>** de la agrupación, el **grupo interno** nos ofreció elementos para documentar sobre las **<representaciones intrapsíquicas >** puestas en escena grupal para conocer los prototipos familiares en el grupo, a través de las imago paternas, hay que enfatizar que las **<fantasías>** son procesos **<constitutivos del inconsciente>** que se muestran de manera *singular* y nos informa de las hipótesis inconscientes acerca del origen y la diferenciación sexual, por citar algún ejemplo. En todos los grupos se pudo argumentar las fantasías a excepción la referente a la **<escena primaria>**, que quizá se deba a que en diez sesiones no son suficientes para que aparezca este proceso inconsciente o simplemente, no fue el momento para ninguno de los grupos lo trabajara.

También en este rubro del **<grupo interno>** se pudo explorar *la representación desintegrada y persecutoria que tienen los pacientes psicóticos acerca de su cuerpo* y finalmente se pudieron encontrar manifestaciones clínicas en las que el grupo ligaba representaciones de las pulsiones, o bien escenificaba diferentes instancias del aparato psíquico grupal. Por ejemplo, parte del grupo representaban al superyó severo y castigador mientras otros representaban a las pulsiones. Lo cual no quiere decir que los miembros del grupo siempre representen estas instancias.

6.3.5.4. Ilusión grupal

La ilusión grupal es un término generado por Anzieu, que descubrió tanto en la clínica individual como grupal. Es un proceso psíquico que al igual que los supuestos básicos de Bion, se presentan en todos los grupos, sean terapéuticos o no.

En la clínica se puede apreciar cuando los elementos refieren "sentirse bien, que conforman un buen grupo y el terapeuta es un buen jefe". La interpretación



psicoanalítica que proporciona Anzieu es que el grupo nace por partenogénesis y vive en el interior del cuerpo de la madre fecunda y omnipotente", por lo que esta envoltura protege a todos de igual manera.

Las características de este proceso psíquico se dan en la identificación narcisística, en la que el grupo tiene la tarea de construir un nuevo cuerpo (grupo-madre). Hay que recordar que Anzieu comentaba (1976:103) "no hay grupo que no esté, como el cuerpo, marcado por el deseo del otro para su identificación e identidad. Se deben presentar dos premisas.

1.- Que la transferencia se escinda para convertirse la representación en un "pecho bueno, introyectado".

2.- Es necesario que en el exterior se encuentre un objeto malo, en el que se proyecte (salga) la transferencia negativa, escindida.

6.3.6. Transferencia-Contratransferencia

Este apartado incluye la transferencia que se reedita por la agrupación y la contratransferencia que el terapeuta experimenta de esa agrupación.

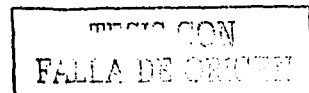
6.3.6.1. Transferencia

La literatura psicoanalítica en lo referente a la transferencia es vista y documentada tanto en las neurosis como en las psicosis. La **transferencia** es un término técnico de sustantiva importancia para la cura psicoanalítica; es una herramienta y el **eje central de la interpretación**; también es uno de los accesos al material inconsciente. Descubierta por Freud en 1905, en la clínica de las neurosis, **ha sido demostrada** durante la historia y desarrollo del psicoanálisis, tanto **en las psicosis** como en los trastornos llamados fronterizos. Es un tipo específico de relación que sucede en el vínculo analítico y en general en las relaciones cercanas de los sujetos. Es un tipo de relación de objeto entre el analizado y el analista. La transferencia es una repetición, una reedición de una relación de objeto antigua, donde se actualizan tanto afectos como representaciones y fantasías, surgidas en el vínculo terapéutico.

En las psicosis, la transferencia trae consigo estadios arcaicos, como se pudieron documentar y comprobar con los tres grupos de esta investigación, resaltando el narcisismo patológico del paciente, como lo argumentan Doria y Melgar" (1995:17). "La intensidad de los afectos revividos en la transferencia, expresa el compromiso que en los mismos tienen las relaciones objetales primitivas deficitarias y traumáticas. Pero es conveniente recordar que estos compromisos no surgen debido a que el análisis favorezca regresiones peligrosas, sino que ya forman parte de la patología preexistente".²⁴¹

En el rubro de la transferencia se pudo comprobar con los tres grupos que los pacientes psicóticos pueden transferir hacia la figura terapéutica (transferencia hacia

²⁴¹ Las negritas son mías.



el monitor), hacia los otros (transferencia lateral), hacia el grupo (transferencia grupal) y hacia el mundo externo (transferencia hacia un objeto externo).

El contenido de la transferencia psicótica es narcisista, básicamente estructurado por pensamientos mágicos y omnipotentes.

Es sabido que el psicótico oye voces que lo interpelan, que lo amenazan, que lo invitan a tener conductas inusuales y agresivas o autodestructivas, que en las crisis del brote psicótico comandan su vida y muchos de ellos responden en consecuencia, con actos de violencia, intentos suicidas y homicidas, reconocen en la proyección, al mundo externo como persecutor y quieren acabar con él. Cuando en realidad las voces provienen de su mundo interno, el superyó cruel que han introyectado y que de vez en vez los castiga de manera insidiosa y en otras ocasiones continúa al grado de que tienen que coexistir con su pensamiento dividido, el que acecha y el que cuida al sujeto del acecho.

6.3.6.2. **Contratransferencia**

Al igual que la transferencia, la contratransferencia es una herramienta básica del terapeuta. A la cual se confronta continuamente, a fin de poder diferenciarse de su análisis con los pacientes. El terapeuta recrea y compara en ocasiones, cuando hay partes oscuras de su propio análisis, que lo hace actuar en consecuencia. Por lo que la contratransferencia tiene además del análisis del terapeuta²⁴², un apoyo extra con el supervisor, quien por lo regular es un analista de vasta experiencia clínica. quien también reconoce y señala las actuaciones contratransferenciales del terapeuta, a fin de que corrija eventuales errores y trabaje esos espacios ciegos que no puede alcanzar. Basta decir que en todos los grupos, en todas las sesiones, se presentó la contratransferencia tanto positiva como negativa.

Aquí habría que recordar a Doria, quien comenta (1995:17) *"lo que revive el análisis son momentos narcisistas, sus defensas y los grandes sufrimientos psíquicos en que fueron originando y desarrollando las estructuras patológicas"*. Más adelante puntualiza (idem:79) *"la contratransferencia en el psicoanálisis con psicóticos, fundamentalmente consiste en el propio vivenciar y sentir el mundo esquizofrénico, por el analista, contrastándolo además con su mundo neurótico, para poder diferenciar, llegar a lo desconocido del psicótico"*. El impacto de las proyecciones de emociones muy primitivas, hacen aparecer en el analista el miedo, pánico, rabia, horror, soledad, angustia profunda, desconsuelo, incompreensión, que pone en jaque el psiquismo y el desarrollo del tratamiento. Pueden aparecer en el psicoanalista, actuaciones contra el paciente u otras personas, no es extraño que se presenten pequeñas fugas de confusión y desconfianza paranoide que dificultan la labor con el analista. Son frecuentes las repercusiones físicas: cansancio, incomodidad postural, dolores,

²⁴² Por su parte Poch y Avila (1998:91-92) comentan que "es importante que el terapeuta conozca en su propio análisis, lo más detalladas posible, esas estructuras mentales propias, pues sería a partir de sí mismo, de sus propias estructuras mentales, desde donde seguirán las asociaciones de transferencia o contratransferencia del terapeuta. Lo que dependerá de si en la formación de dichas asociaciones en el terapeuta predomina la generación endógena o exógena."

dispepsias, deseos de dormir durante la sesión, etc."²⁴³ (sic) todo es sentir y vivir fue comprobado en los tres grupos, no hay duda de la transferencia, ni de la contratransferencia en grupos con pacientes psicóticos.

6.3.7. Intervenciones

En este rubro se incluye la intervención del terapeuta hacia el grupo como un todo y al individuo en lo singular, además de las modalidades de la intervención

Estas intervenciones se dieron con los tres grupos y se pudieron matizar desde la concepción de Fiorini (1990), siendo estas: *interrogar al paciente, proporcionar información, clarificar, recapitular, señalar, interpretar, sugerir, indicar, encuadrar la tarea*. Como se puede revisar en el marco teórico y en los resultados. Además estas intervenciones las lleve a cabo como parte de mi labor terapéutica, con resultados satisfactorios a lo largo de los tres tratamientos como se puede observar en los protocolos de la investigación.

6.3.8. Supervisión

Prácticamente la labor de supervisión²⁴⁴ me ayudó en dos sentidos. Uno para dar seguimiento a los grupos terapéuticos y otro para aclarar la transcripción de los protocolos.

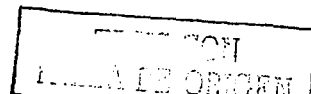
Llevé los protocolos por sesión, previamente requisitados, y con esta información se replanteaba lo que sucedía en los grupos, recreando así nuevamente las sesiones, a fin de profundizar tanto en lo escrito en los protocolos como en el seguimiento del grupo.

En la supervisión también reflexionaba sobre la labor terapéutica y mi sentir contratransferencial, que en ocasiones fue contenido cuando manifestaba ansiedad, por lo difícil de algunas sesiones. Por ejemplo, las relacionadas con el suicidio. Frases como las siguientes fueron manifestadas por el supervisor. "estás ansioso", "reflexiona", "descansa", o estás respondiente contratransferencialmente", "no te enganches en un conflicto, cuida al grupo", "participa lo menos que puedas. "observa y disfruta al grupo, etc. Este apoyo orientó mi labor terapéutica; mientras que otras frases señalaban errores en el acopio del protocolo. Por ejemplo me indicaba "cuidar mi redacción", "no apresurarme en los reportes", "y hacer las viñetas más claras".

Hasta aquí se trabaja la discusión acerca de los rubros que conforman el protocolo.

²⁴³ Las negritas son mías.

²⁴⁴ Poch y Avila (1998:81) explican que "La instauración del psicoanálisis como primera herramienta psicoterapéutica a principios de siglo ha impuesto la necesidad de su aprendizaje de una forma reglada. Así en 1908, nació en el Instituto psicoanalítico de Berlín el primer sistema reglado de aprendizaje del psicoanálisis que además de exigir una formación teórica amplia y un análisis personal, demandaba la supervisión por un psicoanalista experto de los casos que el profesional novel emprendía. Así se controlaba simultáneamente el grado de adecuación del analista joven al método psicoanalista, y se le proporcionaba ayuda en las dificultades que la clínica psicoanalítica le habría de deparar. El método de supervisión se extendió con rapidez a abordajes psicoterapéuticos diferentes, ya fuera de orientación psicoanalítica o no".



6.3.9. CONCLUSIONES

El proceso de **interpretación** al cual fueron sometidos los resultados, representan la organización y sistematización de la información obtenida en lo que concierne al protocolo.

Las conclusiones de esta investigación se dividieron en tres apartados, los correspondientes al **protocolo, la teoría y al tratamiento**. Finalmente, se da una explicación de las limitaciones del estudio

6.3.9.1. El Protocolo

Como resultado de esta investigación, se puede afirmar que el *<protocolo de relatorías psicoanalíticas de sesiones de grupo con pacientes psicóticos>* es un formato que tiene como funciones:

1. Documentar las sesiones de grupo
2. Permitir la descripción del tratamiento
3. Sistematizar su evaluación y seguimiento

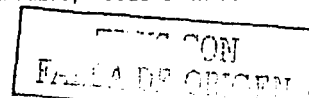
El protocolo de esta investigación se diseñó para **relatar sesiones psicoanalíticas de grupo con pacientes psicóticos**. El objetivo de la investigación fue "generar, probar y analizar un protocolo para la obtención de información, desde la perspectiva psicoanalítica, de los fenómenos grupales sucedidos con pacientes psicóticos.

El protocolo cubre ampliamente los requisitos del *registro, la transcripción y la interpretación* de lo sucedido en el dispositivo grupal, a través de los rubros: la tópica del espacio grupal, la relatoría, el contenido manifiesto, el contenido latente, los mecanismos defensivos, los síntomas, los procesos grupales (la resistencia, los supuestos básicos, el grupo interno y la ilusión grupal), así como de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales propios del vínculo y encuadre psicoanalítico, desde donde se interpreta, es decir donde se interpreta la subjetividad del sujeto en el grupo.

Cabe comentar que el *protocolo*²⁴⁵ tiene un apego directo al marco psicoanalítico, cubrió la *teoría, el método y la supervisión*, como estructura general que sostiene la clínica grupal.

Los analistas grupales a nivel internacional (Zimmermann, 1969; Bach, 1974; Kaës y Anzieu, 1979; Foulkes, 1986, y Bion 1990), coinciden en que la única forma de hacer

²⁴⁵ Se diseñó en el proyecto de investigación y fue modificado durante la investigación y el tratamiento, quedando como se observa en el anexo II de la versión final. Se puso a prueba con tres grupos de 10 sesiones cada uno y de una hora y media por sesión, bajo un encuadre psicoanalítico, donde la libre asociación y la escucha analítica representaron las herramientas técnicas para poder registrar el protocolo; donde el terapeuta realizó la interpretación de cada rubro, desde el marco teórico psicoanalítico.



investigación en el dispositivo grupal es a través del diseño de protocolos que demuestren lo sucedido en el ámbito clínico.

Al respecto, Oñativa (1974:22) comenta "frecuentemente se ha criticado de subjetivismo a los métodos que adoptan el punto de vista del estudio de los grupos en torno a las decisiones o manifestaciones del sujeto que integra una situación grupal o describe sus experiencias interpersonales; no obstante, **no existe otro camino por el momento, para estudiar la estructura del grupo en aquello que precisamente**, no se traduce en un juego de interacción directamente observable"; por lo que este autor, al igual que los anteriores propone "un modelo constructivo de diseños que de alguna manera reflejen las formas dinámicas de la estructura incipiente de los vínculos intragrupales."²⁴⁶

El protocolo²⁴⁷ de esta investigación cumple con ser un instrumento convertido en formato, que permite el registro, la transcripción y la interpretación desde el campo psicoanalítico, como se puede contrastar a lo largo de la discusión de este trabajo.

1.- El protocolo permite *documentar las sesiones*.

