



## ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 19 – Invierno 2015

### Psicoterapia de grupo psicoanalítica operativa en la melancolía/manía, en los denominados “Trastornos Bipolares” en DSM V <sup>1</sup>.

Rosa Gómez Esteban <sup>2</sup>

*“Si existe un infierno en la tierra, cabe encontrarlo  
en el corazón melancólico de un hombre” <sup>3</sup>.*

#### 1.- Introducción

Este trabajo surge del interés de la psicoterapia de grupo en el tratamiento de las personas melancólicas que en la actualidad se denominan “Trastornos Bipolares” o “Depresiones mayores”, y que anteriormente también se nombraron de la siguiente forma: “Psicosis Maniaco-Depresiva”, “Depresión Psicótica”, etc. Hemos constatado que la psicoterapia grupal ocupa un lugar fundamental en el tratamiento, ya que trabaja sobre las causas y desencadenamientos de estos procesos. Es una necesidad porque el tratamiento psicofarmacológico con estos pacientes es sólo sintomático, y aunque les ayuda para disminuir la angustia y les estabiliza, es claramente insuficiente, además de no abordar las causas y tener efectos secundarios significativos. Asimismo en algunos no hay una respuesta satisfactoria, y por otro lado, otros con frecuencia lo incumplen. La experiencia de psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica operativa la ofrecimos en los Servicios de Salud Mental del Área 8 de la Comunidad de Madrid.

Es conocido que esta patología tiene mejor pronóstico que otras psicosis, pero es preciso tener en cuenta que la enfermedad puede tener una evolución y pronóstico grave,

---

<sup>1</sup> Este trabajo fue presentado en las Jornadas de la Asociación de Psicoterapia Operativa Analítica (APOP) en el mes de octubre de 2014, y reelaborado gracias a las aportaciones del Cártel de Melancolía a cargo de Amanda Goya, psicoanalista de la ELP, y en el que participé junto a Sensi García Treviño, Ana Jimenez y Luisella Torri. Durante los años 2014 y 2015.

<sup>2</sup> Rosa Gómez es psiquiatra. Madrid

<sup>3</sup> BURTON, R., Anatomía de la melancolía, AEN, historia, Madrid, 1997

con importantes repercusiones personales, familiares, laborales y sociales, a pesar del tratamiento psicofarmacológico. Ofrecimos tratamiento de psicoterapia de grupo porque pensábamos que ésta iba a mejorar el pronóstico a largo plazo de estos pacientes, al disminuir el sufrimiento psíquico y facilitar el cumplimiento del tratamiento farmacológico, que se incumple con alta frecuencia en estos pacientes.

Apenas hemos encontrado textos escritos referentes al tratamiento de psicoterapia de grupo psicoanalítica en estas patologías<sup>4</sup>. La mayoría de los estudios se basan en la realización de grupos de psicoeducación, y de terapia cognitivo-conductual; y algunos incluyen también terapia de grupo familiar. Nos animamos a plantear este proyecto terapéutico a pesar de conocer los malos pronósticos que daba Yalom a los grupos con estos pacientes en 1995. De la experiencia grupal a lo largo de muchos años hemos evidenciado que la psicoterapia de grupo mejora el pronóstico, ayuda a los pacientes a afrontar las dificultades, ya que son personas muy vulnerables a los acontecimientos de la vida cotidiana.

La efectividad de la psicoterapia de grupo con estos pacientes radica en que es un dispositivo que les ayuda a poner en palabras su sufrimiento y angustia, y, sobre todo, por los vínculos que se producen, tanto los referidos a la relación médico-paciente como a las relaciones interpersonales que se establecen a lo largo del tratamiento. Por otro lado, el interés de la psicoterapia de grupo en los servicios públicos es grande porque permite ofrecer psicoterapia con encuadres prolongados, lo que es fundamental en el trabajo con esos pacientes. La psicoterapia individual también tiene buenos resultados pero es difícilmente realizable en la asistencia pública por la masificación de la asistencia.

En la relación médico-paciente precisamos tener en cuenta la ambivalencia afectiva que se da en las personas que padecen esta patología, que es una psicosis, por ello los profesionales han de estar advertidos, y saber como hacer en esta relación que les implica. Tener en cuenta que los vínculos que establecen son muy ambivalentes, y que en ocasiones pueden ser difíciles de abordar, ya que ello evitará alguna posible actuación frente a la transferencia de amor-odio que proponen.

Hemos constatado que la psicoterapia de grupo con estos pacientes mejora el cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico, y este resultado es de mucho interés, ya que la mitad de los pacientes que padecen esta patología lo abandonan. Por otro lado, también es preciso señalar que con este dispositivo terapéutico se logra disminuir la dosis de los medicamentos, el número de recaídas, evitar la mayoría de los ingresos hospitalarios, el número de días en los ingresos, y el más importante, evitar la decisión de suicidarse; en este punto nos alegra que durante el funcionamiento grupal no se produjera ningún suicidio, y sólo una persona hizo un intento leve. Podemos decir que el grupo terapéutico es una opción necesaria porque facilita la recuperación clínica y funcional del paciente, y mejora sus relaciones interpersonales, familiares y laborales.

La eficacia del grupo terapéutico también depende de que los pacientes derivados al grupo hayan dado su asentimiento a participar en un proyecto terapéutico compartido con

---

<sup>4</sup> STEIN, A., "Terapia Grupal" en Psicopatología de los Trastornos Afectivos, Madrid, Ed. Pirámide, 1982.

otros sujetos. Estos grupos, además de efectos terapéuticos, tienen efectos de aprendizaje, en el sentido de que en el grupo pueden reconocer los síntomas iniciales de recaída, por ejemplo la hiperactividad y el insomnio; los factores desencadenantes de las crisis, y aquellas circunstancias que mejoran o empeoran su autoestima personal. Por otro lado, en algunos pacientes se consigue reducir o suprimir el consumo y abuso de sustancias, y en todos ellos, disminuir de manera muy significativa los ingresos hospitalarios, las consultas en atención primaria y especializada, lo que tiene como efecto la disminución significativa de los costes económicos.

Nuestros objetivos al ofrecer psicoterapia psicoanalítica grupal coinciden con los resultados que hemos obtenido: aminorar el sufrimiento subjetivo de los pacientes, mejorar su calidad de vida, facilitar el cumplimiento en la toma de medicación, disminuir la frecuencia y severidad de las recaídas y hospitalizaciones, es decir, estabilizar el proceso en esta patología. El grupo se inició en el año 2000 y funcionó de manera continuada hasta el año 2015, con un reajuste hacia la mitad de ese período. El grupo era abierto, con encuadres anuales prorrogables; y en esos 15 años, como hemos dicho, los episodios depresivos, maníacos o hipomaníacos disminuyeron mucho, y también significativamente los ingresos hospitalarios, sólo dos pacientes tuvieron un único ingreso hospitalario. Los momentos de crisis se contenían con el dispositivo grupal, y el aumento de la medicación, en el interior del grupo. La mayoría de los pacientes estuvieron estabilizados durante esos años, aunque en alguno persistiera sintomatología depresiva que en general fue leve y más soportable para el sujeto.

Uno de los tempranos beneficios que constatamos en el grupo fue su responsabilidad en la toma del tratamiento farmacológico, los veteranos se daban la tarea de ayudar a los nuevos que se incorporaban al grupo; en este espacio consiguieron disminuir la dosis de los fármacos neurolépticos. Otro de los beneficios en aquellos que trabajaban fue lograr mantener su inserción laboral, a pesar de la crisis económica; en uno de ellos se pudo resolver la continuidad laboral, ya que fruto de su enfermedad había abandonado voluntariamente el trabajo, lo que tuvo como consecuencia el despido.

Ofrecer psicoterapia de grupo con estos pacientes es muy necesario porque la prevalencia del trastorno bipolar I es de alrededor del 1% de la población, por igual en ambos sexos; y la del tipo bipolar II, es un 0.5%, con mayor prevalencia en mujeres. Por tanto, si consideramos las diversas variantes, la prevalencia de esta patología alcanzaría el 2% ó el 3 % de la población; con dos picos de edad, en la adolescencia y entre los 20 y los 24 años y un porcentaje de recaídas del 90%. Se puede decir que es una enfermedad que afecta a un alto número de personas, y que sin tratamiento adecuado produce una significativa pérdida de vidas, ya que la tasa de suicidios es cercana al 20%.

La psicoterapia de grupo es imprescindible en los servicios públicos para poder elaborar la problemática de cada uno, evitar las recaídas e ingresos y conseguir la estabilización de la enfermedad; es evidente que los fármacos aunque sean necesarios han mostrado que son insuficientes para la estabilización de la misma. El mejor estabilizador del ánimo es el litio, pero hay que tener en cuenta que alrededor del 30% no responden al mismo; y entre los que responden, el 92% recaen si lo abandonan, a diferencia del 37% entre

los que lo toman de manera continuada. Consideramos que los mejores resultados se obtienen si se realiza psicoterapia de grupo combinada con psicofármacos.

Referente a las denominaciones de la patología, en el DSM V esta patología ha salido del grupo de los trastornos del humor y, se les ha dado un lugar propio: “Bipolaridad y otros trastornos afines”. El problema es que en estas clasificaciones el término Trastorno Bipolar parece incidir únicamente en el trastorno del humor, del ánimo y, deja de lado la problemática de la culpa y de la culpabilidad; y asimismo que en esta patología se dan los mecanismos propios de la psicosis, aunque se trate de una psicosis parcial, como ya señalaran los autores clásicos.

Creo que estos términos se alejan de la problemática que surge en estos padecimientos, es decir, las nuevas clasificaciones psiquiátricas cada vez excluyen más el término “melancolía”, y sin embargo, sobredimensionan el de “depresión”. La depresión adquiere una prevalencia enorme porque se define de manera excesivamente genérica e imprecisa, por una parte se eleva el síntoma a enfermedad, y por otra, este término no diferencia la depresión neurótica provocada por una relación al ideal, con la depresión que sucede en la melancolía, que está en relación a un objeto del cual el sujeto no puede separarse.

Creemos que el término “*Psicosis Melancólica/Bipolar*” nombra mejor la patología que estamos considerando que los propuestos en la clasificación DSM V, ya que apunta a lo nuclear, a la melancolía, e incluye tanto la alteración del ánimo como la del juicio. En este trabajo después de referir algunas aportaciones al concepto de melancolía a lo largo de la historia, nos centraremos en lo nuclear de esta patología, la problemática de la culpa, y su relación con la ambivalencia y el Superyó; y la singular relación entre la muerte y la vida en estos sujetos.

### **1.1.- Algunos apuntes históricos acerca de la melancolía**

La melancolía es conocida desde tiempos muy antiguos, aparece en los escritos de Aristóteles y otros autores, pero en la acepción que nos interesa para este trabajo, es Hipócrates en su libro “Las Epidemias”, quien afirma que si el miedo y la tristeza perseveran mucho tiempo hay melancolía; siendo la bilis negra su agente causal. Por otro lado, la manía es descrita como una variedad del estado melancólico ya desde Areteo de Capadocia, aunque sea Galeno el autor que la describa como una enfermedad crónica y recurrente, debido al exceso de bilis negra.

Las ideas y recomendaciones de Galeno continuaron hasta el siglo XVII, para la mejoría de la enfermedad se sugerían métodos que ayudaban a la evacuación de la bilis negra, a través de sangrías o purgantes, y en menor grado eméticos. Estas medidas a su vez debían ir acompañadas de dietas blandas, baños, ejercicio físico moderado y descanso.

En el siglo XVII, Robert Burton escribe una obra que es clave para la comprensión de esta patología, en su libro “Anatomía de la Melancolía” señala la etiología multifactorial de

la enfermedad Y entre estos factores destaca dos factores, la falta de afecto en la infancia y las frustraciones sexuales, además del papel de la herencia. El autor describe ampliamente la enfermedad, la alternancia de accesos hipertímicos y melancólicos, una clara descripción que es fruto de su conocimiento, ya que él mismo refería padecerla, al igual que lo hiciera Willis<sup>5</sup>.

Es a principios del s. XIX cuando Pinel, el fundador del alienismo, investiga la melancolía y la manía, y su estudio es tan extenso que ocupa la mayor parte de su tratado médico-filosófico. En esta obra, el autor inicia una nueva visión de la locura en la que rechaza el término “loco” y lo sustituye por el de “alienado”, que significa ser extranjero de sí mismo. Su tesis es que las pasiones son la causa de la enfermedad y por ello el ser humano precisa un tratamiento moral. Es la misma idea afirmada por su alumno Esquirol, que denomina a la melancolía, “monomanía triste o lipemanía”, y que en sus observaciones señala la presencia de episodios depresivos previos a la manía en algunos pacientes. En la nosología que realiza da también mucha relevancia a esta enfermedad, por eso de las tres formas que construye, dos corresponden a la manía y a la monomanía triste, siendo la tercera, la demencia. Su propuesta es que estas variantes son síndromes, y por ello se da la transición de unas formas a otras.

Durante el siglo XIX en el debate acerca de la melancolía, la enfermedad se asocia a delirios, pero la experiencia y observación muestran que también puede darse sin delirios, y que es la mala evolución de la misma lo que desencadena el delirio y la transforma en una melancolía delirante. Los autores de la época plantean la hipótesis de que “lo nuclear son las perturbaciones afectivas, mientras que las ideas delirantes aparecen posteriormente”. A finales de este siglo es Séglas<sup>6,7</sup> quien logra la mejor conceptualización de la melancolía, la describe en función de los delirios, la “melancolía simple” no tendría delirios, y la “melancolía delirante” que se caracteriza por incluirlos en su sintomatología.

El dolor moral, en oposición al dolor físico, es lo nuclear en la “melancolía simple”. Este dolor moral se manifiesta en la actitud, fisionomía, y en una mímica que muestra toda la gama de las pasiones tristes, desde la tristeza, al abatimiento, y desde la desazón a la angustia, al terror y al estupor. La clínica cursa con depresión general, apatía, lentitud en el movimiento, la marcha, y el habla, de tono bajo, y monótono. El paciente descuida tanto las tareas habituales, como el aseo, y la alimentación; presenta clinofilia, abulia, dificultad para razonar, fijar la atención, y agrupar las ideas. Manifiesta lentitud en el pensamiento y en la percepción, en la comprensión de preguntas y en la emisión de respuestas, y presenta mucha dificultad para la evocación de recuerdos, evidenciándose en algunos casos un mutismo total en el paciente.

La “melancolía delirante” se genera al agravarse la enfermedad, las ideas delirantes giran en torno a la indignidad, culpabilidad, o ruina; son ideas monótonas y repetitivas, a diferencia de las del paranoico. Séglas insiste en la misma hipótesis compartida hasta entonces, que las ideas delirantes siempre son secundarias a los síntomas fundamentales

<sup>5</sup> LINARES ZARAGOZA, C., “Evolución histórica del concepto de trastorno afectivo bipolar”

<sup>6</sup> ÁLVAREZ, J.M., DE LA PEÑA ESBRI, “Sombras y luces de la melancolía”, Rev. AEN, 2006, vol XXVI, nº 98:319-324.

<sup>7</sup> SEGLAS, J., “De la melancolía sin delirio”, Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2006, vol. XXVI, n.º 98, pp. 325-33.

que definen la melancolía simple, es decir, lo nuclear son las perturbaciones afectivas, y secundariamente al agravarse la enfermedad surgen los trastornos del pensamiento.

La relación entre manía y melancolía es fundamentalmente investigada por Falret, Baillarger y Griessinger; el primero, la denomina “locura circular”, el segundo, “locura de doble forma”, y el tercero, la concibe como una única enfermedad en la que la manía es la etapa final de la melancolía grave. Falret ya planteaba la importancia de la certeza en la psicosis, que para nosotros es fundamental, en aquella época afirmaba que si desaparecía la convicción, el delirio estaba curado.

La estrecha relación entre manía y melancolía es profundizada por Kraepelin, su tesis es que es una única enfermedad a la que denomina “insania maníaco-depresiva”. Utiliza triadas sintomáticas para diferenciar ambas, la manía con su fuga de ideas, exaltación e hiperactividad, y en el polo opuesto, la melancolía con la inhibición de pensamientos, afectos y acciones. Afirma que ambos episodios forman parte de una misma enfermedad que no evoluciona al deterioro progresivo, a diferencia de la esquizofrenia, y por ello tiene un mejor pronóstico.

En este trabajo me voy a centrar en aquellos autores que plantean la hipótesis de la “Psicosis única” o unitaria, en cuya base estaría la melancolía, porque me parece una hipótesis de gran interés, y que ayuda a la comprensión de una teoría acerca de la enfermedad mental, aunque ésta tenga diferentes formas de expresión. Las relaciones entre melancolía y manía también tienen su interés, pero fueron el motivo de reflexión de un trabajo previo<sup>8</sup>.

## 1.2.- La “Psicosis única”

La melancolía adquiere un papel relevante en el concepto de “Psicosis única”<sup>9</sup> de la primera mitad del siglo XIX, sería la matriz de donde surgen las diversas formas de enfermedad mental. Y decíamos que uno de los pilares de la teoría de la psicosis única es la hipótesis de que las ideas delirantes son siempre secundarias a los trastornos afectivos. Sus principales representantes son Guislain y Griesinger, Guislain afirma que el “dolor moral o anímico” está en el origen de todas las afecciones, y que éstas tienen la posibilidad de «metamorfosis» entre unas y otras. Y Griesinger asegura que en todas las formas de locura se dan emociones penosas, depresivas y negativas que dominan al sujeto, y que le hacen permanecer en un estado de dolor moral. Coinciden al señalar a las causas orgánicas como el origen de la misma, aunque luego señalen otros factores, así Guislain hace hincapié en que todas las enfermedades mentales comienzan por la melancolía, y Griesinger que la melancolía es el fenómeno inicial de todas las enfermedades mentales, siendo las otras “formas” agravaciones de la misma.

---

<sup>8</sup> GÓMEZ ESTEBAN, R., “Trastorno bipolar/ Psicosis maníaco-depresiva o psicosis melancólica bipolar, tratamiento con psicoterapia grupal psicoanalítica combinada con psicofármacos” en GÓMEZ ESTEBAN R., RIVAS PADILLA E., coordinadores de *La integración del psicoanálisis en la sociedad de nuestro tiempo*, Madrid, AEN.

<sup>9</sup> HUERTAS, R., “Nosografía y antinosografía en la Psiquiatría del siglo XIX: en torno a la psicosis única”, Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 1999, vol. XIX, n.º 69, pp. 63-76.

La teoría de la psicosis única es puesta en cuestión por Kahlbaum en el Congreso de Psiquiatría de Berlín de 1893, con su concepto de paranoia, aunque previamente éste pensara la enfermedad desde una teoría de la metamorfosis. Su contribución rompe con la hipótesis previa al afirmar que la paranoia es una «enfermedad primaria de la razón» en la que los afectos juegan un papel secundario. Aunque el debate permaneció abierto porque otros autores pusieron en duda la inexistencia de bases afectivas en dicha patología. El polo opuesto con respecto a una teoría unitaria de la psicosis se da en la segunda mitad del siglo XIX, esta etapa se caracteriza por la propuesta de enfermedades mentales independientes y autónomas, quedando el concepto de psicosis única marginado por la gran influencia de la nosografía kraepeliniana.

Pero entre los autores que retomaron en el s. XX la idea del fondo melancólico común a todas las psicosis, podemos citar a Pichon-Rivière, psicoanalista y creador de los grupos operativos, quien retoma el concepto de psicosis única, y plantea que “el período inicial de todas las enfermedades mentales es un estado de melancolía”. Es la base de su teoría de la “enfermedad única”, en la que señala que la enfermedad depresiva es la patología básica de todos los sujetos y el núcleo de las demás. Es un planteamiento que recuerda a la hipótesis del “ser para la muerte” de Heidegger, y en coincidencia con lo planteado por Guislain y Griesinger.

Asimismo en nuestro país, el concepto de psicosis única fue retomado por Bartolomé Llopis, quien señala dos actitudes en la psiquiatría científica, la primera que plantea la tesis de una Psicosis Única al realizar una síntesis con los síntomas y reunirlos en una gran unidad, que sería una misma respuesta con distintos grados de intensidad a las diversas agresiones. Y la segunda respuesta que es analítica, y que descompone y distribuye los síntomas en múltiples psicosis. Llopis defiende la primera teoría y respecto a la discusión sobre el origen de la paranoia considera que está mal planteada, ya que ambos trastornos, tanto los afectivos como los intelectuales, son igualmente indispensables para la génesis de la misma.

En la actualidad, la teoría de la psicosis única se ha vuelto a retomar en nuestro país por dos autores psicoanalíticos, Colina<sup>10</sup> y Álvarez<sup>11</sup> quienes se apoyan en este concepto para mostrar las transiciones de la enfermedad de un polo a otro, y las variedades de los síntomas en la psicosis.

## **2.- La melancolía en Freud, Lacan y otros autores psicoanalíticos**

En el primer tercio del siglo XX Freud plantea un giro radical en lo que se refiere a las denominadas patologías mentales, se contraponen a las tesis planteadas con anterioridad y en sus hipótesis las causas psíquicas ocupan un lugar preponderante. Es el creador del psicoanálisis, de la teoría del inconsciente, del sujeto del inconsciente, un sujeto dividido en contraposición al sujeto cartesiano que es el de la razón y está marcado por la noción de unidad y por la indivisibilidad. Respecto a la psicosis plantea una tesis unitaria sobre la base

---

<sup>10</sup> COLINA, F., Melancolía y paranoia, Madrid, Ed. Síntesis 2011.

<sup>11</sup> ÁLVAREZ J.M., La invención de las enfermedades mentales, Madrid, Ed. Gredos, 2008.

de una concepción estructural, y en la que el conjunto de los tipos clínicos se articulan a través de un mecanismo causal común que será desarrollado posteriormente por Lacan.

Freud plantea en la psicosis la existencia de ideas incompatibles que sufren el destino de un rechazo, son percepciones intolerables que deben ser repudiadas, y en cuyo mismo acto se repudia un trozo de la realidad. Pone el ejemplo de una novia cuyo amado no acude a la cita, y ésta para protegerse de la idea de no ser amada, huye a la psicosis, presenta alucinaciones auditivas en las que escucha la voz de su amado que la llama. Al resultarle intolerable la percepción de su ausencia, rechaza esa realidad, y la sustituye por una nueva en la que se rechaza la anterior, y de esa manera se trastoca su vinculación con el mundo. Considera que es incorrecto señalar que lo suprimido internamente en la percepción es proyectado al exterior, ya que de lo que se trata es de lo que fue abolido internamente, que va a retornar desde el exterior.