El formato posibilita al clínico o al investigador, *organizar, sistematizar, analizar, sintetizar e interpretar* lo sucedido en el dispositivo grupal; es decir, permite elaborar relatorías psicoanalíticas sujetas al escrutinio de la investigación, como se pudo **demostrar en los resultados, discusión e interpretación** de cada grupo, que bien se puede analizar por rubro, por sesión o por tratamiento.

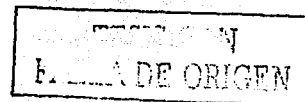
2.- El protocolo permite la descripción del tratamiento.

El protocolo se trabajó aquí como un todo, que une varios elementos, esto es, está **organizado** por rubros para documentar la sesión. A través del contenido manifiesto se nutre el contenido latente que a su vez posibilita el registro de los mecanismos defensivos y los síntomas, dando cuerpo al marco teórico clínico y a los rubros de los procesos grupales (la resistencia, los supuestos básicos, el grupo interno y la ilusión grupal) que fundamentan el análisis transferencial y contratransferencial que es destino de las interpretaciones e intervenciones terapéuticas que finalmente son supervisadas.

El instrumento **sistematiza**, es decir reduce a un conjunto de variables los rubros de manera secuencial, en un arreglo interno dando prioridad a las bases para constituir una estructura que posibilita ir de un rubro a otro, donde uno da cuenta del otro, y donde la falta de alguno de ellos implica romper la secuencia, viéndose afectados los resultados. Por ejemplo, es necesario relatar el contenido manifiesto para que allí se descubra el inconsciente del contenido latente, y éste a su vez pueda cimentar la conformación de los demás rubros.

²⁴⁶ Las negritas son mías.

²⁴⁷ Es importante recordar que este instrumento se diseñó con base en conceptos de frecuencia y ocurrencia, de contenidos clínicos que privilegian los autores antes mencionados.



Con respecto al rubro de los procesos grupales, éstos pueden presentarse alternados, o uno sólo a la vez, pero difícilmente todos juntos, ya que son fenómenos grupales que suceden según el momento y la historia propia del grupo. Sin embargo, puede decirse que si algún fenómeno es la entrada al tratamiento, éste es la resistencia; que está intrínsecamente relacionada con el descubrimiento del inconsciente.

El análisis, la síntesis y la interpretación, son procesos internos de los que el clínico hace uso de acuerdo a su conocimiento teórico, técnico y de su contratransferencia para poder transcribir en el protocolo, su experiencia de cada sesión y de cada grupo.

3.- El protocolo posibilita la evaluación y el seguimiento

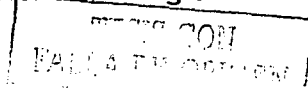
El formato **permite la investigación** al interior del dispositivo grupal, posibilitando al clínico o investigador, reconocer los *fenómenos sucedidos en la sesión, haciendo acopio de ellos, y un escrutinio cada vez más fino*. Por ejemplo, de un grupo virtual se puede trabajar con detalle el rubro de la <transferencia> a lo largo del tratamiento (puede ser con psicóticos, con adictos, con bulímicos, etc.) y poder dar cuenta qué situaciones inconscientes movilizan en especial a estos grupos, o bien se puede hacer un análisis de los <temas> preferidos por grupo, o documentar específicamente cómo se presentan las <fantasías grupales> (con trastornos fronterizos), o también se puede hacer un **seguimiento** de las intervenciones terapéuticas, como se ilustró en los resultados, discusión e interpretación.

Lo anterior da pauta para fundamentar que **se puede hacer seguimiento del tratamiento, desde el inicio hasta el final** y los resultados pueden ser mejor estructurados, bajo la tutela de un **supervisor y el trabajo coterapéutico**, así como de **observadores clínicos en entrenamiento**.

Por otra parte y no menos importante, el protocolo se convierte en un ahorro económico de costosos aparatos de videograbación, que además requieren de instalación, mantenimiento y actualización.

Clínicamente, la videograbación es un **medio persecutorio que se potencializa en pacientes psicóticos con ideas de alienación del pensamiento, como son las ideas de robo, inserción y transmisión de pensamiento**, característica que se suman a ideas delirantes de daño y persecución en esquizofrénicos paranoicos.

Este tipo de población se queja de los medios electrónicos dice que estos artefactos saben de sus pensamientos más íntimos y se sienten perturbados por ellos al grado de rechazarlos, destruyéndolos o evitándolos. Por ejemplo, expresan que la TV, la radio, la computadora, los satélites, etc., manejan sus vidas controlando sus acciones y pensamientos, por lo que actúan en consecuencia: algunas veces la TV los invita a presentar actos violentos. Entonces utilizar la videograbación con este tipo de población es ubicarse del lado del delirio, cuando en realidad lo que se pretende es su conocimiento no su complicidad, que por lo regular genera situaciones difíciles en el manejo de la relación transferencial. **Al grado de**



umentar la ansiedad, la resistencia y el incremento defensivo de los pacientes. De por sí, el rol terapéutico se encuentra investido de una percepción ansiógena y persecutoria por el general de la población más aún en este tipo de psicopatologías.

Hay que recordar que los pacientes muestran regresiones a etapas arcaicas, más la regresión que el agrupamiento les genera y si sumamos la videograbación, acentuamos la persecución que se convierte en una situación amenazante y **podría ser un peligro latente para la seguridad de los miembros del grupo en general que incluye al equipo terapéutico.**

6.3.9.3. El protocolo con pacientes psicóticos

La pregunta obligada es ¿cuáles son las diferencias entre este protocolo diseñado para una población de psicóticos y los protocolos diseñados con neuróticos? Las diferencias son diversas y las **principales son de orden clínico.** Primero desde el psicoanálisis tanto la estructura psicótica como la neurótica, presentan diferencias de <estructuración interna> que se pueden explicar con la teoría.

Las **psicosis** utilizan como mecanismo defensivo ante la angustia y el peligro la **desmentida (forclusión)**, mientras que el modo defensivo de operar de las **neurosis** corresponde a la **represión.**

Las **psicosis** tienen un **funcionamiento básico de estructuración** y mecanismos arcaicos de la **fase de organización libidinal narcisista**, mientras que las **neurosis** tienen su estructuración a nivel edípico.

La **relación de objeto en las psicosis es autoerótica**, es decir de objeto parcial, buscan el placer de órgano como fin; mientras en la **neurosis** la relación con el objeto es total.

La prueba de realidad se encuentra mejor constituida en los neuróticos que en los psicóticos.

Desde el lenguaje de las **pulsiones**, en las **psicosis** el **funcionamiento es predominantemente oral**, mientras que en las **neurosis** es **predominantemente anal y fálico**, lo cual no significa que éstos últimos presenten formaciones inconscientes de fases anteriores.

El control de la esfera pulsional es mayor en las **neurosis** que en las **psicosis**, ya que los primeros tienen un yo constituido, mientras que los segundos presentan identificaciones parciales con los objetos y **su yo no se encuentra plenamente constituido**, por lo que carecen de una estructura mediadora entre el empuje de las pulsiones y el control superyoico del Edipo. **Estos argumentos apoyan que en las relatorías psicoanalíticas de grupo con psicóticos, los contenidos manifiestos están matizados por pensamientos mágicos, omnipotentes, delirios, alucinaciones, incoherencias,** etc. Lo anterior se documentó en los apartados: de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

los <mecanismos defensivos>, de los <síntomas>, en los <procesos grupales> y en la <transferencia>.

A nivel práctico, con el solo hecho de revisar los rubros de los *mecanismos de defensa y los síntomas*, uno puede saber que se está hablando de *psicóticos* y que éstos presentan regresiones continuas a estados narcisistas

Entonces, el acopio del *formato en las psicosis* también va a *matizar tanto la transferencia-contratransferencia*, como los procesos grupales, lo que implica una forma diferente de abordaje en el tratamiento.

El diagnóstico es una variable que implica un *cambio tanto de la conceptualización como del abordaje técnico de la interpretación de la transferencia*, y por ende de una participación más activa del analista de grupo, en el caso de las psicosis.

En el protocolo, los apartados de la <transferencia y la contratransferencia> indican al lector *el tipo de vínculo que se establece* y se reedita de manera inapropiada en el analista de grupo y con el grupo mismo, situación que hace una diferencia importante con respecto a los neuróticos.

En el rubro de los procesos grupales, como se indicó en el marco teórico de grupo en su oportunidad, **la resistencia, los supuestos básicos y la ilusión grupal, son fenómenos que ya han sido documentados con pacientes psicóticos.** En lo referente al <grupo interno>, en este trabajo se observan cómo los elementos del grupo se pueden documentar en el protocolo, como son: **la imagen del cuerpo, las fantasías originarias, las imagos paternas, el funcionamiento del aparato psíquico grupal.** Por ejemplo en los tres grupos se pudo comprobar que la imagen del cuerpo es un tema de continuas alusiones de los psicóticos, como Freud (*Introducción al Narcisismo, 1914*) lo pudo descubrir y explicar. En estas fantasías con psicóticos, la *imagen del cuerpo* tiene un carácter *persecutorio* y es percibida como *fragmentada*.

En lo que se refiere a las *imagos paternas*, los pacientes psicóticos expresan *relaciones de objeto que no pueden dimensionar e integrar*, hablan de identificaciones parciales y fugaces. Por otra parte, han desmentido la ley paterna de la **prohibición del incesto** y esto se observa en sus sueños, en sus actos sexuales, y en su falta de organización yoica. Por tanto, **se puede concluir que el término de <grupo interno> se presenta en las psicosis como en las neurosis, como una <realidad psíquica grupal>**, se sugieren investigaciones posteriores para matizarlo.

6.3.9.4. La teoría

Esta, como cualquier investigación, tiene que dar cuenta de la posición teórica que se asuma, la cual debe ser consecuente con la vigilancia de los conceptos y el método de una práctica científica, en este caso aplicada a la clínica psicoanalítica de lo inconsciente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el psicoanálisis, la teoría es una producción de conceptos que provienen del campo clínico, cuyo fin es develar o aclarar el objeto de estudio, en este caso, los procesos inconscientes que están en juego en el dispositivo grupal, con ello responde a un *proceso abstracto de la subjetividad del sujeto*, de las leyes, operaciones y constantes que se atribuyen a su constitución, por lo que la investigación psicoanalítica tiene un carácter predominantemente *cualitativo*. No pueden ni deben operacionalizarse cuantitativamente los productos del inconsciente ya que no están sujetos a estas formas de diseño experimental de la investigación.

En este estudio psicoanalítico, se trabaja, de acuerdo a la *regla fundamental* y al *trabajo interpretativo de la transferencia*.

Por otra parte, es obligado que cada dispositivo que se lleve a la investigación en grupo, cuente con el sustento teórico, como se ejemplificó en este trabajo. Es determinante que por el hecho de trabajar con grupos homogéneos o focalizados por el diagnóstico, se deba argumentar el marco teórico. Por ejemplo, si se trabaja con poblaciones homogéneas como: neuróticos, psicóticos, alcohólicos, adictos, personas con VIH, niños, adolescentes, adultos o con ancianos, **se debe dar cuenta a nivel teórico, de las especificidades propias de la población que se trabaja, ya que esto permite reconocer la psicopatología que se aborda y lo que mueve a los sujetos en específico, el dispositivo grupal**, como lo señala Kaës (1995:380). Con respecto al reconocimiento del espacio intrapsíquico "debe llevarse a cabo un análisis diferencial que permita conocer mejor lo que el grupo moviliza, en los neuróticos, en los psicóticos, los perversos y los llamados estados fronterizos. Es decir, **conocer los procesos primarios que son preferentemente movilizados en el dispositivo grupal**, donde se expresan tanto acciones, como representaciones ligadas a la realidad psíquica singular y en a la que el grupo genera por el solo hecho de agruparse.

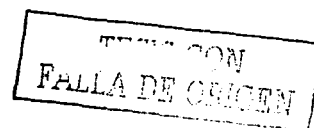
En esta investigación, lo anterior se fundamentó para hacer un corte *diferencial*, básicamente entre las psicosis y las neurosis. Como se pudo apreciar en el marco teórico.

Cabe señalar, que si bien el diseño del protocolo por ahora *no es suficiente para documentar lo que moviliza en específico la patología psicótica*, sí **permite documentar** lo que sucede al interior del grupo, y posteriormente con más estudios documentados promover nuevas hipótesis psicoanalíticas que presenten los psicóticos en el interior del grupo con pacientes psicóticos.

6.3.9.4. El Tratamiento

Con respecto al tratamiento De la Rosa (1979:31) afirma que "La psicoterapia de grupo se impone como método terapéutico en las instituciones porque brinda la posibilidad de atención múltiple y simultánea, con el siguiente ahorro de horas terapeuta²⁴⁸. Además, la existencia de la función de "observador" permite

²⁴⁸ Las negritas son mías.



cierto grado de coparticipación y crítica de la tarea realizada, lo cual da acceso a un mejor nivel técnico y terapéutico, y eleva el nivel de la tarea de investigación".

El dispositivo grupal no se recomienda como único tratamiento con pacientes psicóticos, ya que este tipo de población requiere de medicación y en ocasiones de hospitalización, con observación y vigilancia estrecha. Debido a recaídas cuando se exagera el cuadro clínico y los pacientes presentan agudos brotes psicóticos. Por ello *se recomienda en una Institución diseñada ex profeso*. Donde por lo regular existen un grupo de profesionales capacitados en diferentes disciplinas como son la psiquiatría, la neurología, la psicología clínica, la neuropsicología, la enfermería y el trabajo social con especialidades psiquiátricas.

6.3.9.5. Costo beneficio grupal.

El trabajo psicoanalítico de los grupos, es una disciplina que conlleva varios beneficios, por una parte, el hecho de dar tratamiento a varias personas en el mismo periodo, pues además posibilita la interacción grupal, tan necesaria para este tipo de población. Por otra parte permite a los pacientes relatar su propia historia, es decir exponer su mundo interno y las de sus vínculos familiares, y así poder encontrarse en un escenario con otros pacientes que presentan similar estructura psíquica.

Existe una gran demanda de tratamiento psicológico, ante uno de los grupos más vulnerables que son los psicóticos y en especial de los padecimientos exentos de etiología orgánica, como son la esquizofrenia; la paranoia y la manía. Es por ello que aquí se abordó, *el trabajo psicoanalítico de los grupos, a fin de contribuir en el estudio sistemático desde la óptica psicoanalítica, documentado el trabajo clínico con el dispositivo grupal*.