La concepción unitaria de la psicosis en Freud señala que las diversas formas son modalidades defensivas adoptadas por cada sujeto, y éstas son las que conforman la especificidad y la evolución, a diferencia de Griesinger que las consideraba efectos de la enfermedad cerebral. Freud elabora una psicopatología estructural en las que las formas clínicas dependen de la regresión alcanzada (autoerotismo, narcisismo) y de los mecanismos que conforman el síntoma (alucinatorios o proyectivos).

El autor en las etapas iniciales piensa la melancolía como un duelo por la pérdida de la libido que conlleva un estado doloroso, y posteriormente hablará de una libido desengañada por el objeto de amor, lo que puede llevar al melancólico al suicidio y a la muerte. En los "manuscritos F y G", 1894/5, señala que la causa de la melancolía es la pérdida de la libido, y en el "manuscrito G" se centra en las relaciones del sujeto melancólico con los otros. Refiere afectos en estas personas que van del amor al odio pasando por la ambivalencia, y señalando una relación de particular interés que es la identificación al objeto. Considera que el afecto es el del duelo, la añoranza de algo perdido, una pérdida producida dentro de la vida pulsional.

Veinte años después, en 1915/17, en su texto "Duelo y Melancolía" apuntará a que la causa es la pérdida de objeto, aunque el sujeto no conozca lo que haya perdido con la misma. Al comparar ambos procesos en sus similitudes y diferencias radicales, señala que el melancólico a diferencia del duelo toma al yo como un objeto, el objeto perdido, y le trata sin el menor pudor de las miserias más despreciables. Tanto la melancolía como el duelo tienen una clínica que es común en muchos aspectos, por ejemplo el desinterés hacia el mundo exterior, pero mientras que en el duelo la pérdida es consciente, en la melancolía es inconsciente, y el sujeto no sabe lo que ha perdido. En el duelo de la neurosis se niega un fragmento de la realidad, y no se quiere saber nada de ella, mientras que en la melancolía, que es una psicosis, se produce el rechazo de la realidad con la construcción de una nueva.

En el duelo, el sujeto a través de la elaboración de todas las significaciones que le vinculaban al objeto, logra desprenderse de él y de ese modo, consigue encontrar otro objeto que le cause su deseo. El trabajo del duelo es un trabajo de historización acerca de



cómo fue la relación con el objeto perdido, para que pueda quedar libre el “objeto a” causa del deseo y sea depositado en otro objeto una vez finalizado el duelo.

Los duelos los diferenciamos en normales y patológicos, los primeros en la neurosis, y los segundos, en la melancolía. En el duelo del neurótico hay temporalidad, inscripción de la pérdida, y de la separación, de la soledad, aunque en algunos casos el dolor de la pérdida esté velado por el dolor de órgano, como en muchas enfermedades psicosomáticas. Pero esta inscripción de la pérdida y de la separación no puede darse en la melancolía, si decimos que es un duelo imposible es porque el melancólico no puede hacer la elaboración que se realiza en el duelo, ya que lo que está en juego es la pérdida misma.

En el grupo terapéutico todos los pacientes habían tenido alguna pérdida como factor desencadenante de las crisis melancólicas, ya fuera la muerte de un familiar, padre, hermano o hijos. Eran pérdidas derivadas de la relación de pareja, por su conflictividad, infidelidad, separación reciente o muerte de la misma, y en dos pacientes, la pérdida fue del trabajo, lo que había generado un cambio significativo en sus condiciones de vida.

Las pérdidas de objeto en esta patología son investigadas por Freud, y en 1922/3 las estudia a partir del caso del pintor Hartzman, cuyo trabajo titula: “Una neurosis demoníaca en el siglo XVII”. Nos dice que el artista cae en una honda melancolía a causa de la muerte del padre, no podía trabajar, y presentaba delirios y alucinaciones en las que se le aparecía el demonio al que finalmente decide venderle el alma y el cuerpo, a cambio de que le libere de su depresión de ánimo.

Freud al reflexionar sobre este caso plantea la hipótesis de que el demonio es un sustituto directo del padre, y por ello deduce una relación muy ambivalente con el mismo. Refiere que esta ambivalencia afectiva es la que crea a Dios en su bondad, y al demonio, como figura del odio, siendo el padre el prototipo tanto de Dios como del diablo. De este caso concluye que si la tristeza se convierte en melancolía es por la relación de ambivalencia con la figura perdida, de manera que a mayor ambivalencia, se incrementa la posibilidad de que surja la melancolía<sup>12</sup>. En la subjetividad melancólica señala dos conceptos fundamentales, el narcisismo y la identificación; el melancólico evita el duelo identificándose con el objeto y reconstruyéndolo en el yo, en una identificación narcisista.

El dolor y la tristeza también las investiga en “Inhibición, síntoma y angustia”, de 1925, en el apartado final “Angustia, Dolor y Tristeza”, se plantea dos interrogantes: ¿Cómo dar cuenta de un rasgo típico del duelo que es el dolor?” y ¿Cuándo la separación del objeto produce angustia, cuándo tristeza y cuándo sólo dolor?”. Afirma que la angustia y el duelo se dan por la pérdida del objeto, pero Freud ubica el dolor como la genuina reacción frente a la pérdida del objeto y la angustia como reacción frente al peligro que esa pérdida conlleva.

El autor utiliza el término “dolor” tanto para el anímico como para el corporal. Con respecto a éste se plantea el siguiente interrogante: ¿Cómo situar el dolor y su relación al

---

<sup>12</sup> FREUD, S., 1922/3, Una neurosis demoníaca en el siglo XVII, obras Completas, Tomo VII, Madrid, Biblioteca Nueva, 1974)

cuerpo?, y responde que el dolor es uno de los modos más imperativos de la presencia del cuerpo, es como una pseudopulsión por su condición de imperiosidad, y lo relaciona con el "empuje" de la pulsión, con ese empuje constante del que no habría fuga. En el dolor corporal va a generarse una investidura o carga narcisista del lugar doliente del cuerpo, y ésta aumenta cada vez más ejerciéndose sobre el yo un efecto de vaciamiento. El narcisismo aquí no es del yo, sino de esa parte doliente del cuerpo, un retorno de goce al cuerpo.

Para concluir con sus aportaciones, señalar que la melancolía queda incluida en las psiconeurosis narcisistas en 1923, en "El Yo y el ello", refiere que en ella el conflicto se genera entre dos instancias intrapsíquicas, el Yo y el Superyó, a diferencia del resto de las psicosis, en las que el conflicto se da entre el yo y el mundo exterior. La define como un estado de ánimo profundamente doloroso con desinterés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, y disminución del amor propio o menosprecio de sí mismo, que se traducirá en autorreproches que pueden llegar a la ideación delirante de culpa.

En el melancólico observa que el yo es indigno, despreciable, y de ahí los autorreproches en los que se humilla e insulta. Describe en estos sujetos la regresión desde la elección de objeto a la identificación narcisística, de manera que el odio generado por la pérdida del objeto va a recaer sobre el objeto sustitutivo, la instancia yoica que ha sido transformada por la identificación. Señala que el paciente se humilla, y en esta propia humillación se satisface, es decir, en ese sufrimiento encuentra una satisfacción sádica, sadismo que es la pulsión de muerte dirigida hacia el Yo, por parte del Super-Yo.

La melancolía es abordada por Lacan como "dolor de existir", una cobardía moral, a la que no aborda a través del afecto tristeza, sino en relación al acto suicida. Plantea que la melancolía es una psicosis, una respuesta en lo real, a diferencia de los postfreudianos que priorizan el mecanismo de la proyección; cuya lectura es cuestionada al considerar que la proyección precisa de un sujeto previo que es la condición para proyectar algo, y en la psicosis no puede hablarse de que se de un sujeto.

Lacan describe el mecanismo específico de todas las psicosis desarrollando las ideas freudianas en relación al rechazo de algunos significantes, que es de gran interés para entender la ideación delirante o alucinatoria que presentaban los pacientes en el grupo. A este concepto lo denomina "forclusión" y en él se da un rechazo de un significante fundamental en el universo simbólico del sujeto, el Nombre del Padre.

La forclusión se daría cuando la madre no ha sabido transmitir la función paterna, por ejemplo, cuando ha menospreciado al padre, o mantenido la simbiosis con el hijo, o por un padre que no ha sabido cumplir la función paterna y por ello ha sido repudiado. El mecanismo se genera durante la temprana infancia, y al darse ese repudio o rechazo inconsciente de la función paterna hay una ausencia de la Ley en el registro simbólico, que es la que permitiría ordenar el pensamiento. En la forclusión se da un rechazo del inconsciente, y los significantes, al no ser simbolizados, retornan desde lo real; este mecanismo lo podremos observar en el material del grupo terapéutico.

Del mismo modo que afirmara Freud, Lacan señala que la melancolía es un trastorno del narcisismo, en el que el yo es el objeto principal de amor, con el que trata de remediar la insuficiente vitalidad, la prematuración humana, y la tensión entre su insuficiencia y la necesidad del otro. En la melancolía no puede construirse el narcisismo, se da una falla en la construcción de la identidad imaginaria por lo que el yo es precario, y su fragilidad se evidencia en los momentos difíciles y de cambio de la vida del sujeto.

La patología melancólica antes de ser investigada por Freud, es el centro de interés de Abraham, quien había señalado la importancia de la organización oral de la libido en estos pacientes. Había planteado que el punto de fijación era la fase oral sádica, y por ello estos sujetos presentaban una intensa ambivalencia en las relaciones con los otros. Abraham como Klein sitúa en primer plano de la depresión melancólica la pérdida del objeto amado y la introyección.

A su vez, la posición depresiva para Klein es una de las dos posiciones del sujeto, que expresa la modalidad en las relaciones de objeto. La primera es la posición esquizoparanoide que se da en los primeros cuatro meses de la vida, y se caracteriza por ansiedades que fragmentan, dividen y persiguen al bebé; es la posición de fijación de las psicosis, y a la que se regresa en los momentos de crisis del sujeto. La posición depresiva surge después de la anterior, hacia los 6 meses, y se supera a lo largo del primer año, aunque pueda encontrarse en la infancia y reactivarse en el adulto, sobre todo en el duelo, y en los estados depresivos. En esta posición depresiva se instaura la ambivalencia, y se reúnen las pulsiones libidinales y agresivas, el amor y el odio, hacia un mismo objeto.

El desinvertimiento narcisista extremo también es señalado por Roudinesco, quien define la melancolía como una depresión profunda y estructural marcada por una extinción del deseo. Una pérdida del yo mismo por regresión libidinal al estadio del narcisismo primario, en el que el yo y el objeto de amor son uno mismo. En esta estructura el sujeto renuncia a su yo, se abandona y si no se produce un límite acontece el pasaje al acto suicida.

En nuestro país, Pereña<sup>13</sup>, del mismo modo que Colina<sup>14</sup>, muestra la relación entre melancolía y paranoia, que ya fuera descrita por Kahlbaum y considera que el sujeto de la psicosis es el sujeto de la desesperación, y en la psicosis muestra el recorrido circular que se produce entre la aflicción desconsolada de la melancolía, y la paranoia del sentido como certeza. Dicho de otro modo, donde el melancólico fracasa con el sentido, el paranoico levanta un sentido que adquiere certeza en sí mismo para defenderse del abismo melancólico, es una certeza que se corresponde con el hecho de que ni su vida ni su palabra han sido suyas.