El tratamiento grupal ofrece a los miembros del grupo un espacio terapéutico; permite la interacción y la comunicación, posibilita que se encuentren con otras personas con similar conflictiva y patología, que puedan comprender su situación desde el interior del padecimiento.

Desde la identificación, también permite saber cuándo un paciente se encuentra en crisis. Evita recaídas continuas, limita los *acting*, permite al clínico reconocer los avances terapéuticos y genera en los pacientes una conciencia terapéutica.

6.3.9.6. Espacio terapéutico

El dispositivo permite tener un lugar terapéutico para los pacientes en el que ellos puedan poner en palabras su sentir, su pensar y su actuar; es decir la vivencia de su padecimiento. Además de que el dispositivo y el terapeuta ponen a la disposición de los participantes, una escucha analítica con respeto y sin censura, en el sentido amplio del término.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

6.3.9.7. Interacción y comunicación

La interacción y la comunicación son situaciones necesarias para la convivencia social. La falta de ellas margina, limita y confina a los sujetos a vivir su mundo interno sin interlocución social, para los padecimientos psicóticos es sustantivo mantener vínculos externos que provean de la prueba de realidad al sujeto para que estimule su cognición y le permita el contacto social indispensable para cualquier persona.

6.3.9.8. Tratamiento grupal

Favorece que los pacientes se comuniquen clínicamente con otras personas en igualdad de circunstancias a partir de la identificación se puede propiciar el *insight*. También los participantes cuentan con un espacio que además de ser un lugar terapéutico, donde pueden relatar su historia personal, sus afectos, sus deseos, sus fantasías, sus dudas, etc., representa un lugar donde son contenidos, apoyados y tratados. El dispositivo grupal como cualquier tratamiento es una fuente de aprendizaje y conocimiento personal.

6.3.9.9. Prevención de las crisis y recaídas

La continuidad del tratamiento proporciona elementos de orden clínico al terapeuta para reconocer cuando un paciente se encuentra en un momento difícil, como una crisis y que requiere de apoyo, contención, o de un seguimiento especial. Estos elementos darán pauta al clínico, según sea el caso, para que realice un ajuste al tratamiento o la derivación con un facultativo para su medicación u hospitalización.

El seguimiento del tratamiento posibilita al clínico conocer la estructura mental y la acción de sus pacientes, al grado que puede saber con mayor claridad cuándo un paciente se encuentra en crisis, y responder en consecuencia. Asimismo, el trato continuo evita las recaídas como se pudo apreciar en esta investigación, en la que durante el tratamiento ningún paciente que estuvo en grupo fue hospitalizado. En ningún momento se debe olvidar que los pacientes estuvieron bajo tratamiento médico psiquiátrico y con apoyo parcial de la red familiar, situaciones que se conjuntaron para evitar las recaídas.

El dispositivo grupal también permite conocer a los pacientes al grado de poder identificar en ellos ciertos patrones de conducta que les puedan llevar a los *acting (in and out)*, por ejemplo de conflictos familiares o de conductas suicidas, por mencionar algunos. Estas situaciones en ocasiones se pueden prevenir con el tratamiento.

6.3.9.10. Avances terapéuticos

El dispositivo grupal, al ser continuo y tener un seguimiento en el tratamiento, provee de herramientas clínicas al terapeuta para que pueda observar e incidir en los avances terapéuticos así como en el deterioro psicológico en el que algunos pacientes caen, y de esta manera buscar alternativas terapéuticas según sea el caso y lo permita el mismo procedimiento.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGINAL

Finalmente, el dispositivo grupal genera una **<conciencia terapéutica>**, debido a la constancia en el tratamiento y la mejoría emocional que se presenta en los pacientes, al ser escuchados, apoyados y contenidos. En algunos pacientes el dispositivo grupal genera el reconocimiento parcial de algunos síntomas que los perturban y que pueden expresarlos. También en otros casos varios pacientes expresan la advertencia de su padecimiento, situación que los lleva a solicitar psicoterapia, como se pudo comprobar en algunos participantes de esta investigación.

6.3.9.11. *Limitaciones del estudio*

En lo referente al número de sesiones²⁴⁹ por grupo que se trabajaron en cada tratamiento para el acopio de los protocolos, fueron pocas; a pesar de ello se pudieron documentar la mayoría de los rubros del protocolo. Sin embargo, es recomendable investigar un grupo con mayor número de sesiones, ya que esto por una parte, permitiría hacer un escrutinio más amplio sobre cada uno de los rubros. Por ejemplo, *los procesos grupales*, en especial lo que corresponde al *grupo interno*, el apartado de las *fantasías originarias* en las que no hubo elementos para documentar el *fantasma de la escena primaria*, en ninguno de los tres grupos. Lo anterior no es garantía para que se presente esta fantasía originaria. Sin embargo, de no presentarse, habría que formular una nueva hipótesis en los grupos con pacientes psicóticos, explicando que es un hallazgo clínico de esta población, pero si se encuentra, habría que documentarlo.

Con respecto a la *selección de pacientes*, la limitación que tuvo el estudio fue que la mayoría de los pacientes estaban diagnosticados con esquizofrenia paranoide, por lo que sería importante trabajar exclusivamente con pacientes delirantes (paranoides) o con pacientes maniaco depresivos, (cuando estos últimos no se encuentren en una fase productiva de síntomas motores, de expansividad y de inatención, ya que estos síntomas podrían interrumpir el trabajo grupal) para tener una mayor representatividad de la muestra.

Otra limitación en este estudio, fue la falta de un grupo terapéutico, donde además del terapeuta y el supervisor, se incluyeran un coterapeuta y algún observador que permitiera un trabajo interclínico sobre los procesos grupales, en especial de la intertransferencia²⁵⁰ que Kaës promueve como un proceso sustantivo para el mejor desarrollo y efectividad terapéutica. Esto posibilitaría la interlocución entre los diferentes profesionistas como grupo, es decir del terapeuta, el observador, el coterapeuta y el supervisor, situación que redundaría y en el acopio del protocolo con más elementos de los que sólo puede observar el terapeuta; ya que en ocasiones no logra registrar algún dato por encontrarse atento al trabajo terapéutico. De esta manera habría mayor información y de mejor calidad acerca de las intervenciones terapéuticas principalmente.

²⁴⁹ Ver. Jaime y Pérez (1999) Psicoterapia de grupo breve focalizada, con pacientes psicóticos en reclusión. Aquí se trabajó con 54 sesiones en un grupo de manera empírica.

²⁵⁰ Ver término de intertransferencia en Kaës (1977) El aparato Psíquico Grupal.

Por otra parte, el formato del protocolo podría ser llenado por cualquiera de estos profesionistas mencionados, situación que podría sostener con mayor claridad el acopio de la información, con varios jueces clínicos que se encuentran en el tratamiento del mismo grupo.

A manera de corolario

Para finalizar, es importante hacer una reflexión. El dispositivo grupal es sin duda un método clínico contemporáneo de valía sustantiva para el tratamiento de padecimientos psicológicos. Es además, un conjunto de técnicas y una posición clínica de carácter teórico que se encuentra en construcción, siempre a la vanguardia de los avances psicoanalíticos. Hay que tener presente que el grupo es, ante todo, consecuencia de sus vínculos. Al decir de Kaës, "el grupo es una <realidad psíquica> que genera sus productos". Este autor (1995:99) define al grupo como un "aparato generador de efectos psíquicos relativamente autónomos, con relación a los psiquismos singulares que son sus soportes y productos. Como aparato de la realidad psíquica que mantiene la ligazón a las formaciones intrapsíquicas de sus sujetos, trabaja y contiene las formaciones que les son comunes, así como las que son generadas por su agrupamiento".

El grupo es un intermediario entre el individuo y la sociedad, como bien lo describió Anzieu, y lo continuaron Kaës y otros, como Bauleo (1983:61) quien escribe "el grupo es el intermediario entre hombre y sociedad, es un espacio -tiempo en el cual se entrecruzan estructura mental y estructura social, es el lugar donde se transita. Es una focalización, al decir de Sartre, cuya vida termina al finalizar el objetivo estipulado. Además su significado está en la institución a la cual pertenece (sea terapéutica, laboral o educativa) y esta última sobredeterminará su dinámica, constituyendo el negativo, lo impensado, su inconsciente (como dice Lapassade)".

La constitución del dispositivo grupal requiere de una ardua labor de investigación, de comunicaciones inter y para clínicas. Es necesario documentar tanto los trabajos descriptivos como los comprensivos interpretativos; informar los aciertos y los fracasos, para no incidir en éstos o reparar los daños producidos por los problemas en conformación del método. *Probar teorías, técnicas, implementar entrevistas, cuestionarios, escalas clínicas, protocolos etc., que informen sobre, los cambios sintomáticos en los pacientes, documentar con detalle, las sesiones, hacer estudios longitudinales.* A fin de robustecer el ámbito clínico desde la investigación, y no dar por hecho todos nuestros supuestos, sin antes llevar a la práctica y su investigación lo que en la teoría parece acertado. Es necesario hacer continuos escrutinios al interior de las técnicas el método y la teoría y con idas y regresos continuos entre la clínica, entre el equipo terapéutico y el grupo de pacientes; entre el método y la cura; con la intención de apoyar la práctica grupal analítica y el campo epistemológico y heurístico que solidifique la construcción del dispositivo grupal.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS

- Alonso, A. y Swiller, H. (1995). Entrenamiento en psicoterapia de grupo. En Psicoterapia de Grupo en la Práctica Clínica. (Cap.5, pp. 511-5119) México. Manual Moderno.
- Anzieu, D. (1986). El grupo y el inconsciente, lo imaginario grupal. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Anzieu, D. (1974). La dinámica de los grupos pequeños. México: Kapeluz.
- Anzieu, D. y Kaës, R. (1979). Crónica de un grupo. México. Gedisa.
- Anzieu, D. Bejarano, Kaës, Misenard y Pontalis, (1978). El trabajo psicoanalítico en los grupos. México. Siglo XXI.
- Bach, G. (1974). Terapia de Grupo Intensiva. Nueva York. Roland Press.
- Bartolomé, M. y Panchón, C. (1995). Caso 2. El análisis de contextos educativos diferenciación desde un enfoque cualitativo. En métodos de investigación cualitativa, Madrid, España, McGraw Hill.
- Bauleo, A (1983). Contrainstitución y grupos, México. Editorial Fundamentos.
- Bernard, M. (1991). Introducción a la lectura de la obra de René Kaës. Buenos Aires Arg. Publicación de la Asociación Argentina de psicología y psicoterapia de grupo.
- Bion, W. (1990). Experiencias en grupos. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Brook, D. (1995). Grupos bajo tratamiento farmacológico. En Psicoterapia de grupo en la práctica clínica. Alonso y Swiller (pp. 151-167) México: El Manual Moderno.
- Buendía, L. y otros (1998). Métodos de Investigación en psicopedagogía. México. McGraw Hill.
- Campuzano, M. (1988). Tratamiento grupal y ambulatorio de psicóticos. Artículo presentado en el III Congreso de AMPAG. Querétaro, México.
- Canguilhem, G, (1971). Lo normal y lo patológico, México. S. XXI.
- Caraveo, J. y otros. (1985). Encuesta Nacional de pacientes psiquiátricos hospitalizados. Salud Mental. Vol 18,1-19. México. DF. IMP.
- Caraveo, J. (1996). La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mexicana. Estado actual de perspectivas. Salud Mental, Vol 19, 8-12. México. IMP.
- Cappon, G. (1976). El movimiento de encuentro en psicoterapia de grupo. Descripción y análisis crítico; México. Tesis de maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
- Cartwright, D y Zander, A. (1980). Dinámica de grupos. México. Trillas.
- Crespo, L. (1992). Ser psicótico: Estar psicótico diagnóstico diferencial, En Clínica y análisis grupal, Madrid España, (59, vol 14, pp.31-48) /Quipú de psicoterapia/.
- Day, M. (1996). Formación y supervisión. Kaplan, H. y Sadock. B. (comps.):En Terapia de grupo (pp. 717-710).
- Delahanty, G. (1997). La marca de Lewin en los grupos e instituciones. México:No.5. Cuadernos del Tipi UAM-X.
- De la Rosa, A. (1979). Grupos de reflexión, grupo e instituciones. Buenos Aires Argentina: Paidós.
- Devereux, G. (1977). De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento. México: Siglo XXI.
- CIE-10. (1992). Decima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades: trastornos mentales y del comportamiento, México, Ediciones Meditor.
- Diccionario. (1993). Enciclopédico Planeta Madrid España: Planeta.
- Dies, R. (1995). Investigación en psicoterapia de grupo: perspectiva general y aplicaciones clínicas. Alonso, A. y Swiller, H (comps.): En: psicoterapia de grupo

- en la práctica clínica, (Cap. 24. pp.463-507) México, El Manual Moderno.
- Doria, R. y Melgar, M. (1995). Hacia el Psicoanálisis de la psicosis. Buenos Aires. Argentina: Lumen.
- DSM-IV. (1988). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Mexico. Masson.
- Dupont, M. (1989). La práctica del psicoanálisis, México. Pax.
- Estrada, J. (1999). En busca del paraíso perdido: México: Artículo presentado en el VIII Congreso de AMPAG. Xalapa, México.
- Fernández, A. (1989). El campo Grupal. Notas para una genealogía. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fiorini, J. (1990). Teoría y técnica de psicoterapias. Buenos Aires Argentina: Nueva Visión.
- Foulkes, S. (1986). Psicoterapia grupo analítica, métodos y principios, México: Gedisa.
- Freud, S. Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Principalmente:
- 1894 Las neuropsicosis de defensa <ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias>(Vol. III, pp.41-61).
- 1896 El Manuscrito K. Fragmentos de correspondencia con Fliess (Vol. I, pp.260-268).
- 1899 La Interpretación de los sueños (Vol. V, pp.504-611).
- 1904 Sobre psicoterapia (Vol. VII, pp.247-257).
- 1905 Fragmento de un caso de histeria (caso Dora), (Vol. VII, pp.7-106).
- 1905 Tres ensayos de teoría sexual. (Vol. VII, pp. 109-222).
- 1909 A propósito de una neurosis obsesiva, <el hombre de las ratas> (Vol. X, pp.121-194).
- 1909 Análisis de una fobia de un niño de cinco años (Vol. X, pp.1-118).
- 1911 Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (demencia paranoide) descrito autobiográficamente, caso Schreber (Vol. XII, pp.1-76).
- 1912 Nota sobre el concepto de lo inconsciente en psicoanálisis (Vol. XII, pp.265-277).
- 1913 Tótem y tabú (Vol. XIII, pp.1-162).
- 1914 Introducción del narcisismo (Vol. XIV, pp.65-98).
- 1915 Pulsiones y destinos de pulsión (Vol. XIV, pp.105-134).
- 1915 La represión (Vol. XIV, pp.135-152).
- 1915 Lo inconsciente (Vol. XIV, pp. 154-159).
- 1915 Duelo y melancolía (Vol. XIV, pp.235-255).
- 1915 Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica (Vol. XIV, pp. 259-272).
- 1916-1917 16ª Conferencia. Psicoanálisis y psiquiatría (Vol. XVI, pp. 223-233).
- 1916-1917 23ª Conferencia. Los caminos de la formación del síntoma (Vol. XVI, pp. 236-343).
- 1916-1917 27ª Conferencia. La transferencia (Vol. XVI, pp. 392-407).
- 1917 26ª Conferencia. Teoría de la libido y narcisismo (Vol. XVI, pp. 375-391).
- 1918 De la historia de una neurosis infantil (Vol. XVII, pp. 1-110)
- 1921 Psicología de las masas y análisis del yo (vol. XVIII, pp. 63-136)
- 1922 Dos artículos de enciclopedia: <Psicoanálisis> y <Teoría de la libido> (Vol. XVIII, pp.).
- 1923 El yo y el ello (Vol. XIX, pp. 1-66).
- 1924 Neurosis y psicosis (Vol. XIX, pp. 151-159).

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

- 1924 La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis (Vol. XIX, pp. 189-197).
- 1924 El sepultamiento del complejo de Edipo (Vol. XIX, pp. 177-187).
- 1924 El problema económico del masoquismo (Vol. XIX, pp. 161-176).
- 1925 La negación (Vol. XIX, pp. 249-257).
- 1927 El porvenir de una ilusión (Vol. XXI, pp. 1-55).
- 1929 El malestar en la cultura (Vol. XXI, pp. 57-140).
- 1932 Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. 31ª y 32ª Conferencias. Vol. XXII, pp. 53-103).
- 1938 Esquema del psicoanálisis (Vol. XXIII, pp. 133-209).
- 1938 La escisión del yo en el proceso defensivo (Vol. XXIII, pp. 271-278).
- 1938 Algunas lecciones elementales sobre psicoanálisis. Vol. XXIII, pp. 279-287).
- González, J. y otros. (1978). Dinámica de grupos técnicas y tácticas. Editorial concepto, México.
- Grinberg, L. Y otros. (1968). El grupo psicológico. Buenos Aires Argentina: Editorial Nova
- Grinberg, L y Langer M. (1974). Psicoterapia de grupo su enfoque psicoanalítico. Buenos Aires Argentina: Paidós.
- Grotjahn, M. (1977). El arte y la técnica de la terapia grupal analítica. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Jaime, J y Pérez, L. (1999). Psicoterapia de grupo breve focalizada con pacientes psicóticos en reclusión. México. Presentado en diferentes foros.
- Kadis, A. y otros. (1974). Manual de psicoterapia de grupo. México: Fondo de cultura económica.
- Kaës, R. (1976). Análisis intertransferencial, función alfa y grupo-contenedor. En Desarrollos en psicoterapia de grupo y psicodrama, Tusquets y Stone, Gedisa. México.
- Kaës, R. (1976). Imagos y complejos fraternos en el proceso grupal. En Desarrollos en psicoterapia de grupo y psicodrama, Tusquets y Stone, México, Gedisa.
- Kaës, R. (1977). El aparato psíquico grupal. Construcciones de Grupo. México. Gedisa.
- Kaës, R. (1995). El grupo y el Sujeto del Grupo, Elementos para una teoría psicoanalítica de grupo. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Kaës, R. (1997). El estatuto teórico del grupo. De la psicología social al psicoanálisis. Tramas subjetividad y procesos sociales, (Vol.11, pp. 221-257), México UAM-Xochimilco.
- Kanas, N. (1996). Terapia Grupal con esquizofrénicos. Kaplan, H. y Sadock, G. (comps.): en Terapia de Grupo. (pp. 457-469) Madrid España: Editorial Médica Panamericana.
- Kaplan, B. y Sadock, H. (1983). Compendio de psiquiatría (pp. 630-640), México: Salvat
- Kibel (1987). Psicoterapia de grupo con pacientes internos. En Psicoterapia de grupo en la práctica clínica. Alonso y Swiler (Cap. 5, pp. 91-109) México Manual Moderno.
- Lacan, J. (1953). La psicosis, Seminario 3, Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (1971). Escritos 1, México: S. XXI..
- Laplanche J. y Pontalis, J. (1983). Diccionario de psicoanálisis. México: Labor.
- Mier, R. (1997). Schreber; introspección, negación, delirio. En Tramas 11 (pp. 83-118), México, UAM-Xochimilco.
- Miller, J. (1985). La esquizofrenia y la paranoia, Broca y otros (comps.) En Psicosis y psicoanálisis. Buenos Aires, Argentina: El manantial.
- Oñativa, O. (1974). Test grupal. Buenos Aires, Argentina: Editorial Humanitas.

TRAMAS CON
FALLA DE CANCELACIÓN

- Perrés, J. (1989). Proceso de constitución del método psicoanalítico, Breviarios de investigación. Mexico: UAM Xochimilco.
- Piper, W. (1996). investigación sobre psicoterapia de grupo, en Terapia de grupo, Kaplan H y Sadock B. México: Salvat.
- Poch, J y Avila, A. (1998). Investigación en psicoterapia, la contribución psicoanalítica, Madrid España: Paidós.
- Quiroga, A. (1983). Transferencia y contratransferencia en la situación grupal, Pichon-Rivière. En El proceso grupal del psicoanálisis a la psicología social, (pp.191-197). Buenos Aires Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- Slavson, R. (1976). Tratado de psicoterapia grupal analítica, Buenos Aires Argentina: International Universities Press Inc., Paidós.
- Stone, W. (1995). Psicoterapia de grupo para pacientes con enfermedad mental crónica Alonso y Swiler (comps.): En Psicoterapia de grupo en la práctica clínica, (cap.4, pp.69-89) México: Manual Moderno .
- Taylor, F. (1963). Un análisis de la psicoterapia grupal. Buenos Aires Argentina: Editorial Escuela Privada de psiquiatría social.
- Tusquets, J, Stone, L. y otros. (1976). Desarrollos en psicoterapia de grupos y psicodrama, Barcelona España: Gedisa.
- Valencia, M. y otros. (1997). Funcionamiento psicosocial en pacientes con esquizofrenia: treinta meses de seguimiento comunitario. Salud Mental. Vol. 2, 28-37. México. IMP.
- Valiente, G. (1987). Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo. España: Editorial Fundamentos.
- Walter, S. (1996). Terapia Grupal con enfermos crónicos. Alonso y Swiler (comps.): En Psicoterapia de grupo en la práctica clínica. (4,69-89) México: Manual Moderno.
- Winkler, J. (1990). El grupo operativo en la enseñanza del método clínico, tesis doctoral, Francia, en antología metodológica, facultad de psicología, México. UNAM.
- Zimmermann. (1969). Estudios sobre psicoterapia de analítica de grupo. Buenos Aires, Argentina: Hormé.

REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

- Asch (1962). Psicología social, editorial EUDEBA. México, D:F.
- Bleger, J. (1971). Temas en Psicología, entrevista y grupos. Buenos aires, Argentina: Nueva Visión.
- Broca, R. y otros. (1985). Psicosis y Psicoanálisis. Buenos Aires, Argentina: El manatial.
- González N (1999). Psicoterapia de grupos, teoría y técnica, a partir de diferentes escuelas, Manual Moderno, México, D:F:
- Fernández, A. M. y De Brasi, J. compiladores (1993). Tiempo histórico y campo grupal, masas grupo e instituciones, Buenos Aires. Nueva Visión.
- Foucault, M. (1966) El nacimiento de la clínica. Siglo XXI. México
- Kaës, R. (1998). El pacto denegativo en los conjuntos transubjetivos. En Lo negativo, comp. Misesernard, B. México: Amorrortu. editores.
- Maissonneuve (1963) Psicología social, Paidós, Buenos Aires Argentina.
- Missenard y otros (1996). Lo negativo, el pacto denegativo en los conjuntos transubjetivos, Argentina, Amorrortu.
- Newcomb (1978) Manual de psicología social, EUDEBA, México, D:F:
- O'Donnell (1975). La teoría de la transferencia en psicoterapia grupal. Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina.
- Racker, Heinrich. (1996). Estudios sobre técnica psicoanalítica Buenos Aires Argentina: Paidós
- Rodrigues (1981). Psicología social, Trillas, México. D:F.
- Ulloa, F. (1977). Psicoterapia de la psicosis en el ámbito hospitalario. Clínica y análisis grupal. Vol 6, 22-32. Madrid. España. Psicoterapia y psicología social aplicada
- Viet, J. (1973). Los Métodos estructuralistas en las ciencias sociales. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina.

TEXTO CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

ANEXO I. PRIMERA VERSION DEL PROTOCOLO

ANEXO II. VERSION DEFINITIVA DEL PROTOCOLO

ANEXO III. MANUAL DE ACOPIO DEL PROTOCOLO

ANEXO IV. VIÑETAS CLINICAS (SESIONES INICIAL, INTERMEDIA Y FINAL)

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO I

PRIMERA VERSION DEL PROTOCOLO

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

III.- TRANSFERENCIA-CONTRATRANSFERENCIA

TRANSFERENCIA MULTIPLE:

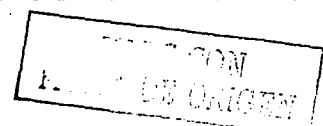
▪ **CENTRAL:**

▪ **LATERAL:**

▪ **EL GRUPO**

▪ **UN OBJETO EXTERIOR**

▪ **CONTRATRANSFERENCIA:**



IV.- INTERVENCIONES TERAPEUTICAS

HORIZONTAL

VERTICAL

V.- SUPERVISION

ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS

PRESCRIPCIONES TERAPEUTICAS

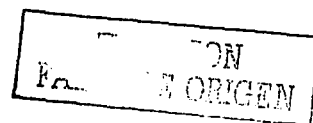
OBSERVACIONES:

(GRUPO COTERAPEUTICO. INCLUYE: TERAPEUTA COTERAPEUTA SUPERVISOR)

1. _____
DE ORIGEN

ANEXO II

VERSION DEFINITIVA DEL PROTOCOLO





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 FACULTAD DE PSICOLOGIA
 DIVISION DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO

Versión definitiva del Protocolo
PROTOCOLO DE REGISTRO DE SESION GRUPAL
 RELATORIAS PSICOANALITICAS CON PACIENTES PSICOTICOS

FICHA DE IDENTIFICACION	
FOCALIZACION GRUPAL	CLAVE DE GRUPO:
FECHA:	HORARIO:
DIAS:	SESION NUM.:

PARTICIPANTES	TOPOLOGIA DEL ESPACIO GRUPAL
1 _____	
2 _____	
3 _____	
4 _____	
5 _____	
6 _____	
7 _____	
8 _____	
9 _____	
10 _____	
11 _____	
T _____	

T= TERAPEUTA CT=COTERAPEUTA O= OBSERVADORES

I.- TEMAS DE LA SESION	
	1.1.- Síntomas y confesiones
	1.2.- Psicología de valores
	1.3.- Situaciones de emergencia
	1.4.- Perspectiva histórica
	1.5.- Consejos
	1.6.- Relato y análisis de sueños
	Temas de investigación Bach (1975)

RECIBO
 DE ORIGEN

II. - RELATORIA	
	CONTENIDOS MANIFIESTOS (COMUNICACIONES E INTERACCIONES -INCLUYE LENGUAJE NO VERBAL-):
Porta-voces	
2.1	TEMAS DE LOS CONTENIDOS LATENTES:
2.2.	MECANISMOS DE DEFENSA:
2.3	SINTOMAS

RECIBIDO EN
1 DE FEBRERO DE 1968

III. - PROCESOS GRUPALES	
	(RESISTENCIA GRUPAL, SUPUESTOS BASICOS, GRUPO INTERNO, ILUSION GRUPAL)
3.1	RESISTENCIA GRUPAL
3.2.	SUPUESTOS BÁSICOS.
3.3	EL GRUPO INTERNO.
3.4	ILUSION GRUPAL

RECIBIDO EN
FALLA DE ORIGEN

IV. - TRANSFERENCIA - CONTRATRANSFERENCIA	
4.1	CENTRAL: (con el monitor):
4.2	LATERAL: (con los otros, los participantes)
4.3	EL GRUPO (con el grupo como un todo)
4.4	UN OBJETO EXTERIOR (con un objeto externo, el mundo exterior)

IMP
7-11
FALLA DE OMBEN

V. - INTERVENCIONES TERAPEUTICAS	
5.1	HORIZONTAL (intervención dirigida a todo el grupo)
5.2	VERTICAL (intervención dirigida a lo singular)
VI. - SUPERVISION	
6.1	ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS
6.2.	PRESCRIPCIONES TERAPEUTICAS

OBSERVACIONES:
(GRUPO COTERAPEUTICO. INCLUYE: TERAPEUTA, COTERAPEUTA, SUPERVISOR Y OBSERVADORES CLINICOS)

CON
I. ...A DE ORIGEN

ANEXO III

MANUAL DE ACOPIO DEL PROTOCOLO

CON
FOLIA DE ORIGEN



PRSG

PROTOCOLO DE REGISTRO DE SESIONES DE GRUPO

Relatorías Psicoanalíticas
con pacientes psicóticos

*Manual de acopio
del protocolo
Javier Jaime Espinosa*

EXEMPLAR CON
FOLIO DE ORIGEN

ANEXO III

PROTOCOLO DE REGISTRO DE SESIONES DE GRUPO. RELATORÍAS PSICOANALÍTICAS CON PACIENTES PSICÓTICOS.

CÓMO HACER EL ACOPIO DE LA INFORMACIÓN DEL PROTOCOLO

Introducción:

La utilización adecuada del formato permite organizar y comunicar la información clínica y de investigación en el dispositivo grupal. Además promueve la enseñanza y la investigación y un modelo de abordaje al trabajo técnico.