El autor plantea que la voluntad de vivir es el deseo de vincularse con los demás, y construir afectos a partir de la afección o del vacío pulsional. El melancólico sabe que no puede vivir sin el otro, que está solo y aislado, desvitalizado, y por eso sólo le queda como único recurso la culpa para tener presencia con los demás. En contraposición a Freud no

---

<sup>13</sup> PEREÑA, F., El melancólico y el creyente, Barcelona, Ed. Síntesis, 2012.

<sup>14</sup> COLINA, F., Melancolía y paranoia, Madrid, síntesis, 2011.

considera que la culpa melancólica se caracterice por el ejercicio sádico de dominio, y afirma que la espera delirante de castigo evidencia la necesidad de que un tribunal limite el vacío pulsional y la desvitalización. Y a su vez, la furia maníaca se produce cuando su lamento no tiene a quien dirigirse, cuando sólo le queda la soledad, y el vacío de la pulsión. Mientras que en el suicidio se observaría el cansancio e impotencia radical por el repetido fracaso en su encuentro con los otros.

El sujeto melancólico configura su axioma de certeza en relación con su propio ser considerado como indigno, y por ello alude a faltas imperdonables y a una merecida condenación, como señala Álvarez<sup>15</sup>, y cuando logra construir un delirio, a diferencia del paranoico en el que es liberador, añade un nuevo dolor.

### **3.- La Culpa, significativo y afecto fundamental en la historia de los pacientes del grupo**

La ambivalencia afectiva es estructural en todos los sujetos, y se refiere a la presencia simultánea de sentimientos de amor y odio hacia un mismo objeto. La ambivalencia afectiva es una de las características de la melancolía, que es más intensa que en el resto de los sujetos; por ello oscilan del amor al odio, de la impotencia a la megalomanía, de la depresión a la manía y viceversa. El melancólico ha sido tratado con mucha ambivalencia por sus figuras significativas, por ello se siente indigno de ser amado y apreciado, se siente digno de ser odiado por el daño que ha causado a los otros y este odio intenso hacia el objeto y hacia sí mismo le tiene anclado al objeto y, no le permite separarse de él. Si en el desarrollo del aparato psíquico la presencia del odio ha sido más intensa que la del amor, el sujeto queda al arbitrio de movimientos pulsionales de muerte en los momentos de crisis, cambios o pérdidas importantes para el sujeto.

En la melancolía observamos un incremento de las pasiones tristes, una coagulación de las mismas, un retorno al pasado en una rumiación constante, sin poder pensar en el presente ni en el futuro. El sujeto melancólico queda detenido en el tiempo, fijado en el pasado, con una significativa presencia de pasiones negativas que le mantienen adherido al objeto. Los afectos son muy ambivalentes, intensos y contradictorios, con fuertes sentimientos de amor y odio que no pueden unificarse al haber sido rechazados; en la melancolía, como es una psicosis, el rechazo es de la representación y del afecto, a diferencia de la neurosis en la que se da la represión y sólo de la representación.

Freud señalaba que las alteraciones en la proporción de la mezcla de las pulsiones tenían consecuencias patógenas; con esto queremos decir que a pesar de la ambivalencia afectiva el sujeto puede mantener la intrincación de las pulsiones, pero cuando las circunstancias de su vida le sobrepasan se produce la desintrincación pulsional. Respecto a la ambivalencia afectiva Alemán<sup>16</sup> señala que es el último intento de dar un orden de composición a la pulsión destructiva, ya que el otro tratamiento es la guerra, en la que el sujeto comparece por fuera de la ambivalencia.

<sup>15</sup> ÁLVAREZ J.M., La invención de las enfermedades mentales, Madrid, Ed. Gredos, 2008.

<sup>16</sup> ALEMÁN, J.: El porvenir del inconsciente, Grama. Bs. As 2006, p. 157.

Esta ambivalencia afectiva y la culpa que se genera por el odio hacia el objeto, así como la dificultad para la integración de los afectos contradictorios la observamos en estos emergentes grupales:

- “Me siento culpable por cualquier cosa, la sensación de culpa es horrible”,
- “Yo creía que era el responsable de la destrucción de las torres gemelas”.
- “Me sentía culpable porque creía que había matado a mi marido”.
- “Yo me creía la Virgen, creía que tenía que pagar por las culpas de toda la humanidad”,
- “Yo en mis delirios me veía sufriendo los horrores y el fuego del infierno”,
- “Yo creo que todas mis psicosis me vienen por sentirme culpable”.

La culpa es un significante y afecto central en el relato de los pacientes, una de ellas decía: “Me puse muy mal y me ingresaron, me sentía muy culpable, me quería separar, le odiaba a mi marido, me quería morir, fantaseaba con otra pareja. Sin embargo ahora después de este tiempo escuchando a los compañeros en el grupo y a mi misma, me he dado cuenta de que la complicidad que tengo con mi marido, no la tengo con nadie”.

Mientras que frente a la culpa el neurótico se rebela, el melancólico se somete al castigo que merece. Este podría ser un aspecto de interés en la investigación de la evaluación de resultados que se realice en el tratamiento por electroshock de esta patología. Ya que la mejoría en algún caso que hemos conocido, más allá de las cuestiones biológicas puestas en juego, se podría atribuir a los intensos sentimientos de indignidad y culpa, y a su certeza de merecer un castigo. Como uno de los pacientes que recordaba haber deseado la muerte del padre y como éste posteriormente murió siendo él un niño, se hizo culpable de su muerte. Decía que su único destino era la muerte, y en las mismas circunstancias trágicas que las de su padre, aunque cuando estaba mejor lo denegaba, decía que sólo buscaba con el accidente hacer un cambio en su vida.

La culpa es central en esta patología y es un intento de permanecer en la relación con el otro. En la culpa el yo ha sido condenado por la instancia crítica, por el Superyó; de tal manera que éste le hace críticas muy duras y le responsabiliza de todos los males. Esto se une a que el yo no protesta como el neurótico, por el contrario reconoce su culpabilidad, lo que favorece que el Superyó ejerza todo su sadismo contra el yo.

En estas circunstancias la pulsión de muerte queda libre en su interior para ser descargada en ese yo identificado con el objeto. El Superyó se hace aún más feroz por la pulsión de muerte, y de este modo la culpa se intensifica, el melancólico busca su castigo y la satisfacción en la enfermedad, ya sea psíquica, o somática. Éste último caso lo encontramos en el grupo en una de las pacientes que había contraído una grave enfermedad renal después de la muerte de la madre con la que tenía una relación muy ambivalente.

La necesidad de castigo por las terribles culpas cometidas también queda claramente reflejada en una paciente del grupo que en sus dos únicos ingresos presentaba la idea delirante de haber matado al marido y por ello Dios le había castigado por toda la eternidad en el infierno. Ella comentaba: “en mis ingresos pensaba que estaba en el infierno, me daba

cabezazos contra la pared, tenía que morir porque era culpable de haber matado a mi marido”.

Después de unos años de tratamiento grupal pudo relacionar esta culpa por el odio intenso que sentía hacia su marido: “en el grupo he podido entender que le quería matar porque le quería y le odiaba, deseaba separarme de él y no podía; él me pegaba puñetazos y ponía un cojín para que no me quedaran marcas; yo llegué a odiarle, pero no podía separarme”. Observábamos que en otros momentos de su vida no había podido construir un delirio, pero se castigaba a si misma, se pegaba, se maltrataba, se daba cabezazos contra la pared, se humillaba, y autoinjuriaba. Es un goce masoquista que le mantiene unido al objeto, unas circunstancias que a otros melancólicos les lleva a la destrucción de su vida matándose a sí mismos.

La culpa y la indignidad son emergentes nucleares en el discurso de los grupos de melancólicos, es una culpa grandiosa y resurge en cada recaída, es una culpa que en algunos casos lleva a la espera delirante de castigo como en esta paciente. O es una culpa que invade al sujeto con una necesidad de castigo que reaparece una y otra vez en cada crisis, como aquella paciente del grupo que se había producido un aborto a los 23, y había tenido varios episodios depresivos e hipomaniacos. Sus crisis se desencadenaban por el reiterado debate político acerca de la ley del aborto en nuestro país, que ha tenido mucha presencia en las páginas de los periódicos por la alternancia del poder político durante estos años.

Ahora con 58 años había tenido un último episodio depresivo desencadenado por haber dejado el trabajo por presiones del marido porque se acababa de jubilar y quería que ella le acompañara. Ella no pudo negarse, aunque el trabajo para ella siempre hubiera sido un elemento estabilizador en su enfermedad. La pérdida del trabajo la dejaba sin lugar en lo social, la quedaba como único espacio el familiar, que siempre había sido problemático para ella. En una compulsión a la repetición, al no poder decir que no, y ante la pérdida de lo que daba sentido en ese momento a su vida, presenta una nueva crisis en la que resurge la gran culpa por haberse provocado aquel aborto, y es una culpa de la que tiene la certeza de que jamás tendrá perdón, aunque éste había sido buscado toda su vida a través de sus reiteradas confesiones con numerosos sacerdotes.

En el proceso después de varios años pudo contar que esperó hasta los 5 meses de embarazo porque estaba muy deprimida y se sentía incapaz de hacerlo al ser muy religiosa. Tardó mucho tiempo en contarle al marido que estaba enamorada de su jefe que tenía 20 años más que ella y con el que se había acostado en una ocasión. Finalmente tomó la decisión porque su marido no quería tener ese hijo y ella se vio impulsada a abortar al no tener ningún apoyo y no atreverse a contárselo a sus hermanas. Reconocía que había sido una decisión muy dolorosa, quería tener al niño, pero no sabía si iba a poderle cuidar. Cuando se dio cuenta de que iba a ser un niño sin padres, ya que su marido no quería y ella estaba enferma tomó la decisión. Fue muy lenta en sus decisiones pero finalmente se decidió al pensar que en esas circunstancias no podía traer un hijo al mundo.

La paciente relataba con angustia que estando en la camilla, una vez realizado el aborto, y ante una breve ausencia de la enfermera, vio horrorizada un bebé, no un feto

como ella creía que era, con un cuerpo ya totalmente conformado tirado en la papelera del quirófano. Se horrorizó porque nunca antes de abortar tuvo la idea de que el feto tuviera un cuerpo ya completamente hecho. Esta escena traumática era la que volvía una y otra vez desde hacía 25 años, fecha en la que había ocurrido el aborto. Podemos pensar que esta escena de su vida al no haber podido ser elaborada, volvía desde lo real una y otra vez en todas las crisis, pero en forma de alucinación.

Lo interpretamos de esta manera porque aunque ella tenía la certeza de haber visto un bebé en la papelera, nosotros pensamos que lo más probable es que fuera una alucinación visual, que reaparecía en lo real al ser una pérdida que no había podido ser simbolizada. Estas imágenes y vivencias le ocasionaban un terrible sufrimiento, y ella oscilaba defensivamente entre el rechazo en las crisis a la negación cuando mejoraba. En las crisis estaba muy confusa y angustiada, y repetía que había cometido un pecado mortal y que Dios nunca le iba a perdonar porque había cometido un asesinato. Pero, posteriormente en los momentos de estabilidad aunque refería que estaba arrepentida de su acto disminuía la importancia de la acción y decía que era sólo un feto.