Cuando se utilice el formato del *protocolo*, se observará que varios de los pasos a seguir son de naturaleza rutinaria. Todo terapeuta se percatará de la importancia que tiene llenar el protocolo con cuidado y precisión, por lo que se sugiere revisar el procedimiento que a continuación se describe.

Para llevar a cabo el acopio del protocolo es necesario que el terapeuta esté familiarizado con la teoría psicoanalítica, en especial de <las psicosis y del dispositivo grupal>.

El protocolo se denomina: "**Protocolo para la elaboración de relatorías psicoanalíticas de grupo con pacientes psicóticos**" y está constituido con las siguientes categorías clínicas:²⁵¹

La ficha de identificación

Los participantes en el grupo (topología del espacio grupal)

- I. Los temas
- II. La relatoría
- III. Los procesos grupales
- IV. La transferencia y la contratransferencia
- V. Las intervenciones terapéuticas
- VI. La supervisión.

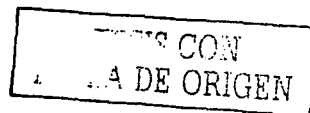
En el acopio del protocolo es menester ajustarse a los siguientes pasos:

Para cada categoría se señala el criterio general y los apartados que de ellas se derivan

Ficha de identificación

La ficha de identificación responde básicamente a una cuestión administrativa y organizativa del protocolo. Incluye los apartados de focalización grupal, la clave del grupo, la fecha, del inicio y terminación del tratamiento, el horario, los días y el número de sesión.

²⁵¹ Véase anexo II



1. Focalización grupal.- Aquí se anota a quién va dirigido el dispositivo grupal, el protocolo se diseñó para documentar sesiones de grupo con pacientes psicóticos²⁵²
2. Clave del grupo.- Aquí se anota con mayúscula, la letra que se le asigne a cada grupo.
3. Fecha.- En este espacio es indispensable anotar día, mes y año la sesión.
4. Horario.- Debe registrarse el horario del tiempo utilizado en cada sesión.
5. Anotar el día de la sesión
6. Sesión número.- Aquí se anota el número progresivo que corresponde a cada sesión.

La ficha de identificación permite un registro sistemático por sesión, para evitar confusiones entre un grupo y otro.

La ficha de identificación además, muestra algunos elementos del <encuadre y del contrato terapéutico>, los cuales son fijos y se enuncian en la primera sesión de grupo como una parte de la regla fundamental como son: *el lugar, el horario y los días asignados para el tratamiento.*

Participantes

Este apartado está diseñado para registrar con una o tres letras, la designación de cada uno de los pacientes. La letra T se utiliza para designar al terapeuta, y para los pacientes se podrá utilizar cualquier otra letra.

El objetivo de omitir los nombres corresponde a una razón de confidencialidad, este apartado básicamente se llena con la lista de asistencia grupal.

Al designar la(s) letra(s) para cada paciente, es necesario asegurarse de no repetirla, ya que esto podría generar confusiones posteriores.

Después de asignar las letras, se sugiere anotar la <función fórica>²⁵³ del paciente en el grupo. Por ejemplo, porta síntomas, porta resistencia, porta silencio etc.

Topología del espacio grupal

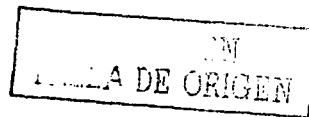
En este apartado se grafican los lugares que ocupan los miembros del grupo y el terapeuta. También sirve para observar de manera didáctica las comunicaciones y alianzas (bilaterales, triangulares y cuadrangulares, principalmente).

I. TEMAS DE LA SESIÓN.

Este espacio se utiliza, por una parte, para enlistar los tópicos que el grupo trabaja; y por la otra, los que corresponden a la investigación, por lo tanto puede haber varios tópicos en cada sesión.

²⁵² Exentos de daño orgánico cerebral

²⁵³ Ver capítulo II definición del término.



Temas²⁵⁴.

1. Síntomas y confesiones
2. Psicología de valores
3. Situaciones de emergencia
4. Perspectiva histórica
5. Consejos
6. Relato y análisis de sueños

Una revisión a esta sección del protocolo permite visualizar de manera esquemática lo que sucedió en cada sesión y también permite hacer investigación en cada uno de los rubros documentados, de esta manera, se puede obtener casi de inmediato un cuadro sinóptico que facilite tener una idea generalizada de lo sucedido en la sesión grupal a nivel manifiesto.

En el lado izquierdo del protocolo hay un margen que sirve para indicar con una letra (T o G) quien o quienes promovieron el tema de la sesión. Correspondiendo la letra T al terapeuta y la letra G al grupo. Esto obedece a que en la <primera y última sesión> por lo regular el terapeuta trabaja con objetivos programados, como son: la enunciación del encuadre terapéutico, la solicitud de presentación y expectativas del grupo, así como del inicio, curso y estado actual del padecimiento. Mientras que en la sesión final el terapeuta recapitula y hace devoluciones grupales e individuales, por lo que en este margen se señala el actor de la actividad programada y en las demás sesiones el grupo promueve el tema de la sesión a trabajar.

Por otra parte el margen que se encuentra al centro del rubro de temas, sirve para codificarlo en la investigación o subrayarlo a fin de que resalte el tópico y se puedan sumar los indicadores de frecuencia como se pudo ejemplificar en el análisis de resultados.

II. RELATORIA

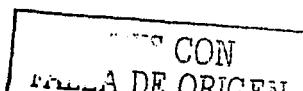
(contenido manifiesto, contenido latente: mecanismos de defensa, síntomas)

Este apartado se diseñó para redactar los pasajes más importantes sucedidos en cada una de las sesiones que conforman el <contenido manifiesto²⁵⁵ de la sesión>.

En la columna del lado izquierdo se especifica con una(s) letra(s) a los <portavoces del grupo>.

²⁵⁴ Los <temas> fueron investigados por Bach (1951:81) aquí sólo se trabajan los seis que se presentan con mayor frecuencia en los grupos terapéuticos.

²⁵⁵ La atención flotante del terapeuta es la pauta para redactar el contenido manifiesto. Cabe destacar que no se escribe letra por letra toda la sesión, actualmente hay en boga este tipo de descripción que le resta frescura al tratamiento psicoanalítico, además que permite al investigador una repetición tediosa de elementos que no tienen sentido para los productos del inconsciente y que si distraen, además de permitir reelaboraciones de interpretaciones, en una metainterpretación fuera del escenario real grupal y explora la transferencia de manera reelaborada, con una segunda intención consciente.



Este apartado se subclasifica con una <lista de los contenidos latentes> que posteriormente se explican en el formato.

Cabe señalar que es a partir de la <libre asociación> que los portavoces pondrán en palabras sus representaciones, sus afectos y sus fantasías inconscientes, los cuales serán recuperados por el terapeuta a través de la <atención flotante> para posteriormente redactar la relatoria de la sesión. El *setting* grupal es el lugar para explorar la <realidad psíquica grupal>. Los elementos de la relatoría sirven para documentar los <procesos grupales y la transferencia>.

Mecanismos de defensa

Los mecanismos de defensa que se espera sucedan en el grupo, corresponden a los de la psicosis²⁵⁶. En este escrito se considerará la propuesta freudiana y la kleiniana, siendo éstos:

1. Desmentida (Rechazo, Forclusión)
2. Proyección
3. Negación
4. Identificación
5. Identificación-proyectiva, etc.

Síntomas

En este apartado se anotan directamente los síntomas²⁵⁷ más frecuentes, por lo que es necesario documentarlos brevemente con viñetas, (por ej. ideas delirantes, alucinaciones, incoherencias, conductas agresivas, conductas erráticas, acting out y acting in, entre otros)

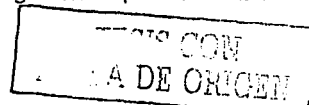
III. PROCESOS GRUPALES

Este apartado del protocolo está diseñado para redactar un resumen de los procesos grupales reconocidos en el tratamiento, como son: <la resistencia grupal, los supuestos básicos, el grupo interno y la ilusión grupal>. Los procesos grupales se anotarán con la mayor exactitud posible, de tal manera, que ejemplifiquen claramente la situación que se analiza.

En este rubro se analizan las relatorías, teniendo en cuenta el marco teórico de referencia de las <psicosis y del dispositivo grupal>, y considerando que no debe esperarse que cada rubro proporcione información sobre todos los procesos grupales o <realidad psíquica> enunciados; ya que habrá algunas que no se puedan

²⁵⁶ Lo cual no significa que no se puedan presentar otros mecanismos defensivos como por ejemplo el desplazamiento que es característico del pensamiento en obsesivos, que en ocasiones también se presentan en las psicosis.

²⁵⁷ Los síntomas en la psicosis son numerosos y sería absurdo y desgastante operacionalizarlos en un listado.



documentar o que surjan hallazgos clínicos con otros procesos grupales, no incluidos en este protocolo.

Es sustantivo recordar que los procesos grupales no se presentan todos a la vez, ni tampoco tienen una secuencia establecida, es por ello que *habrá sesiones en las que dominará un solo proceso grupal, o varios de manera alternada, pero imposible todos juntos*; por lo tanto, clínicamente se documentarán los procesos grupales provenientes de la relatoría, que se presenten con mayor evidencia y soporte clínico.

Resistencia:

En este apartado se analiza y redacta la resistencia grupal resultante del contenido manifiesto y latente, y de la transferencia como resistencia.

Supuestos básicos:

En este rubro se argumenta el supuesto básico que predomina en el contenido de la sesión.

1. De dependencia
2. De ataque-fuga
3. De apareamiento

Grupo interno:

En este apartado se analiza y argumentan los elementos de la transferencia para informar la <realidad psíquica del grupo interno> considerando que los organizadores grupales son:

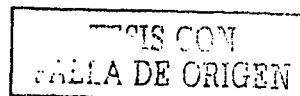
1. La imagen del cuerpo,
2. La fantasmática originaria
3. Los complejos familiares
4. La imagen global del funcionamiento psíquico (aparato psíquico grupal)

A su vez la <fantasmática originaria>, incluye cuatro tipos de fantasmas a representar, que son:

1. Los intrauterinos
2. Los de la escena primitiva
3. Los de seducción
4. El de castración.

Ilusión grupal

En este rubro se analiza la transferencia y se documenta la ilusión grupal.



Es importante señalar que <el grupo interno y la ilusión grupal> sólo pueden ser sujetos de análisis en la transferencia.

IV. Transferencia y contratransferencia.

En el protocolo se podrá documentar en cada espacio correspondiente la transferencia sucedida en el grupo, habiendo un rubro, para cada elemento transferencial. La transferencia grupal se da con:

1. El monitor (transferencia central)
2. El grupo (transferencia grupal)
3. Los otros (transferencias laterales)
4. El mundo exterior (transferencia societal)

Cuando sea necesario, se argumenta la modalidad de la transferencia y su sentido clínico según lo propuesto por Bejarano²⁵⁸ (1978:132) quien hace un cuadro ilustrativo, utilizando los signos +, - y ± para caracterizar a la transferencia:

Transferencia en Grupo

	OBJETOS INTERIORES		OBJETO EXTERIOR	
	Monitor	Otros	Grupos Mundo	Exterior
1.- Posición persecutoria	-	-	-	+
2.- Posición depresiva	+	-	-	+ ±
3.- Defensa maniaca	+	+	+	-
4.- Defensa histérica	-	+	-	+

Contratransferencia: positiva y negativa.

En este apartado del protocolo se describen las respuestas contratransferenciales y si hay suficiente información, se pueden analizar y argumentar.

V. Intervenciones terapéuticas

En este rubro es necesario describir la participación del terapeuta tanto de sus intervenciones dirigidas <hacia el grupo (horizontal), o hacia el individuo (vertical)>, así como también la modalidad de las intervenciones. Por ejemplo: encuadrar, interrogar, confirmar o rectificar información, recapitular, proporcionar información, hacer señalamientos, interpretar, clarificar, etc.

VI. Supervisión

En este apartado se anotarán las sugerencias emitidas por el supervisor, tanto del <acopio de información en el protocolo, como del tratamiento grupal>.

²⁵⁸ Ver Discusión que hace Bejarano sobre su propuesta de la transferencia (1978:133-135)

Estrategias terapéuticas:

En esta sección se anota el trabajo técnico sugerido por el supervisor acerca del manejo grupal a que está expuesto el terapeuta, a fin de lograr mejores resultados terapéuticos, que son el resultado del análisis de cada sesión a través de lo documentado en el protocolo.

Prescripciones terapéuticas:

En esta categoría se redactan <objetivos concretos> de conducción para el manejo grupal, para evitar en lo posible, cualquier acting out que no haya sido trabajado en el grupo y que perjudique al sujeto singular o a terceros, incluidos los elementos del grupo; o bien que contravenga la integridad de los mismos, así como para generar un ambiente terapéutico.

Observaciones

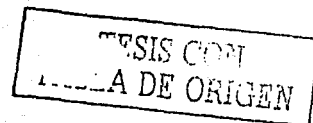
En este rubro se podrá anotar cualquier sugerencia del supervisor que no esté contemplada en el protocolo y que requiera de un análisis, tanto teórico como clínico.

En la generalidad de los casos se podrán documentar las relatorías con este protocolo. Sin embargo, habrá sesiones difíciles de documentar, por lo que cabe esperar cierto margen de error, por una parte por las características regresivas y psicóticas de las sesiones, y por otra, por lo incoherente que en ocasiones resultan éstas, situación que se deberá informar en este apartado.

Dado que no existe un formato ideal, habrá situaciones que queden fuera de los márgenes del acometido de este protocolo, por lo que será recomendable argumentarlas en una página anexa, misma que también podrá ser utilizada para realizar cualquier anotación clínica significativa que no contemple el protocolo y que sea susceptible de ser analizada.

Si todas estas indicaciones escritas no bastaran para documentar las relatorías psicoanalíticas con pacientes psicóticos, sería necesario fundamentar y argumentar nuevos elementos para su inclusión en el protocolo.

Si hubiera algún rubro que presentara duda para su acopio, se sugiere que el terapeuta utilice su propio criterio.