A lo largo del proceso grupal sus compañeros le escuchaban con gran atención y conmiseración, también con mucha paciencia, al repetir sus culpas una y otra vez cuando empeoraba, una repetición que mostraba que la elaboración no era posible para ella. Aunque algunos desaprobaban la relación con su jefe, le resaltaban las circunstancias atenuantes: su inhibición y parálisis ante un conflicto interno que no le permitía decidir, su intensa depresión, la falta del apoyo del marido, la inseguridad de quien era el padre, la presión del jefe para que abortara. Le insistían en que debía perdonarse ya que lo había pagado muy caro, se había quedado sin trabajo, y había estado 7 años sin salir de casa porque no se lo permitía su marido, además de torturarse y estar enferma desde hacía 25 años. Le decían que aunque refiriera que su marido había sido quien le había encerrado, el aislamiento había sido una prisión aceptada por ella misma al sentirse merecedora de dicho castigo.

En las crisis le venían estas imágenes del bebé tirado en la papelera, parece que en las mismas ella se identificaba con el bebé muerto tirado como un desecho en la papelera; ella también era el bebé muerto no nacido por efecto de la pura pulsión de muerte. Por esta acción de destrucción, de muerte, se siente merecedora de todos los castigos y por ello tendrá que penar toda la vida. Era un pecado monstruoso, y Dios tampoco le puede perdonar porque había matado a su propio hijo. Una absoluta culpa pero que paradójicamente no le permitía pensar en su propia responsabilidad en ese acto, ya que como hemos dicho en las etapas de "normalidad" minusvaloraba la importancia del acto, refería que era un feto, casi una células sanguíneas que apenas se podían ver.

Mientras que en esta paciente la culpa está vinculada a lo real del hecho provocado por ella misma, en los demás la culpa estaba vinculada a fantasías y deseos de muerte hacia el objeto, aunque fueran vividas como certezas. La paciente que en su delirio estaba en el infierno por haber matado al marido, después de casi tres años de su incorporación al grupo pudo hablar de la relación de amor/odio que tenía con su marido, del que no podía separarse por la culpa que experimentaba al tener fuertes creencias religiosas. Tenían una

relación de mucha dependencia, y además no podía separarse porque éste le amenazaba con suicidarse si llevaba a cabo la separación. En el grupo pudo reconocer que la convivencia con él había sido un absoluto infierno, pudo comprender que el contenido de su ideación delirante en los ingresos, sus pensamientos y vivencias de que estaba consumándose en las llamas del infierno se relacionaba con lo que realmente había vivido en su vida cotidiana, una relación infernal con su marido.

La culpa cuando adquiere tintes delirantes en las crisis, llega a ser una culpa infinita, y absoluta, en una de estas mujeres por los deseos de matar al marido, por la certeza de haberlo matado, y en la otra paciente por la culpa de haber asesinado a su hijo, al abortarlo con 5 meses. En estos dos casos observamos que lo rechazado, al no poder ser elaborado adviene en lo real, en una de ellas a través de la alucinación, y en la otra mediante la ideación delirante, en el delirio que construye de estar en el infierno por un crimen que cree haber cometido en la realidad.

En las crisis se repite la certeza del crimen y la necesidad del castigo divino, en un caso, toda la eternidad en el infierno, y en el otro, la enfermedad de por vida. La clínica de estos dos personas permitió reflexionar a los compañeros del grupo sus dificultades para discriminar la fantasía de la realidad cuando enfermaban y asombrarse de la potencia de sus imaginaciones en las situaciones de crisis.

La evolución de la culpa varía en función de la capacidad de significar y elaborar los hechos acontecidos. Cuando las dificultades son mayores la evolución es más tórpida, como en la mujer del aborto provocado que aunque buscaba el perdón nada le servía, por ejemplo en aquellas buscadas palabras de absolución en los curas a los que había consultado. En el grupo parecía que hiciera una confesión pública, se aliviaba con los comentarios e intervenciones realizadas en el grupo, pero las palabras parecían no alcanzarla, no lograba elaborar lo sucedido, aunque si disminuyeran los sentimientos de culpa, y la consiguiente necesidad de castigo, pero ella no podía pensarse sin estar enferma de por vida.

La paciente no podía asumir su responsabilidad en el aborto, no se hacía responsable de los hechos acontecidos, insistente reiteraba que era sólo un feto, y de este modo, al no asumir realmente la responsabilidad de sus actos, la culpa se hace imperdonable. Quizás no podía asumir la responsabilidad de la muerte de un bebé ya viable para la vida, porque asumirla podía llevarla al pasaje al acto, al suicidio; y por eso cuando estaba estabilizada repetía una y otra vez que era solamente un feto, y la realidad de que era un bebé sólo lo podía ver a través de la alucinación de la escena traumática.

Esta mujer no puede perdonarse por sus limitaciones, por su rechazo y negación de la percepción del desarrollo fetal, y por ello esperó hasta el límite que marcaba la ley del aborto en Londres sin pensar en las consecuencias que ese retraso iba a tener para ella. En los mecanismos defensivos que pone en juego oscila entre la certeza de que es un feto sin desarrollar a la certeza en las crisis de que es un bebé que ha asesinado. La historia personal de esta paciente nos ofrece datos para pensar las dificultades de esta paciente en el proceso de simbolización y significación de los acontecimientos de su vida. Ella era la menor de 9 hijos de una familia muy carenciada, y había sido criada sin los padres en un orfanato desde su más tierna infancia.



El abandono traumático padecido de manera pasiva en su infancia, el abandono de sus padres, no le permite resolver las contradicciones de su situación de embarazo. El desamparo y la desprotección absoluta los vuelve a revivir en la situación de su embarazo, por ello no puede continuarlo hasta su término, pero tampoco abortar en un tiempo asumible para ella. Parece que la decisión de abortar es una repetición del abandono, pero en este caso realizado en modo activa, ya que en el acto del aborto es ella quien decide abandonar a su hijo antes de nacer.

Esta situación, en una compulsión a la repetición, reaparece en cada crisis; el desamparo que vivió durante su embarazo reactualizó el total desamparo que había vivido a los dos años y medio, cuando fue abandonada en el orfanato. De esta manera podemos plantear la hipótesis de que aquel desamparo que no pudo ser elaborado en su más tierna infancia se reactualizó al quedarse embarazada. Por ello no pudo tomar la decisión de abortar al principio del embarazo, y esta indecisión le abocó a su propia destrucción, a la enfermedad que se cronificará al no poder elaborar la culpa por la decisión tomada en aquel momento de su embarazo.

#### **4.- La culpa y el Superyó**

Freud en la primera tópica coloca al deseo como motor fundamental del ser humano, mientras que en la segunda lo hace alrededor del concepto del Superyó, y en ésta señala que lo que mueve al hombre es la compulsión a la repetición, el más allá del principio del placer, el goce, y esta variación modifica radicalmente el modelo del conflicto psíquico.

Para entender esta compulsión a la repetición, este deseo de autodestrucción, es preciso recordar su teoría pulsional, no la del dualismo inicial de las pulsiones sexuales y de autoconservación, sino la que plantearía al final de su obra. Las pulsiones de vida, que incluirían las dos anteriores, y las de muerte, es decir, Eros y Tánatos, que estarían fusionadas en proporciones variables según las circunstancias. En las situaciones patógenas se produciría la desunión, la defusión de las mismas, y en la clínica se mostraría como heterodestructividad o autodestructividad, expresión de que la agresividad ha roto el nexo con las pulsiones sexuales y las de autoconservación.

La melancolía es una de las patologías en las que se produce esta defusión de las pulsiones, y el Superyó funciona como “un cultivo de la pulsión de muerte”, como se evidencia en la clínica, tanto en la compulsión a la repetición como en la reacción terapéutica negativa. La inhibición de las pulsiones agresivas hacia el exterior hace que se dirijan hacia el interior, lo que genera un incremento en la culpabilidad, el remordimiento y la necesidad de castigo. Mediante la acción del Superyó, la pulsión de muerte va a intervenir en la formación de síntomas, aumentando a su vez la severidad, exigencia, crueldad y tiranía del mismo. En estos pacientes podría pensarse que “el Superyó es la pulsión de muerte hecha ley”, como dice Alemán<sup>17</sup> en el “El Porvenir del inconsciente”.

---

<sup>17</sup> ALEMÁN, J., El porvenir del inconsciente, Buenos Aires, Ed. Grama, 2006.

La pulsión de muerte es muy intensa al no operar la significación fálica, el significante de la vida, por ello los pacientes experimentan un intenso cansancio que puede llegar a la desvitalización, síntoma del que se quejaban varios de los sujetos del grupo. Es una desvitalización que puede llevar a la imposibilidad para mantener las catexias de objeto. La tendencia de estos enfermos es a separarse de la vida, del mundo y de los otros. Este es un síntoma común a varios miembros del grupo, una de ellas relataba: “tengo tanta apatía que no puedo levantarme de la cama, en el grupo me he dado cuenta que la apatía y el cansancio es común en todos nosotros”. Los deseos de muerte son habituales, y expresan su actitud frente a la vida, una posición en la que la muerte tiene una continua presencia: “toda la vida pensando y diciendo que me quería morir, pero en el grupo me he dado cuenta de que lo que quería era una baja de la vida”.

La intensidad de la pulsión de muerte en la enfermedad maníaco-depresiva se muestra en la tendencia compulsiva a la repetición; con Freud podemos decir que el melancólico trabaja para la destrucción de sí mismo, que en él ha triunfado la pulsión de muerte, llegando a culminar este afán de destrucción en el pasaje al acto, en el suicidio, que es un autocastigo y un no proferido al Otro.

En estos pacientes, como veremos en la historia de otros dos pacientes del grupo, la muerte está muy presente desde la infancia, no al final de la vida como en el resto de los mortales. En los sujetos melancólicos al no producirse el objeto a, causa de deseo, como dijera Lacan, la sombra del objeto cae sobre el yo, y se produce la muerte del sujeto, parafraseando a Freud. El objeto al no estar separado, al no estar en el campo del Otro, lo va a buscar en su propia imagen, a la que trata de atravesar, y en ese intento de alcanzar el objeto termina realizando el acto suicida<sup>18</sup>.

El conflicto pulsional entre la muerte y la vida en esta patología la abordo a partir de la historia de otros dos sujetos del grupo. El primer caso es el de un paciente de 35 años que tenía la certeza de estar muerto y de que estaba rodeado de cadáveres. En su historia se debe subrayar que era hijo único y había estado enfermo desde la infancia, padecía una escoliosis grave y había tenido múltiples intervenciones quirúrgicas, por lo que era muy dependiente de la madre, quien le acompañaba siempre en las consultas individuales antes de su incorporación al grupo.

La psicosis en este hombre se hace manifiesta cerca de los 30 años en una brusca decisión, se fuga de la casa familiar, toma un tren y se aleja sin apenas llevar dinero. La huida termina en un cajero automático, la policía al ver su deplorable estado le recoge y le devuelve al domicilio familiar.

La sintomatología de este hombre era básicamente depresiva, presentaba una fuerte inhibición, hablaba muy poco y refería estar obsesionado con las enfermedades, tenía la certeza de padecer un cáncer que le llevaría a la muerte. Se quejaba también de un intenso cansancio y un insomnio pertinaz que no le permitía dormir desde hacía años, al tener

---

<sup>18</sup> GOYA, A., El espectro de la muerte sobre el sujeto, Rev. Virtualia, 2006: 2-3

mucho temor a no despertarse. Expresaba mucho miedo a la muerte, la padecía desde su infancia, y sentía que siempre había estado a su lado, desde niño, siempre había estado enfermo, ahora se daba cuenta de que ésta había tenido una constante presencia a lo largo de su vida.