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
 DIVISION DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO

PROTOCOLO DE REGISTRO DE SESION GRUPAL
RELATORIAS PSICOANALITICAS DE GRUPO
CON PACIENTES PSICOTICOS

FICHA DE IDENTIFICACION	
FOCALIZACION GRUPAL	CLAVE DE GRUPO:
FECHA:	HORARIO:
DIAS:	SESION NUM.:

PARTICIPANTES	TOPOLOGIA DEL ESPACIO GRUPAL
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10 _____ 11 _____ T _____	
T=TERAPEUTA	CT=COTERAPEUTA O=OBSERVADORES

I.- TEMAS DE LA SESION	
Por el grupo	1.- Síntomas y confesiones
	2.- Psicología de valores
	3.- Situaciones de emergencia
	4.- Perspectiva histórica
	5.- Consejos
	6.- Relato y análisis de sueños
	(temas de investigación Bach (1974))

CON
 SELLA DE ORIGEN

III.- PROCESOS GRUPALES	
	(RESISTENCIA GRUPAL, SUPUESTOS BASICOS, GRUPO INTERNO ILUSION GRUPAL) RESISTENCIA GRUPAL
	SUPUESTOS BASICOS
	GRUPO INTERNO
	ILUSION GRUPAL
IV.- TRANSFERENCIA-CONTRATRANSFERENCIA	
	CENTRAL:
	LATERAL

...S CON
...A DE ORIGEN

ANEXO IV

VIÑETAS CLINICAS
(SESIONES INICIAL, INTERMEDIA Y FINAL)

TESIS CON
FOLLA DE ORIGEN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 FACULTAD DE PSICOLOGIA
 DIVISION DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO

PROTOCOLO DE REGISTRO DE SESION GRUPAL
 RELATORIAS PSICOANALITICAS CON PACIENTES PSICOTICOS

FICHA DE IDENTIFICACION	
FOCALIZACION GRUPAL: PACIENTES PSICOTICOS ADULTOS	CLAVE DE GRUPO: A
FECHA: 09-07-01	HORARIO: 10:00 a 11:30
DIAS: LUNES	SESION NUM: 1

PARTICIPANTES	TOPOLOGIA DEL ESPACIO GRUPAL
1 ED Emergente	
2 FX P. Síntomas	
3 NES Resistencia	
4 AL Seguidor	
5 J Silente	
6 M P. Síntomas	
7 R Líder	
8 D Silente	
9 T	
10	
11	
T=TERAPEUTA CT=COTERAPEUTA O=OBSERVADORES	

I.- TEMAS DE LA SESION		
	Por el grupo = G	X
T-G	Encuadre y contrato terapéutico	1.- Síntomas y confesiones
G	Reglas del grupo	2.- Psicología de valores
T-G	Presentación de los pacientes y de cada uno de los síntomas	3.- Situaciones de emergencia
		4.- Perspectiva histórica
		5.- Consejos
		6.- Relato y análisis de sueños
		Temas de investigación Bach (1974)

GRUPO A

3 CON
 DE ORIGEN

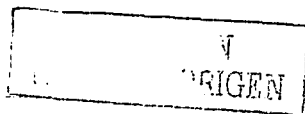
II.- RELATORIA	
	CONTENIDOS MANIFIESTOS (COMUNICACIONES E INTERACCIONES -INCLUYE LENGUAJE NO VERBAL-):
Porta- voces	Se presentan a la sesión: F, Al, Nes, J, Ed, R, M, y D.
T	<i>(Inicio la sesión con una breve introducción de bienvenida, y trato de propiciar un ambiente terapéutico de cordialidad y de comunicación. Me presento nuevamente, como en la entrevista previa grupal de selección. Enfatizo la regla fundamental del trabajo psicoanalítico en el grupo, con lo que incluyo el encuadre y el contrato terapéutico. Los pacientes lo reciben con tranquilidad (cuando menos, eso creo al principio). Les comento que todo grupo tiene reglas internas de operación y les solicito formulen las suyas. Para acordarlas, les muestro un ejemplo y ellos hacen lo suyo. Las reglas quedan así: Orden, disciplina y respeto, para quien hable. Hablar cuando sea necesario. Puntualidad, comprensión para quien habla. Y finalmente incluyo la confidencialidad. Las reglas del grupo son enunciadas por frases sueltas, en momentos unas se repetían. Prácticamente el grupo las aceptó verbalmente y las aprobó con su actitud.)</i>
ED	<i>(Se presenta y rompe un breve silencio, se muestra emergente y apresurado en hablar). Yo empecé a los 16 años, cuando la película "El silencio de los inocentes", esa de Anibal; y veía revistas amarillistas, tenía miedo a ser agredido, (se muestra inquieto). "Me vigilaban las personas que me querían hacer daño, sentía inseguridad, pensaba puras pendejadas" (Los demás ríen, él se justifica al respecto).-"No sé decirlo de otra forma. Sentía que controlaban mi pensamiento, decía cosas incoherentes, me quedaba mucho tiempo acomodando una toalla o esquivando mi sombra, tenía insomnio y me gustaba. Estaba irritable y quería hacer las cosas yo primero, siempre quiero ser el primero en todo".</i>
Fx	<i>(Continúa) "Yo tengo 27 años, yo inicié a los 23 años, oía cosas, voces que me decían cosas", (mientras habla se frota la cabeza continuamente). "Me irritaba, tenía sensaciones en el cuerpo, sentía que me vigilaban de las películas, decían que yo era el de <Volver al futuro>, decían que <vamos a experimentar contigo>, sentían que me tocaban los genitales. Le dije a una mujer que si se movía la iba a matar "(antes la había acechado sexualmente). "Tuve muchos roces, pedía dinero en las paradas de camiones".</i>
M	M a Fx- <i>(Le pregunta) ¿cuánto te daban?. (M es el más humilde del grupo)</i>
R	<i>Le responde a M: -Eso no importa-</i>
Fx	<i>(Continúa su relato). "Tocaba a las chicas, estuve hablando mal del país, todavía ayer ví una figura que se desvanecía. Veo visiones"</i>

GRUPO A

ZON
DE ORIGEN

Fx y Ed	(Vacilan entre ellos y se hacen bromas con algunos contactos físicos en los brazos y piernas)
Al	(Refiere que tiene 33 años y ella inició su adicción a los 1.5 años) "Me drogaba con pintura de zapatos de mi mamá. Me dijeron que tenía una lesión en el lado izquierdo del cerebro. Me mareaba con solventes y alucinaba" .
Ed	(Ed le pregunta a Al) ¿cómo veías a la gente?
Al	(Responde). Normal.
Ed	¿Qué sentías?
Al	Alucinaba.
Nes	(Interrumpe la interacción y con una voz clara y sonora expresa) "huele a orines de humano" . (todos ríen).
R-F	(Comentan) Nes es muy perceptivo Dr. y es muy observador.
T	¿Parece que huele a otra cosa? Responden. "A sudor, porque venimos de jugar" . (ríen)
Fx y Ed	Acusan a Al de que no dice todo. "Ella ve borroso y se pone agresiva y a veces se pierde en la calle" . (Después sigue un silencio, nos miramos a las caras y el grupo se dirige a J).
J	"¿yo...? me llamó J" . (se muestra temeroso) "Tengo 33 años, inicié desde los 6 años, me dijeron que tenía EZP²⁵⁹." (Después su silencio es sepulcral. El grupo se encarga de describirlo). "El es desconfiado, callado, introvertido y tocaba el violín" . (mientras hablan de él, suspende el contacto visual con todos y en una actitud de ensimismamiento, mete sus manos entre sus piernas y mira al piso, da la impresión de que no quisiera estar aquí).
T	(Pienso cuando hablan que toca el violín, me quedo con la imagen clásica del TAT, del niño con el violín, me genera cierta tristeza). (Después, J se balancea, se angustia, se frota las manos, baja la cara y hace un repaso o varios con su mirada. Finalmente mira hacia arriba, da la impresión que nos quisiera ignorar finalmente el grupo decide dejarlo).
M	(Inicia con un relato que parece de merolico). Recita: "Tengo 37 años, a los 17 años me drogaron mi cuerpo con drogas cinestésicas psicotrópicas, <por la piel y me contaminaron>, me quieren hacer daño los inmortales, porque hay ciencias del bien y del mal que alteran las actividades, las estaciones de la radio y TV. emiten un tipo de lenguaje contaminante" .
Fx	Pregunta ¿alguien le quiere hacer daño?
M	Le responde. No. Creo que todos son mis guardaespaldas. (se refiere al grupo)
Fx	¿Yo pienso que vienes aquí y hablas así para no trabajar?

GRUPO A



M	"Ahora estoy contaminado, empastillado, vengo aquí porque estoy mejor que en mi casa." <i>(acto seguido comenta, cómo lo despidieron de un trabajo en el que duró 3 días.. después expresa un relato incoherente difícil de seguir y encontrar algo allí).</i>
Nes	<i>(el paciente perceptivo y observador, comenta, sin mirar a nadie)</i> "es un signo de la esquizofrenia".
R	<i>(Le toca su turno a R, que se muestra atento y sigue al grupo en sus bromas y silencios)</i> "Yo soy R tengo 45 años, inicié hace pocos años, como 3.
R	<i>(Repite un comentario de Ed, algo así como su modismo o carta de presentación):</i> "¡hay mamachita!, dijo Resortes"
R	<i>(Continúa).</i> "Empecé con una neurosis y fui con el psiquiatra, como a los 38 años. Se me iba la onda, me salía de lo que podía comprender. Me pasa una vez al año. Pensé que le querían hacer daño a mi esposa y la secuestraban. Le compré un perro a mi hija," <i>(da a entender que para cuidarla).</i> "Me querían matar, controlaban mi pensamiento. Pensé que habían matado a mi familia y que iba a ser canonizado como santo y que tenía que pasar por el sufrimiento para ser santo y hasta cristo. La TV me hablaba y no vivía lo que pasaba".
D	<i>(Finalmente D, responde, más que tomar la iniciativa).</i> "Tengo 44 años, a los 17 inicié en la prepa con una depresión". <i>(Le angustia hablar. Mientras el grupo juega, lo observo desconfiado, como con ganas de salir. Ya había salido a la mitad de la sesión, había solicitado permiso para ir al baño. Parece que tardó lo suficiente como para vencer un poco el miedo y la resistencia. Se reconoce desconfiado y refiere que)</i> "oye voces que hablan juntas y no las entiende", <i>(también dice que presentó insomnio, cansancio e irritabilidad).</i>
T	<i>(Después se queda callado. Ante el silencio de D, le pregunto al grupo, si lo conocen El grupo responde afirmativamente y lo refieren)</i> "solitario, introvertido, serio y callado". <i>(Advierto que el tiempo de la sesión está por terminar, por lo que trabajo el cierre. Les comento que es muy importante su participación y les expreso que continúen como hoy. Algunos hacen preguntas administrativas, que se les responden.</i> <i>El clima grupal se relaja).</i>
	<p>TEMAS DE LOS CONTENIDOS LATENTES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- La psicosis se vive como una película <ol style="list-style-type: none"> a) "El silencio de los inocentes" b) "Volver al futuro" 2.- El terapeuta (monitor) es el objeto persecutor. <ul style="list-style-type: none"> -Que cuestiona a los "inocentes" y los hace hablar. -Urga entre el traslape del tiempo, en la confusión de lo vivido con lo real. El pasado (del síntoma) que ahora está presente y parece que perdura para siempre (el futuro).

GRUPO A

TESIS CON
FUELLA DE ORIGEN

	<p>MECANISMOS DE DEFENSA:</p> <p>1.- Proyección: Ej. "...me persiguen, me quieren hacer daño, pensé que habían matado a mi familia..."</p> <p>2.- Negación: Ante el padecimiento, que después se manifiesta como resistencia.</p> <p>3.- Desmentida: Ej rechazo de una parte de la realidad generando una nueva, de manera soberana, es decir con una psicosis.</p>
	<p>SINTOMAS</p> <p>Los pacientes con esquizofrenia refieren, el inicio de su padecimiento en la adolescencia (ej: 16, 23, 15, 17 años etc.). Reconocen la fecha cuando cambiaron sus vidas. Los síntomas son: Ideas de daño, de persecución, delirios de grandeza, alucinaciones (visuales y auditivas), supicacia, angustia, temor, incoherencia, incongruencia. Miedo a ser agredidos, delirio de ser observado, ideas de control del pensamiento, ideas obsesivas y conductas compulsivas, ideas de agredir y de perder el control pulsional. Continuas referencias al cuerpo Estos síntomas son evidencia clara del trabajo en grupo con pacientes psicóticos. Este comentario, es para poder diferenciar, que en este protocolo con sólo leer algunos apartados (como éste) se puede reconocer la <patología en la que se trabaja>, y consecuentemente el grado de regresión en que se encuentra. Es decir, en etapas del desarrollo pregenital. Esto es en el <Narcisismo>.</p>
III.- PROCESOS GRUPALES	
	<p>(RESISTENCIA GRUPAL, SUPUESTOS BASICOS, GRUPO INTERNO, ILUSION GRUPAL)</p>
1	<p>RESISTENCIA GRUPAL</p> <p>Es evidente en dos momentos: El paciente que sale a la mitad de la sesión para ir al baño. Su relato lo enuncia prácticamente con monosílabos y angustia. Reconociendo su resistencia para hablar de su padecimiento. El caso de la paciente que es acusada por dos integrantes quienes comentan: "no dice toda la verdad".</p>
2.	<p>EL SUPUESTO BÁSICO.</p> <p>Por ahora no hay suficientes elementos para documentarlo.</p>
GRUPO A	

EN

3.	<p>EL GRUPO INTERNO.</p> <p>Aquí hay múltiples referencias de la familia. Hay que recordar que la familia es el prototipo que el paciente tiene de referencia, en el cual inscribe su historia y de la cual alude.</p> <p>Hay referencia a lo corporal. Es decir <la imagen del cuerpo>, como pieza del grupo interno.</p> <p>Desde la percepción (alucinación, auditiva y visual); desde los contactos, desde el tocarse la cabeza, desde hacer alusión al cuerpo, "por la piel contaminada". (Interpretación).</p> <p>Aquí es importante recordar que en la piel están la zonas erógenas, cuya función es producir placer. Si es percibida como contaminada, parece perder el acceso a integrar los estímulos externos de manera diferente. Además, en los psicóticos si hay algo que dificulte el vínculo con los objetos, es la imposibilidad que tienen para investir los objetos externos y generar verdaderos vínculos.</p>
IV.- TRANSFERENCIA-CONTRATRASFERENCIA	
	<p>TRANSFERENCIA MULTIPLE:</p> <p>La transferencia se expresa a través de la <metáfora>, hay que recordar que en la escucha analítica la metáfora es el discurso de oculto y designa (el retorno del lo reprimido, es decir el síntoma) el discurso latente.</p>
	<p>CENTRAL: (el monitor):</p> <p>A la figura terapéutica, desde la primera sesión se le advierte que por una parte, va a presenciar "el silencio de los inocentes", es decir la resistencia como transferencia. Y por otra parte, va a tener que "volver al futuro" descifrar los traslapes del tiempo. Es decir escuchará directamente el proceso primario, lo inconsciente (la condensación, el desplazamiento, la simbolización, las fantasías, etc)</p>
	<p>LATERAL: (Los participantes, los otros)</p> <p>Dos pacientes acusan a otra, que "no dice la verdad".</p> <p>El terapeuta hace lo mismo y pregunta "¿conocen al paciente?", se refiere al que no quiere hablar y hace alianza con el grupo desde la transferencia, utiliza al grupo para que "lo acusen". En ambas situaciones se presenta la transferencia como resistencia.</p>
	<p>EL GRUPO (el grupo como tal)</p> <p>Expresa un paciente (reconocido por el grupo como, el perceptivo, el observador, es decir, el interpretador). "huele a orines de humano". Este mensaje es en realidad, el poner en escena, <el narcisismo>. Uno se pregunta ¿quién huele a orines?. La respuesta es, el grupo; y la metáfora encubre claramente a los bebés, que son los que huelen a orines. Esta metáfora refiere directo al mundo interno del narcisismo, la omnipotencia, la alucinación, el no yó, el mundo de la incorporación canibálica, el autoerotismo (el sujeto se toma como objeto). En este momento no se establece aún la relación de objeto.</p>

REPORT N

	<p>UN OBJETO EXTERIOR (el mundo exterior) La posición es persecutoria, el terapeuta, el grupo y los otros, son vividos como objetos malos, ya que el objeto bueno es proyectado al mundo exterior.</p>
	<p>CONTRATRANSFERENCIA: Reconozco que me siento ansioso y a fin de controlar esta ansiedad, por momentos escribo algunas notas como para darle coherencia a la sesión y evitar la ansiedad. También puedo reconocer que la elaboración del mismo protocolo es una forma de estructurar el discurso, que en ocasiones parece un caos, una defensa ante la desintegración, quizá como una forma de asirme a la realidad. y con ello regresar la prueba de realidad a los pacientes.</p>
V. - INTERVENCIONES TERAPEUTICAS	
1	<p>HORIZONTAL (intervención dirigida a todo el grupo). El enunciado del encuadre y el contrato En el encuadre se enuncia, la "regla fundamental" de hablar con libertad, permitiendo la libre asociación, evitar vínculos fuera del grupo, etc. (hay que recordar que cualquier modificación a la regla fundamental es considerada como resistencia). En el encuadre se enuncia el inicio y el término del tratamiento, los horarios, el lugar donde se llevará a cabo el tratamiento. En el contrato se refrenda el compromiso terapéutico de los pacientes y el terapeuta de llevar a cabo el contrato con las reglas que especifique el grupo y las que habrá que ajustarse.</p>
	<p>VERTICAL (intervención dirigida a lo singular). -Insto a participar a los pacientes silentes (J y D) -por momentos limitó la participación de M, quien continuamente irrumpe a los que hablan en la sesión. -Respondo a preguntas concretas sobre cuestiones administrativas, al final de la sesión.</p>
VI. - SUPERVISION	
	<p>ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS Continuar motivando a los pacientes silentes, sin provocar ansiedad, y persecución, es decir, con medida, ya que el trabajo terapéutico es de 10 sesiones Limitar los relatos cuando sean completamente disgregados, y propicien que el grupo y el terapeuta se pierdan en el relato. Promover en los pacientes que hablen de las dificultades que les aquejan en la sesión. Promover la cultura terapéutica, (ej: que los pacientes pueden preguntar cuando algo no les quede "claro").</p>
GRUPO A	

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

	<p>PRESCRIPCIONES TERAPEUTICAS No interpretar directamente al grupo lo observado; es la primera sesión y hay que dosificar la interpretación Es preferible hacer la interpretación en el formato, ya que el objetivo es documentar la <realidad psíquica grupal>. (es decir documentar los efectos del inconsciente en lo grupal.)</p>
OBSERVACIONES:	
GRUPO COTERAPEUTICO. INCLUYE: TERAPEUTA, COTERAPEUTA, SUPERVISOR Y OBSERVADORES CLINICOS.	
<p>En este caso como sólo se cuenta con las figuras del terapeuta y el supervisor, las recomendaciones de la supervisión se ajustan a los apartados respectivos. A pesar de ello, comentaré que después de releer la sesión, me doy cuenta que NES, no se presentó, que se escondió desde la resistencia de la transferencia del líder informal. Por otra parte es importante reconocer las funciones <fóricas> de los miembros del grupo. Ed emergente, Nes el líder de la resistencia; J y D los porta-silencios, Fx y R los porta-síntomas y Al, J,D y NES, los porta-resistencia. Los detalles de las funciones fóricas se encuentran en la topología del espacio grupal</p>	
GRUPO A	

TESIS
FALLA DE ORIGEN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 FACULTAD DE PSICOLOGIA
 DIVISION DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO

PROTOCOLO DE REGISTRO DE SESION GRUPAL
 RELATORIAS PSICOANALITICAS CON PACIENTES PSICOTICOS

FICHA DE IDENTIFICACION	
FOCALIZACION GRUPAL: PACIENTES PSICOTICOS ADULTOS	CLAVE DE GRUPO: B
FECHA: 18-JUL-01	HORARIO: DE 11:30 A 13:00
DIAS: MIERCOLES	SESION NUM.: 5

PARTICIPANTES		TOPOLOGIA DEL ESPACIO GRUPAL
1	O Resistencia	
2	Gdo Resistencia	
3	Na Resistencia	
4	Jo Silente	
5	La Emergente	
6	Ita Líder	
7	T	
8	_____	
9	_____	
10	_____	
11	_____	

T= TERAPEUTA CT=COTERAPEUTA O= OBSERVADORES

I. - TEMAS DE LA SESION			
G	La amistad y los novios	X	1.- Síntomas y confesiones
		X	2.- Psicología de valores
			3.- Situaciones de emergencia
			4.- Perspectiva histórica
			5.- Consejos
			6.- Relato y análisis de sueños
			Temas de investigación Bach (1974)

GRUPO B

F. []

II.- RELATORIA	
	CONTENIDOS MANIFIESTOS (COMUNICACIONES E INTERACCIONES -INCLUYE LENGUAJE NO VERBAL-):
Porta- voces	SE PRESENTAN A LA SESION: La, Gdo, O, Jo, Ita, La y N
La	<i>Inicia la sesión La, quien se muestra ansiosa por comentar síntomas psicóticos que presentó P, en la sesión anterior, y que ahora ella sentía. El grupo le responde que se sugestionan muy rápido, sin embargo ella toma por la buena cualquier sugerencia).</i>
Gdo	"Quisiera que habláramos de los novios y la amistad. Casi no tenemos amigos, ni novias, no podemos tener novia, nadie nos visita, no nos hablan por teléfono, como que nos aislamos".
La	<i>(Se instala en un diálogo con Gdo)</i> "Tuve un novio de beso y mano, y todavía lo quiero. (10 años antes) lo dejé por una chava que me amenazó".
O	"¿Cómo se llama?"
La	"Arqueles, creo que el nombre es egipcio. Siempre me ha gustado, pero me pongo celosa o triste cuando está besuqueando a otras, digo "esos besos los quiero para mí".
Jo	"Tengo pocos amigos y no tengo novias" <i>(es el paciente más joven que se pasa la mayor parte de la sesión mostrando la lengua)</i>
La	<i>(Le contesta)</i> "mi mamá dice que hay que leer para tener qué platicar con los novios"
O	<i>(El paciente de la cara redonda de color ocre y de acné ".Se hace el desentendido de la alusión que se le hace. Hasta que responde.)</i> "por medio de los libros se aprende de todo. <i>(Racionaliza y posteriormente se torna incoherente, no hace contacto visual con el grupo).</i>
Jo	"No sé qué hacer para tener amigos"
Ita	<i>(que llegó tarde, fácilmente se involucra en el relato)</i> "Nos vemos apáticos, no nos interesa nada cuando estamos enfermos"
La	<i>Da la sorpresa.</i> "Yo tuve relación con 7 hombres. (Describe al detalle el uso sexual de que fue objeto por ellos en varios ocasiones y dice molestarse porque fue utilizada)
Gdo	<i>(El grupo responde asombrado, los comentarios van desde)</i> "eres muy sincera", "yo no lo diría", "debes medir tus palabras", etc.
La	<i>(Ella escucha y responde).</i> "es que sí tengo culpa", (pienso que quiere expiar sus culpas)

GRUPO B

E
I
GEN

Ita	(Racionaliza, o mejor dicho, explica desde sus conocimientos médicos): "la libido y la sexualidad se incrementa o disminuye con la enfermedad y no se puede controlar, yo me autosatisfago, pero no me atrevo a tener relaciones sexuales, creo que mi padre me correría" (ella tiene 39 años) "y no quiero que suceda" .
O	"Bueno" , (Pregunta de manera pecaminosa.) "¿puedo decir algo?" (Y describe un relato un tanto prolijo que termina explicando y justificando, sobre haber tenido un contacto único y de carácter homosexual -otro hombre le hizo una fellatio- y fue feliz, por lo que dice que lo intentaría nuevamente.)
Gdo	(Que había iniciado la sesión, se observa tenso, mira al suelo con las manos sobre las piernas).
T	Y usted ¿qué nos puede comentar me dirijo a Gdo.?
Gdo	"Yo no quiero estar aquí, me quiero salir"
T	(En ese momento recuerdo que en la primera sesión nos habló de su impotencia sexual)
Gdo	(Finalmente vence la resistencia) y refiere que tuvo relaciones homosexuales por 7 años y que le regalaban cosas, hasta la fecha- pero que ya no quería saber de eso".
Ita	(Que en la primera sesión habló de que su enfermedad empezó con un rechazo hacia las mujeres, que sentía que controlaban su mente, desde entonces rechaza cualquier tipo de relación homosexual masculina o femenina, aunque dice "respetar a los demás" , ella no se atreve a incursionar en otro sexo, se dice célibe).
N	(Quien desde que llegó no hace contacto visual con nadie, da la impresión de que estuviera alucinando, dice que también es célibe) "no quiere saber nada" . Sin embargo 3 días antes su internamiento se había prolongado debido a que desea tener un bebé, que fue cuestionado por el grupo y del cual no se da cuenta.
	TEMAS DE LOS CONTENIDOS LATENTES: 1.- Relaciones parciales de objeto. La masturbación, las relaciones homosexuales también vistas como objeto de satisfacción parcial ya que no hay un objeto completo y permanente. 2.- El narcisismo primario, la libido autoerótica, de la masturbación la dificultad de libidinizar objetos totales, por lo que su relación es de objeto parcial
	MECANISMOS DE DEFENSA: 1. Negación de la homosexualidad 2. Proyección de los deseos homosexuales
	SINTOMAS 1. Culpa, miedo, conductas de evitación ante la angustia

GRUPO B

N
F... IGEN

III. - PROCESOS GRUPALES	
	(RESISTENCIA GRUPAL, SUPUESTOS BASICOS, GRUPO INTERNO, ILUSION GRUPAL)
1	<p>RESISTENCIA GRUPAL La resistencia manifiesta por el grupo en general, a excepción de (La). La resistencia que incluye directo un compromiso inconsciente es manifiesta por Gdo. y su temor para hablar de su homosexualidad, que toca casi al total del grupo y de N que se niega a hablar de su deseo de parir, de traer al mesias del supuesto básico de apareamiento en que se encuentra la sesión.</p>
2.	<p>EL SUPUESTO BÁSICO. Apareamiento.</p>
3.	<p>EL GRUPO INTERNO. A través del relato, el grupo permite poner en juego el destino de la pulsión parcial (eros) y su culpa, al castigo paterno, de la castración, que refiere como un acto que "no debe hacerse" que genera culpa. Como, por ejemplo, "es servir como objeto sexual" y sentirse usada. Por otra parte, una radicalización de dos personas nubiles, deseosas pero imposibilitadas desde el supereyó (APG) a responder a un verdadero contacto heterosexual.</p>
	<p>ILUSION GRUPAL Sin información.</p>
IV. - TRANSFERENCIA-CONTRATRANSFERENCIA	
	TRANSFERENCIA MULTIPLE:
	<p>CENTRAL: (el monitor): Es una sesión curiosa donde imperea la sexualidad. (La) dice expresa de manera latente que puede tener sexo con el grupo, pero se sentiría culpable. Curiosamente habemos <i>siete</i> personas en el grupo. El detalle de su relato es seductor y pone a varios en el deseo. Se tornan inquietos, algunos se inhiben, pero finalmente aceptan que la psicosis les autoriza cualquier conducta sexual, sin mayor complejidad que entregarse al momento.</p>
	<p>LATERAL: (Los participantes, los otros) Se presenta cierta prohibición y censura hacia el relato, aunque por otra parte se admite. El poder de la libido y la dificultad de dominar la pulsión, que sólo se satisface de manera autoerótica.</p>
GRUPO B	

TRABAJO CON
 FOLIA DE ORIGEN

	<p>EL GRUPO (el grupo como tal) Se polariza. Por un lado, quienes transfieren el uso de ser objeto sexual (usados en una orgía, prostituidos); y por el otro, quienes saben de la sexualidad sólo a través del deseo y el autoereotismo y desde allí se imaginan como sería el ser tocado por el otro.</p>
	<p>UN OBJETO EXTERIOR (el mundo exterior) La sexualidad es vista como clandestina, se debe esconder de la prohibición y la ley que lo enmarca.</p>
	<p>CONTRATRANSFERENCIA: Percibo en mí cierta actitud favorable del grupo. Pienso que trabaja bien y que hoy es una sesión importante que marca a la sexualidad con un especial matiz desde la esquizofrenia. Pienso que después de varias sesiones de agresiones, hoy la hostilidad da paso al deseo y genera ansiedad, pero permite saber que el grupo no se desintegrará por completo, cuando menos eso pienso ahora.</p>
V.- INTERVENCIONES TERAPEUTICAS	
	<p>HORIZONTAL (intervención dirigida a todo el grupo) Promuevo la participación grupal.</p>
	<p>VERTICAL (intervención dirigida a lo singular) Incluyo a Gdo en el relato, que inicia y del que se rehúsa a hablar (me doy cuenta que pregunta para no involucrarse).</p>
VI.- SUPERVISION	
	<p>ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS: Continuar apoyando, no involucrarse en el conflicto entre pacientes.</p>
	<p>PRESCRIPCIONES TERAPEUTICAS</p>
OBSERVACIONES:	
<p>(GRUPO COTERAPEUTICO. INCLUYE: TERAPEUTA, COTERAPEUTA, SUPERVISOR Y OBSERVADORES CLINICOS)</p>	
GRUPO B	