El paciente no tenía muchos deseos de incorporarse al grupo, pero en las consultas individuales estaba muy parado, con respuestas escasas, de manera que en las mismas prácticamente sólo se hablaba de la medicación. Pensé que le podía ayudar el grupo terapéutico, y aunque al principio se negó, después de un tiempo aceptó incorporarse. En el grupo sólo pudo estar unos meses, tenía muchas dificultades con la verbalización, muchos problemas en la comunicación, le costaba poner en palabras lo que le pasaba, no hablaba si no se le preguntaba, y mostraba su deseo de dejar el grupo. A pesar de su poca participación mejoró de la inhibición, del cansancio, dormía mejor, en casa hablaba más con los padres, y parecía que no había síntomas psicóticos, por lo que finalmente y de común acuerdo se le dio el alta aprovechando una de las terminaciones del encuadre antes de la etapa veraniega.

El segundo paciente era un sujeto de 40 años con un padre que había muerto en un accidente grave cuando él tenía 7 años; era el mayor de 5 hermanos, y la madre estaba embarazada del 5º hijo. A lo largo de su vida había tenido varios intentos autolíticos, el primero siendo adolescente cortándose las venas, y después tirándose de un andamio. Los dos últimos intentos en estos últimos años los había realizado provocando un accidente de tráfico, en una repetición de la escena en la que su padre había perdido la vida. Después de bastante tiempo de su incorporación al grupo, en una de las sesiones grupales habló extensamente de su problemática, refería que había tardado mucho tiempo en hablar porque se sentía confuso y le costaba reconocer sus sentimientos y más aún transmitirlos.

La lectura que hacía de los intentos de suicidio era que a través de la provocación de estos accidentes lo que buscaba era un cambio en su vida; pero más avanzado el proceso grupal reconocía fuertes impulsos a hacerse daño a sí mismo, porque tenía que expiar grandes pecados que le hacían sentirse muy culpable. Tenía un gran sufrimiento porque no controlaba el deseo de dañarse y este daño físico y psíquico que se infligía lo realizaba desde hacía muchos años. Afirmaba que no tenía derecho a ser feliz porque era culpable de la muerte del padre, mostraba su intensa culpa desde la infancia porque deseaba que su padre muriera para poder estar sólo con su madre.

Refería que este recuerdo le surgió después de un tiempo de tratamiento, recordaba que la primera vez que le vino a la cabeza fue en el mismo momento en que el policía les comunicaba la muerte del padre; mientras su madre y él escuchaban sin aliento la noticia en la puerta del domicilio familiar. En el grupo relataba que en su casa se hizo una negación de la muerte del padre, consideraba que desde entonces toda su familia había estado mal, no existía ninguna comunicación entre ellos, y de hecho en la actualidad apenas se hablaban. La relación con su madre era muy tensa, las palabras mínimas, y la escasa comunicación que tenían ambos era a través de su mujer. Veía a su madre porque iba a su casa a ver a los nietos, y no duda de que si él no hubiera tenido hijos, se habría roto el contacto entre ellos. La única relación con sus hermanos, era con la hermana segunda, la única con la que podía

compartir algo de lo que le pasaba, se identificaba con ella por problemas parecidos; ambos eran los únicos diagnosticados de depresión en la familia.

En el grupo relataba que en su casa nadie podía estar triste, su madre y los abuelos maternos no hablaban de la muerte del padre, sus hermanos tampoco, era un tema prohibido; los abuelos paternos enseguida dejaron de ir por la casa porque se generaba mucha tensión en las visitas que les hacían. Él recuerda que desde entonces siempre tuvo mucha tristeza, y como no podía manifestarla se sentía cada vez más angustiado y culpable. La situación estaba controlada hasta que perdió su trabajo, ahora estaba de baja y pendiente de un juicio con la empresa, el jefe se estaba portando muy mal con él, cuando había trabajado duramente siendo el responsable de uno de los equipos y había trabajado 14 horas diarias habitualmente. Después de la pérdida del trabajo ya no había levantado cabeza, la culpa se le hizo insoportable, hasta el punto de pensar que no tenía derecho a seguir viviendo. En el grupo le costó manifestar sus intentos de dañarse y sus deseos de darse muerte, afirmaba que si no lo hacía era porque tenía una maravillosa mujer y unos hijos a los que adoraba, pero a pesar de la suerte que tenía con su familia, él no quería vivir por la inmensa culpa y por los reiterados pensamientos de hacerse daño.

La pulsión de muerte y su intensidad mayor o menor va a influir en la relación entre el Superyó y el yo. Freud introduce el término “Superyó” en su segunda teoría del aparato psíquico como una de las tres instancias; lo formula junto al “Yo y el Ello” que son las dos instancias que dan título al texto de 1923. Aunque la descripción de una instancia crítica y moral que juzga y censura al yo era ya una tesis previa. Esta conciencia moral se constituye porque una parte del yo se disocia, y toma a la otra parte como objeto. El Superyó sería la identificación lograda con la instancia parental, con el Superyó de los padres; esta idea la esquematiza en las *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, en las que señala que el Superyó, por un lado, estaría sumergido en el “Ello”, y por otra, sería el heredero del complejo de Edipo, con conexiones con él, y con capacidad de dominar al yo como los padres hicieron cuando era niño<sup>19</sup>.

Asimismo, las investigaciones realizadas acerca de la melancolía, del duelo patológico, y de algunas patologías graves como la neurosis obsesiva, le había llevado a plantear una tesis central, en la melancolía una parte del psiquismo ejerce una función de juez y se vuelve contra sí mismo, de manera que el yo del melancólico en lugar de ser amado por el Superyó se siente perseguido y odiado por él. El Superyó a su vez puede actuar como portavoz directo de las pulsiones del ello.

La relación del Superyó y el yo es profundizada por las aportaciones de Lacan, quien investiga el Superyó desde la articulación de los tres registros del aparato psíquico: lo real, lo imaginario y lo simbólico. El Superyó real, lo pulsional, se constituye mediante la voz humana a la que los oídos del niño están expuestos desde el nacimiento; el Superyó imaginario

---

<sup>19</sup> FREUD, S., 1932, *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, Obras Completas., Buenos Aires, Amorrortu ed., vol. XXII, 1993.

queda conformado por los diferentes imagos de la autoridad parental coercitiva; y el Superyó simbólico se organiza por la asunción de la ley de prohibición del incesto<sup>20</sup>.

La voz en el melancólico tiene mucha importancia, ya que la voz incide una y otra vez en el cuerpo y marca el cuerpo del bebé y del niño en sus goces y sufrimientos, a veces en un dolor que es la mezcla de ambos. La voz es fundamental y para Lacan es un objeto pulsional al que denomina “objeto invocante”; constituido por las voces de las personas significativas que el niño ha escuchado desde su nacimiento. Pero en el sujeto melancólico al contrario que en el neurótico, estas voces y palabras no han conseguido libidinizar su cuerpo, actúan más bien como voces deslibidinizantes que sólo han podido generar un Superyó rígido y cruel.

Estas voces desnarcisizantes pueden surgir de la propia melancolía padecida por las figuras parentales. Son las voces que transmiten los significantes con los que se han identificado los melancólicos desde niños, unos significantes amos que sólo les han dado un lugar como objeto del goce de los padres; un goce en el sufrimiento, la humillación, y la denigración. Estos sujetos, hombres y mujeres, no han podido subjetivarse ni significarse como sujetos separados de los padres, y han quedado alienados como objetos de las figuras parentales.

El Superyó se origina en la huella de esa voz, que es la presencia del deseo y de la voluntad impositiva del Otro, unido a la indefensión del bebé expuesto al Deseo de la madre antes de que sea metaforizado por el significante del Nombre-del-Padre, que es lo que limita el goce incestuoso para la teoría lacaniana. El significante del Nombre del Padre es fundamental para la constitución del sujeto, y es la instancia reguladora del Superyó, y como en la patología melancólica este significante está ausente, el sujeto queda desamparado a merced de las voces y de las imagos persecutorias del Superyó.

Como también señalara Freud, el Superyó aparece como restos verbales, más próximos al Ello y más lejos al Yo de la conciencia; es esa voz descarnada y cruel que “se abate con furia inmisericorde” sobre el sujeto. Es decir, el Superyó en la melancolía está del lado de Tánatos, en él reina la pulsión de muerte cuando el yo no logra refugiarse en la manía. Y si el Superyó es feroz es porque el Ideal del Yo, que podría equilibrar la situación al estar del lado del Eros, no ha podido construirse al faltar la mirada amorosa materna; dicho con otras palabras, no hay amor a sí mismo porque no fueron amados por el Otro.

En esta patología el sujeto no puede construirse un Ideal del yo que regule su vida, como lo hace en el neurótico. No consigue hacerse un cuerpo revestido por el amor del Otro, por eso no puede construir tampoco ni un Ideal del yo (simbólico), ni un yo ideal (imaginario) que sea amado por éste. Por eso, como hemos subrayado en la historia clínica de los últimos dos pacientes, en el melancólico hay mucha pulsión de muerte y poca pulsión de vida, no pudieron construirse una imagen narcisista, un Ideal del yo, tampoco pudieron organizar una sublimación que les permitiera darse unos ideales, normas y valores, de

---

<sup>20</sup> FERRER, N., “La gula del superotro”, Rev. Apertura, estudio, investigación y transmisión del Psicoanálisis, <http://www.aperturapsicoanalisis.com/Articulos/La-gula-del-superotro-por-Norberto-Ferrer.htm>.

manea que sólo han podido identificarse con los ideales sociales; en el caso del segundo paciente, ser un buen trabajador.

En este Superyó tiránico se observa la repetición de la historia parental, es heredero de unas funciones parentales muy precarias, exigentes y desvalorizantes. Se produce al no haberse podido articular la mirada del Otro que es el Ideal del yo, con la imagen especular que es el yo ideal; hay un fallo en el Otro que no ha permitido que el cuerpo sea falicizado, erotizado, y por eso ha quedado un cuerpo del lado del desperdicio, del desecho. Es decir, en el cuerpo del melancólico falta la carga de amor, por ello no ha podido construirse una imagen erotizada que le de una idea de totalidad, tampoco una identidad que le permita decir yo a lo que era un manojito de pulsiones autoeróticas.

Este Superyó tirano, cruel que maltrata al yo, al que considera indigno e incapaz, y al que trata como un objeto despreciable genera esta culpa inmensa. Y cuando el cuadro se agrava surge la psicosis, y esta culpa se hace absoluta, delirante, pudiendo llegar a la megalomanía. La actitud tiránica del Superyó se observa en la megalomanía de la culpa, en el mandato del Superyó en las voces, y en los autorreproches continuos en los que el Superyó se deleita.

Es preciso subrayar que al melancólico le cuesta construir un delirio, en general son ideas pobres, y repetitivas. Pero cuando lo construye, al contrario que al paranoico, muestra un yo empequeñecido o inexistente por la culpa; el delirio puede organizarse y manifestarse como un delirio de empequeñecimiento, y que al agravarse y extenderse llegar a la negación del cuerpo y de los órganos, como se aprecia en el síndrome de Cotard. Como decíamos, si al paranoico el delirio le puede liberar, en el melancólico los delirios que logra construir aumentan su sufrimiento, por eso dice que está en el infierno, en la cárcel; por eso se merece la muerte, la prisión, la enfermedad, etc.