1. JUN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 FACULTAD DE PSICOLOGIA
 DIVISION DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO

PROTOCOLO DE REGISTRO DE SESION GRUPAL
 RELATORIAS PSICOANALITICAS CON PACIENTES PSICOTICOS

FICHA DE IDENTIFICACION	
FOCALIZACION GRUPAL: PSICOTICOS	CLAVE DE GRUPO: C
FECHA:	HORARIO: 15:00 A 16:30
DIAS:	SESION NUM: 10

PARTICIPANTES	TOPOLOGIA DEL ESPACIO GRUPAL
1 M Resistencia	
2 Gdo Líder	
3 Ro Seguidor	
4 Fx P. Síntomas	
5 Nes Observador	
6 Ed Seguidor	
7 Au Conciliador	
8 La Síntomas	
9 T	
10	
11	

T= TERAPEUTA CT=COTERAPEUTA O= OBSERVADORES

I.- TEMAS DE LA SESION			
	Por el Grupo	X	1.- Síntomas y confesiones
T-G	El término del Tx		2.- Psicología de valores
			3.- Situaciones de emergencia
		X	4.- Perspectiva histórica
			5.- Consejos
			6.- Relato y análisis de sueños
			Temas de investigación Bach (1974)

GRUPO C

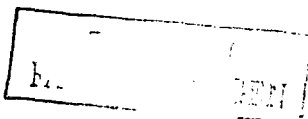
ON
 E... DE ORIGEN

II. - RELATORIA	
	CONTENIDOS MANIFIESTOS (COMUNICACIONES E INTERACCIONES -INCLUYE LENGUAJE NO VERBAL-): El término del Tx.
Porta- voces	SE PRESENTAN A LA SESION: Gdo, M. Ro, Au, Nes, Ed, Fx, La.
G	<i>El grupo inicia diciendo que la sesión de grupo es buena y que les ha caído de pelos. "Hemos aprendido a comportarnos con respeto, saber escuchar, participar, ser puntuales, responsables, ser sinceros, no faltar y no mentir". (prácticamente repiten el encuadre). (El grupo se hace el desentendido y se muestra en la negación después, una ráfaga de pensamientos aislados incoherentes como para pedir más tiempo). Empiezan a hablar de la muerte, las drogas, la eutanasia, las alteraciones de los esquizofrénicos ante la sociedad, etc.</i>
Fx	<i>(Reclama y el grupo se le une) "Yo siempre tengo muchas alteraciones cuando oigo voces siento cosas"</i>
Ed	<i>Le pregunta a Fx) ¿En tu cuerpo?</i>
Ro	<i>(Afirma, incluyéndose) "se le meten los señores a toda la agente"</i>
Fx	<i>¿Cómo?</i>
Ro	<i>"Al escuchar voces de animales"</i>
Fx	<i>"Yo veo visiones, rostros que me están viendo feo, en los santos, en los espejos y de repente veo a alguien que no soy yo"</i>
T	<i>¿Qué haces? Me dirijo a Fx</i>
Fx	<i>(Responde) "a veces me río"</i>
M	<i>(Interrumpo) "sí, a la gente le hacen..."</i>
M	<i>(Es interrumpido ahora por Fx) "¿porqué si los vampiros se beben toda la sangre no se mueren?"</i>
M	<i>"Te contaminan, te envenenan"</i>
Au	<i>"Yo me enojo y reacciono y les grito, maldigo a los vecinos hasta que me controlan. Ellos no me dicen nada porque saben que estoy enferma"</i>
Nes	<i>(Juegan) Nes comenta "yo con la mirada les digo cabrones"</i>
Ed	<i>"Cuando trabajé en la Comercial Mexicana, pensaba que me querían pegar, sentía que me buscaban y me seguían, salía de un lugar a otro, me perseguía una cocinera con el cuchillo, después la esquivé, ella sintió mi miedo".</i>
Gdo	<i>"A lo mejor estaba jugando contigo"</i>
Ed	<i>No lo creo</i>
La	<i>(Se une a Gdo) Me cambian las emociones" (llora)</i>
Ed	<i>"Sentía que me colgarian como las reses y que me desollaban"</i>
Nes	<i>"Ya se le quitaron las lágrimas a La" (advierte)</i>
GRUPO C	

IN
ORIGEN

Gdo	(Trata de explicar las alucinaciones) "yo pienso que los demás escuchan las voces"
Fx	"Como si leyeran el pensamiento y también siento miedo, no viene de mí, viene de otra fuente.
Ed	"Yo también"
Fx	(Nuevamente su turno es de reclamo) "yo tomo el medicamento y sigo escuchando las voces y veo visiones"
M	(Continúa aparentemente dormido)
Ed y Nes	(Continúan inquietos)
Gdo	"Sientes que vas caminando y todos saben lo que vas a hacer"
Fx	"A mí me decían puras incoherencias, que yo iba a ser el salvador del mundo"
Au	(Comenta sin mirarlo, dirigiéndose a mí) "falta que le ajusten el medicamento"
Fx	(T me quedo en silencio, y nuevamente el reclamo). "Hasta en los doctores hay hermetismo, tú estás pensando así, veo cómo se comporta la gente, "me dicen lo que estoy pensando. ¿Sabes? Yo soy medio masoquista y me gusta que me pateen mis amigos", "me cae gorda la gente que usa lentes" (me vuelve a agredir y ante mi silencio responde) "si me pateara toda la agente, yo me divertiría (pienso que no le basta con echarse al grupo encima, quiere el castigo de su padre)
Gdo	(Lo ignora y comenta) "yo platico con las voces y la gente me dice "¿qué pasó, te sientes mal?"
Ro	(Que estuvo escuchando y observando la interacción, comenta) "le va a gustar el medicamento, ¿qué me hace el medicamento? (se responde) "me quita el enojo". (me defiende, pienso)
Nes	"Yo escucho hasta que me hartan. (observo al grupo disgregado y maniaco)
Ro	(insiste) "son cosas de la mente, les deberían aumentar la dosis" (consigna)
Fx	"Nada más con las que vives"
La	(Responde como cuando discuten sus padres) "no me siento bien", (el grupo hoy no la sigue en su queja, y el grupo continúa maniaco)
Gdo	(En tono de duda, comenta) "Oigo las voces de los doctores que me hablan y me aturden. (le pregunto cuáles doctores y enuncia el grupo interdisciplinario de la clínica de esquizofrenia). "Luego escuchaba las voces, escuchaba el eco, todos los que repetían al minuto, escuche estás loco"
Nes	(Responde) "puros virotos" (sic) "Oiga Dr. ¿qué es el síndrome de down, qué signo es usted? (oigo la agresión de Nes, que quiere que responda las peticiones del grupo). "a veces pienso que quiero matar a unos vecinos y luego me pasa, con cuchillos", "cuando estoy solo, me deprimó y pienso en suicidarme, me frustró".-

GRUPO C



T	<p>Les pregunto qué pueden rescatar de la sesión y expresan que sienten que pierden la razón. (después de una sesión difícil). Les comento que quizá es la forma que tienen para decir que no están curados y que no debemos terminar, hago señalamientos grupales sobre la ansiedad, tanto de ellos como la mía, del enojo que hay porque se termine el tratamiento y no han sido salvados de la locura. Parecen comprender y plantean la posibilidad de continuar el tratamiento, situación que se verá con calma, posteriormente.</p>
	<p>TEMAS DE LOS CONTENIDOS LATENTES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- El grupo manifiesta su frustración e impotencia, porque termina el tratamiento, a través de la agresión directa y velada hacia la figura del terapeuta. 2.- Hay regresión en los pacientes y reactivan su psicosis, se muestran demandantes, exigen continuar el Tx. 3.- La locura que se apacigua con el medicamento.
	<p>MECANISMOS DE DEFENSA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Desmentida (Rechazo, Forclusión) 2.- Proyección.- De la agresión y las ideas delirantes como síntomas de restitución. 3.- Negación.- De que termine el tratamiento. 4.- Identificación.- De los síntomas psicóticos y el padecimiento. 5.- Identificación proyectiva, etc.
	<p>SINTOMAS</p> <p>Por ej. ideas delirantes, alucinaciones, incoherencias, conductas agresivas, conductas erráticas, acting in, continuas referencias al cuerpo, entre otros.</p> <p>Resurgimiento de ideas delirantes, de daño y referencia, "me quieren descuartizar; alucinaciones "oigo voces", "veo visiones"; agresión, ideas homicidas "a veces quiero matar a unos vecinos" (sic), "odio a los que tienen lentes" (sic), "qué es el síndrome de down, qué signo es usted?"</p>
<p>III.- PROCESOS GRUPALES</p>	
	<p>(RESISTENCIA GRUPAL, SUPUESTOS BASICOS, GRUPO INTERNO, ILUSION GRUPAL)</p>
1	<p>RESISTENCIA GRUPAL</p> <p>M cierra los ojos, está dormido, quiere decir que está muerto o quiere desaparecernos al cerrar los ojos. Curiosamente el grupo, incluyéndome, lo negamos durante la sesión, hasta que le hago la devolución. El grupo boicotea la relatoría y recapitulación final, sólo al inicio trabaja de manera directa la separación.</p>
<p>GRUPO C</p>	

2.	EL SUPUESTO BÁSICO El supuesto básico es el de ataque y fuga, evidentes agresiones hacia el terapeuta porque termina el tratamiento. Me doy cuenta que fui idealizado y ahora la frustración del grupo es enorme. Hay una atmósfera hostil y maniaca, pienso que el grupo espera a que juegue el rol severo de su padre (del superyó).
3.	EL GRUPO INTERNO Se puede apreciar desde las continuas referencias al cuerpo, alucinaciones, masoquismo, descuartizados, despersonalización, "si me pateara toda la gente, estaría feliz" (sic), "sentía que me colgarían como las reses y me desollarían" (sic), "yo veo visiones, rostros que me están viendo feo, en los santos, en los espejos, y de repente veo a alguien que no soy yo" (sic) Por otra parte, hay un gran enojo que se puede ver como el destete (quitar el tratamiento), quitar el pecho bueno y agredir pasivamente (complejos fam).
	ILUSION GRUPAL Al inicio, el grupo reconoce estar bien juntos y haber recibido los beneficios terapéuticos, y parece que los resultados y mi labor terapéutica son bien valorados. Después se escinde la transferencia y los pacientes se muestran como el objeto bueno que es perseguido, mientras el terapeuta es cruel, y es agredido, como un proceso de la proyección de objeto malo. Finalmente el grupo se vive con la igualdad de la locura incurable. Es obvia la regresión a nivel narcisista.
IV.- TRANSFERENCIA-CONTRATRANSFERENCIA	
	CENTRAL: (el monitor): Me siento invadido de emociones encontradas. El grupo me agrede en múltiples momentos y quiere que responda a la agresión, "odio a los que usan lentes". Parece que me dicen que no entiendo, "qué es el síndrome de down", "qué signo es usted", "oigo las voces de los doctores que me hablan y aturden" (sic).
	LATERAL: (Los participantes, los otros) Sin información.
	EL GRUPO (el grupo como tal) Vive una sesión intensa de regresión, de desamparo, que es manifestada por impotencia y agresión, rechazo, sueño (un paciente aparentemente se duerme toda la sesión), La paciente que llora y expresa "me cambian las emociones" y el grupo la ignora. Niega sus afectos.
GRUPO C	

E. IN

	<p>UN OBJETO EXTERIOR (el mundo exterior) El grupo reconoce la tiranía del superyó, que les ha consumido la sangre y que desean muerte, como diría un paciente "¿Porqué los vampiros se beben toda la sangre y no están muertos?", hay una idea de muerte clara, y de haber sido saqueado de los nutrientes por el terapeuta.</p>
	<p>CONTRATRANSFERENCIA: Es una sesión pesadísima, de mezcla de emociones. Me siento agredido y por momentos racionalizo, pienso sin expresarlo. Incluso en la sesión recuerdo un chiste "en el que la masoquista le dice a su sádico, pégame, y él responde: no". Obviamente que la hace sufrir no es cuando ella quiere y le quita el gusto de hacerla sufrir, convirtiéndose en una cadena de roles. Por momentos siento una regresión narcisista a mi estima que trato de racionalizar y pensar en la locura, deseada en un ámbito maníaco y de separación, que al final, el grupo solicita se continúe el Tx.</p>
V. - INTERVENCIONES TERAPEUTICAS	
	<p>HORIZONTAL (intervención dirigida a todo el grupo) Al inicio y al final de la sesión expreso el término del Tx. Al principio los pacientes manifiestan que el Tx. Les ha caído de pelos", (sic), "hemos aprendido a comportarnos con respeto, saber escuchar, ser puntuales, responsables, ser sinceros, no faltar y no mentir". Al momento creo que todo va bien, después la sinceridad del grupo me despierta de mis laureles. Al final me dedico a recapitular y hacer devoluciones puntuales sobre el tratamiento y con cada uno de los pacientes les manifiesto que a pesar de que la mayoría comparte el mismo diagnóstico, "como estructura", tienen diferentes particularidades.</p>
	<p>VERTICAL (intervención dirigida a lo singular) A cada paciente le señalo sus características que lo diferencian, y su participación grupal. Agradezco su participación y entrega al tratamiento.</p>
VI. - SUPERVISION	
	<p>ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS Se trabaja la relación contratransferencial con el supervisor, quien me observa y me contiene. Me sugiere continuar con el Tx, aunque haya terminado la investigación.</p>
	<p>PRESCRIPCIONES TERAPEUTICAS No hubo.</p>

GRUPO C

FALTA EN

OBSERVACIONES:

(GRUPO COTERAPEUTICO. INCLUYE: TERAPEUTA, COTERAPEUTA, SUPERVISOR Y OBSERVADORES CLINICOS)

Hacer cortes por sesión, hacer breves devoluciones y controlar paulatinamente los afectos.

GRUPO C

TESIS CON
FICHA DE ORIGEN