Las voces del Superyó en las crisis se muestran por tanto en los autorreproches, en el delirio, y también a través de la alucinación, es una voz que les invade, y frente a la que no pueden poner barreras. Es una voz imperativa que les dice, “eres una mierda”, es la voz de la pulsión de la destrucción, de la muerte, una voz que les insta a desaparecer, que les dice: “mátate”, como relataban algunos pacientes del grupo. Como aquel paciente que escuchaba en las voces “nada”, y se había tirado de un primer piso siguiendo el mandato de la voz que le decía “tírate, tírate”; por fortuna como la altura no era alta, solo tuvo lesiones sin importancia. Luego pudimos conocer que su hermano había muerto en un accidente de coche siendo él el conductor, pero era un hecho que sólo comentó en una de las crisis y no pudo trabajarlo en el grupo.

Pero sabemos que otros pacientes melancólicos de compañeros han seguido estos mandatos de las voces y se han hecho lesiones graves, han quedado paráliticos en silla de ruedas, o han fallecido. Este mandato surge cuando la identificación con el objeto es absoluta, y es el momento en el que pueden realizar el acto suicida.

Las voces pueden escucharse como voces interiores, y ser reconocidas como de uno, pero también no ser reconocidas como propias y generar gran angustia; ya que estas voces

emiten duros mensajes que atacan la autoestima del paciente, o invaden su vida cotidiana al emitir todos sus movimientos, o ser impositivas y provocar el pasaje al acto suicida.

Estas voces si no son reconocidas como propias y se dan en el interior serían alucinaciones intrapsíquicas que para el saber de la psiquiatría clásica serían las verdaderas alucinaciones. Para este saber, las alucinaciones auditivas que surgen en el exterior, en lo real son denominadas pseudoalucinaciones auditivas; mientras que para los psicoanalistas lacanianos, por el contrario, las alucinaciones que provienen de lo real serían las verdaderas alucinaciones, mientras que las otras serían voces interiores.

Las alucinaciones en la psicosis melancólica en los pacientes que hemos observado todas se escuchaban en el espacio subjetivo, el espacio interior, a diferencia de las de las otras psicosis que son alucinaciones que provienen del espacio exterior, de lo real.

### **5.- Efectos terapéuticos de la psicoterapia psicoanalítica de grupo en la melancolía.**

Respecto al tratamiento de los melancólicos nos resulta de interés lo que señala Averbach<sup>21</sup>: “la psicosis es una manera de situarse en la vida, y por ello los profesionales han de reformularse su relación con el psicótico”. Sugiere que esta relación no debería ser definida sólo por lo que no es: “no es posible el psicoanálisis”, “no hay inconsciente”, y “no hay elección de objeto”. Estamos de acuerdo en su planteamiento, y a las mismas se podrían sumar otras negaciones: no hay transferencia, no hay Edipo, no hay lazo social, no hay sujeto, no hay deseo, no hay fantasma, no hay objeto a, etc.

Si bien se dan estas carencias y las hemos de tener en cuenta en el trabajo clínico con estos pacientes, para no caer en el pesimismo actual es preciso repensar nuestro lugar y función en el tratamiento con la psicosis, que no es sólo el de dispensador de psicofármacos, aunque por supuesto utilicemos los psicofármacos con estos pacientes y pensemos que son de utilidad en las dosis mínimas posibles.

Queremos situar a los tratamientos psicológicos en el lugar que les corresponde en el tratamiento de la psicosis, ya que en los tratamientos actuales en algunos servicios públicos siguen teniendo poca relevancia, en detrimento del valor del tratamiento psicofarmacológico que se ha sobredimensionado. Y todo ello a pesar de las limitaciones de sus resultados, de los altísimos costes económicos y de los efectos secundarios en los pacientes. Indudablemente se ha avanzado mucho en los cuidados de los psicóticos, algunos reciben tratamientos psicoterapéuticos, pero es preciso seguir trabajando e investigar en cuales son los dispositivos psicoterapéuticos imprescindibles para su buena evolución.

Estos tratamientos psicoterapéuticos para la psicosis, en general, no se han reivindicado por las personas implicadas, aunque se realicen algunas terapias grupales en algunos dispositivos de Salud Mental, pero hasta el momento podemos decir que la oferta de tratamientos para la psicosis es básicamente farmacológica. Conocemos la escasez de

---

<sup>21</sup> AVERBACH, M., ¿Quién dirige la cura en las psicosis?, Rev. Acherotna, 1998, nº 8, pp 50.

recursos en los servicios públicos, pero éste también sería otro motivo para privilegiar el interés de la psicoterapia psicoanalítica de grupo para el tratamiento de la psicosis. Es un instrumento eficaz que facilita el vínculo social, les permite pensar, hacerse un lugar en el mundo y salir del aislamiento. Las terapias grupales con estos pacientes son una responsabilidad de los psiquiatras y de los psicólogos porque son los profesionales que mejor están formados para trabajar con esta grave patología; ya que, como dice Averbach, aunque no haya transferencia simbólica, sí hay una llamada que nunca ha sido escuchada y tenemos que nombrar.

En los servicios de salud mental públicos desde los años ochenta hemos hecho una clara propuesta en el tratamiento de la psicosis; en aquellos años empezamos a realizar un grupo terapéutico psicoanalítico operativo semanal con estos pacientes. Y lo combinábamos con un grupo operativo con los familiares, y en otros momentos con un grupo multifamiliar mensual; unido a su vez al tratamiento psicofarmacológico. Por otro lado, en los momentos de crisis de los pacientes realizábamos entrevistas terapéuticas con la familia o individuales.

A lo largo de nuestra experiencia hemos constatado que el grupo terapéutico llega a ser un instrumento muy apreciado por los profesionales y por los pacientes. A través del grupo terapéutico en los servicios públicos ofrecemos la posibilidad de realizar psicoterapia en esta grave patología, y de este modo conseguimos aminorar el sufrimiento de los pacientes al poder abordar algunas de las problemáticas que les afectan.

Gracias al grupo terapéutico hemos logrado mejorar la evolución y el pronóstico en la psicosis, al conseguir promover el vínculo social que tan perturbado está en estas personas. Este instrumento nos ha permitido con los pacientes melancólicos disminuir la tendencia al aislamiento, al abandono, y al rechazo de los otros, que son todos ellos factores que conducen al agravamiento de la enfermedad y a la aparición o el mantenimiento de la sintomatología delirante.

En el devenir grupal los pacientes han tomado conciencia de que el origen de su enfermedad no tiene sólo una causa biológica, que era la creencia única y común en todos los integrantes al inicio del proceso grupal. El cambio de posición frente al origen de la enfermedad se debe a la escucha de los relatos de los otros y a la reflexión acerca de sus propias experiencias, ya que en ellas han podido observar la importancia de los factores psicológicos, la reflexión acerca de sus modos de relación y de vinculación con los otros, sobre todo en la familia. Algunos pacientes con psicosis menos graves, han podido mantener su vinculación con lo laboral, al reflexionar y significar sus relaciones con el trabajo.

### **5.1.- El grupo, espacio de elaboración de los sentimientos de culpa**

El grupo tiene efectos terapéuticos porque funciona como un espacio e instrumento de simbolización, además de socialización. Es decir, funciona como un espacio de palabras, donde los pacientes pueden escuchar, escucharse y ser escuchados; un espacio donde pueden reconocerse en la mirada del otro, y construir significaciones, sentidos y afectos.



Respecto a los afectos, el grupo terapéutico en la psicosis melancólica y en los denominados bipolares es un espacio de construcción y explicitación de sentimientos y afectos que habían sido fuertemente rechazados. Esta construcción y expresión de sus afectos es compleja, requiere tiempo, necesitan vivir la experiencia de confiar en los compañeros y de sentirse contenidos por el grupo.

Necesitan saber que pueden salir de su parálisis e inhibición porque van a ser escuchados y no juzgados por sus sentimientos ambivalentes hacia los otros, sobre todo por sus sentimientos de odio o de rechazo. Precisan tener la experiencia de que van a ser escuchados en sus lamentos y quejas, que van a poder hablar de sus sentimientos de culpa, de sus actitudes masoquistas, y de una exigencia que nos les permite vivir. En el grupo pueden tener la experiencia de que su sufrimiento está en función de la mayor introversión y ambivalencia en sus sentimientos hacia las figuras significativas.

Nuestra intervención ha de ser apoyar la expresión de estos afectos y sentimientos, y en algunos casos la legitimación de los mismos; en estos casos hemos de ayudar a que puedan desplazar la responsabilidad a las actitudes y comportamientos de sus figuras significativas, cuando éstos hayan sido los responsables de este modo de relación y de este tipo de sentimientos hacia los otros. Facilitar la expresión de estos malestares les permite desligarse y disminuir su fijación a estos objetos de los que no han podido separarse.

Los sentimientos de culpa son nucleares en esta patología, por ello una de nuestras prioridades es trabajar sobre ellos; hemos mostrado que algunos pacientes pudieron afirmar que sus psicosis tenían relación con sus sentimientos de culpa. Esta cuestión la observamos claramente en la paciente que en su delirio tenía la certeza de que estaba en el infierno, y relataba sus terribles sufrimientos en los ingresos antes de incorporarse al grupo. Esta paciente cuatro años después de su incorporación al mismo, ya muy estabilizada, podía no sólo criticar sus certezas delirantes, sino hablar de la fuerza de la imaginación de la mente humana, y reconocer que los sentimientos de culpa eran lo que la volvían loca y los que estaban en el origen de sus delirios.

Esta paciente hizo muy buenas elaboraciones, tanto a través de la palabra como de la escritura. Escribía mucho acerca de la relación con su ex-marido, su dependencia, y su imposibilidad para separarse; tanto por sus fuertes creencias religiosas como por la actitud posesiva y culpabilizante de él. En el tratamiento grupal pudo lograr un cambio en sus creencias acerca de la causalidad de su enfermedad mental, ya que al inicio reiteraba que tenía una enfermedad endógena, conocía estos términos porque era farmacéutica. A través del proceso grupal pudo elaborar que la causa de su enfermedad eran sus propios pensamientos, sobre todo los “negativos” y “sentimientos ambiguos”, que era como ella denominaba a lo que nosotros nombramos como ambivalencia afectiva.

En el devenir grupal han podido observar en los otros, y a veces en sí mismos, que la negación y el rechazo de los sentimientos contradictorios actuaban como desencadenantes de sus recaídas e ingresos. El grupo ha funcionado como un espacio donde se han interrogado acerca de sus relaciones con los demás. De este modo se preguntaban: ¿Por qué mi madre me mangoneaba y hacía todo lo que quería conmigo y yo me dejaba?.

Algunos integrantes pudieron pensar que su inhibición era una defensa frente a la angustia, una forma de no tomar parte en sus conflictos internos, por ejemplo en los problemas de relación de pareja, ya fueran con el marido o con la mujer. Ya que a diferencia de la psicosis esquizofrénica, la mayoría de los psicóticos que padecen esta patología están casados, y la problemática de pareja era uno de los conflictos frecuentes que compartían entre los miembros. Casi todos convivían con su pareja desde hacía largos años, y reconocían un vínculo muy difícil entre ellos.

Los emergentes nos muestran que sobre todo trabajaron esta problemática que era común en el grupo, las relaciones ambivalentes que se daban entre la pareja. Denominamos emergentes a los actos discursivos y las formaciones grupales que se producen en el entrecruce entre lo singular y lo grupal, entre la historia individual del sujeto, la del grupo y lo social. Y que en su asociación en cadena y en red van a ir constituyendo el discurso particular de ese grupo.

La lectura de emergentes a la hora de iniciado el grupo les ayudaba a reflexionar sobre las distintas problemáticas que se planteaban y a elaborar los afectos implicados en esas relaciones. Estas lecturas que se privilegian a lo largo del devenir grupal consiguen disminuir los intensos mecanismos defensivos de negación y rechazo, y ayudan al proceso de elaboración. Algunos de los emergentes que muestran sus relaciones de pareja son los siguientes:

- “Me doy cuenta que no me separaba por temor a la soledad”.
- ¿Por qué busco relaciones de pareja en las que soy maltratada?
- “Me he dado cuenta de que siempre busco el mismo tipo de hombres maltratantes, ahora veo que el problema está en mí y en las elecciones de pareja que hago”.
- “Quería tener un hijo para salvar mi matrimonio y satisfacer a mi madre; ahora me doy cuenta de que mi marido no quería un hijo, y de que era un error pensar que un hijo era la panacea para resolver mis problemas”.
- “¿Por qué mantengo relaciones que son malas para mí?”.
- “Me levanté de la cama cuando en el grupo me dijeron que iba a perder a mi marido. Ahora me doy cuenta de que si te quedas en la cama no te pueden ayudar, y que metiéndote en la cama se lo haces muy difícil por no decir imposible a la familia”.

Las diversas elaboraciones que realizaron a lo largo del proceso grupal les permitió a cuatro de ellos tomar la decisión de separarse. Sin embargo, la mayoría continuaron la relación, pero en el vínculo se observaron los efectos terapéuticos, en la mayoría había disminuido el conflicto de pareja al tomar conciencia de los aspectos positivos de dicha relación. En estos casos el odio que sentían y les hacía enfermar había sido atemperado por los sentimientos amorosos; ésta fue la decisión de la paciente que había abortado en su juventud. Sin embargo, la mujer que deliraba con el infierno se separó, y posteriormente consiguió, a pesar de las dificultades de los trámites, la anulación de ese matrimonio. Posteriormente se volvió a casar y en el grupo lo que nos transmitía era una relación bastante satisfactoria, a pesar de las circunstancias adversas del marido en su salud y en el trabajo.

Una de nuestros objetivos prioritarios como analistas grupales es ayudar a estos sujetos a encontrar el sentido de sus sentimientos de culpa, ya que éstos les impide vivir la vida al sentir esta culpa como absoluta. Sin embargo en algunos pacientes no ha sido posible la elaboración de la misma, por ejemplo en la paciente que se había realizado el aborto a los 5 meses. Además de la complejidad de las circunstancias de este caso, tenemos que tener en cuenta que en la melancolía hay un rechazo del inconsciente, y por ello hemos de conocer que algunos pacientes, una vez superado el episodio o la crisis, no van a tener el menor interés en hablar de lo sucedido, y menos aún reflexionar acerca de ello.

En el grupo priorizamos la elaboración de la culpa porque mientras que en la manía la culpa es negada, en la melancolía es asumida plenamente por el sujeto. Es locamente asumida, ya que hay una megalomanía de la culpa, y por ello el paciente se declara autor de las mayores infamias infligidas al otro. Priorizamos la elaboración de la culpa y de la ideación delirante de culpa para mejorar la evolución de estos pensamientos, ya que si la culpa no es articulada en el campo del sentido le puede llevar al sujeto a su autoaniquilación. En estos casos el melancólico hace una renuncia al ser, a la existencia, al deseo en general, y en un pasaje al acto realiza el suicidio.

La culpa es variable en función de los pacientes y de los momentos que estén atravesando los mismos; pero si ésta desaparece debemos estar atentos, porque aunque se sientan merecedores de la peor condena, la culpa sigue siendo el intento desesperado de seguir manteniendo el vínculo con el otro. Por otro lado, en aquellos momentos en los que el melancólico no desea vincularse con los demás, se encama, se encierra, y no se plantea solicitar ayuda porque tiene la creencia de que nadie le puede ayudar. Estos momentos de repliegue y encamamiento disminuyeron y en la mayoría desaparecieron a lo largo del proceso grupal.

La cohesión del grupo permite expresar el deseo de apoyarse unos a otros en la búsqueda de los motivos y circunstancias que les han hecho enfermar, pero se constata también que el grado en el proceso de elaboración es muy diferente. Esperábamos a aquellos momentos en los que estuvieran más abiertos a pensar el daño que les había causado el otro, o más predispuestos a reconocer también el suyo propio. Es decir, estábamos atentos a esos momentos de apertura que pudieran facilitar la responsabilidad personal en lo sucedido, en vez de culpabilizarse de una manera tan absoluta por lo acontecido o imaginado.

En este proceso de cambio algunos han podido tomar decisiones importantes para su vida, que habían sido decisiones congeladas, que les inhibían, paralizaban y enfermaban, y que no podían llevar adelante por la gran culpa que les invadía. Como aquella paciente que refería que era la culpable de todos los males del mundo, y presentaba una megalomanía de la culpa. Y en sus dos ingresos realizaba actos autodestructivos dándose golpes contra la pared por su certeza de que había matado al marido.

Esta paciente años después de iniciado el grupo pudo contar que el marido le pegaba y maltrataba, y además lo hacía de tal modo que no dejara lesiones; para que en el caso de que contara el maltrato físico, nadie se lo pudiera creer. Era un maltrato consciente y cruel

del marido, del que no pudo huir más que a través de la elaboración de un delirio, pero en éste la culpa no estaba en el otro; es decir, no era su marido el culpable, sino que esta culpa quedaba en ella misma. En la elaboración delirante que realiza se puede observar la identificación con el objeto, éste queda dentro de ella y forma parte de su yo, por eso golpea a su cuerpo para intentar extraer el objeto y separarse de él. Esta paciente mejoró muchísimo en el grupo, y gracias a su compromiso y progresivas elaboraciones consiguió separarse, a pesar de los chantajes afectivos del marido.

## **5.2.- El grupo, espacio de acogida de sus experiencias psicóticas**

En los inicios del proceso grupal a los integrantes les costaba el contacto, sus miradas eran de soslayo, no se hacían preguntas, permanecían en una actitud silenciosa a la espera de ser preguntados. En general evitaban, disociaban y rechazaban los problemas, pero poco a poco, y por supuesto unos más que otros, salieron de su inhibición y pasividad, y se fueron permitiendo una actitud más activa. Conforme avanzaba el proceso lograron hacer algunos cambios, mirarse unos a otros, hablarse, comunicarse y compartir entre ellos; se escuchaban, y aconsejaban, e incluso llegaron a interpretarse en alguna ocasión. Todas estas acciones discursivas estaban impregnadas de afecto, en general de cariño, y éste ha tenido como efecto la mejora de su evolución y pronóstico.

Los intercambios de relatos y acontecimientos acerca de su vida, la expresión difícil de sus complicados afectos, unido a las diversas interacciones y a la cooperación entre ellos ha ido generando un compromiso y una pertenencia al grupo. Esta pertenencia grupal ha facilitado el proceso terapéutico y ha conseguido que las ausencias al grupo fueran excepcionales, y en este momento no recordamos que se dieran abandonos en el mismo.

A pesar de las defensas y resistencias para hablar de su sufrimiento, en el grupo al escucharse unos a otros han podido percibir su mejoría o empeoramiento en función de la explicitación del malestar que les embargaba. En el grupo han tenido la experiencia de la importancia de conocer y comprender los motivos de su sufrimiento, han salido de su actitud repetitiva de rechazar todo aquello que les resultaba conflictivo.

En este reconocimiento y menor negación de la experiencia, en el esfuerzo para no negar y rechazar sus realidades conflictivas han tomado decisiones con menos inhibición, culpa o necesidad de castigo. En este proceso se han animado unos a otros a perdonarse por los errores y elecciones equivocadas realizadas en el pasado, y también a aconsejarse que no deben tratarse tan duramente por los acontecimientos vividos en el pasado, ya que no se merecen ese maltrato que se realizan a sí mismos.

En el grupo hemos observado algunos cambios en su posición vital, un giro desde la pasividad inicial frente a los síntomas y sus ingresos, a pensar que su tristeza, apatía, anhedonia y clinofilia es un refugio en la soledad para desvincularse porque las relaciones con los otros les produce sufrimiento. Algunos reflexionaron que sus intentos autolíticos se debían a un fuerte impulso a retirarse del mundo y de la vida, y que los deseos de muerte se

originaban en las decepciones sufridas en las relaciones con los otros, ya fueran actuales o del pasado.

El grupo ha sido un espacio privilegiado para hablar de sus experiencias psicóticas, de la construcción de las nuevas realidades delirantes que se creaban cuando les resultaba insoportable el sufrimiento. La expresión de sus experiencias psicóticas, la escucha de las de los otros, y la evolución del proceso les ha permitido vislumbrar que la denegación de los conflictos internos y la creación de delirios son riesgos para su salud psíquica, por ello se animan a pensar las dificultades de otra manera para evitar el sufrimiento propio y el de toda la familia.

A través de sus continuos intercambios pueden reconocer que ocultar, y rechazar sus vivencias y sentimientos les puede llevar a estas situaciones extremas en las que “pierden la olla”, o la cabeza; refiriéndose a estos momentos en que niegan y rechazan la realidad que todos compartimos, para crearse una propia. Y por otro lado, contradictoriamente y a diferencia del paranoico, la realidad la sustituyen por otras realidades imaginarias que son aún más sufrientes; por ejemplo, la mujer que para negar la relación infernal que mantenía con el marido, deliraba con que estaba en las llamas del infierno.

Todos han podido relatar sus vivencias psicóticas en mayor o menor grado, y cuestionar las certezas que tenían acerca de ellas; pero han sido menos los que han podido elaborarlas y darlas un sentido. El grupo terapéutico les ha permitido compartir sus conflictos psicológicos y hacerse conscientes de las relaciones sufrientes con el marido, la mujer, los hijos, el jefe y los compañeros. También les ha facilitado disminuir su temor a pensar, al conflicto, al temor a la pérdida del amor del otro y a hacerse cargo de su vida, lo que ha tenido como efecto la estabilización del proceso de su enfermedad.

Avanzado el proceso grupal algunos pueden hacer bromas acerca de sus actitudes masoquistas, y preguntarse si pueden tener placer en el sufrimiento, en el rechazo y en el aislamiento de los otros. La disminución de los mecanismos defensivos de denegación y rechazo, y la aminoración de los mecanismos defensivos maníacos ha disminuido la ciclación de la enfermedad, y sobre todo la frecuencia de la misma en una de las pacientes. Algunos pacientes que ciclan con mucha frecuencia se denominan “cicladores rápidos”, y con este nombre se hace referencia a aquellos que ciclan de la depresión a la manía o viceversa al menos cuatro veces a lo largo del año.

Una de las pacientes del grupo para la psiquiatría clásica sería una “cicladora rápida”, viraba de la depresión a la hipomanía, o de la sintomatología hipomaníaca a la depresiva; mientras que en otros episodios padecía sintomatología mixta, depresiva y maníaca de manera conjunta. Se trataba de una mujer de 65 años que atendíamos en consultas terapéuticas individuales, pero en la que a pesar de los diversos tratamientos farmacológicos no se lograba estabilizar la enfermedad. En la historia de esta mujer destacaba un primer episodio depresivo a los 55 años desencadenado por la muerte del marido.

En su historia familiar relataba que tanto su padre como su madre habían sido ciegos; a la madre la describía como una mujer depresiva, culpabilizante, y tan absorbente que no le

dejaba separarse de ella. Refería que había sufrido mucho en la infancia por la relación con sus padres, sobre todo, con la madre, pero a pesar de ello había llevado bien su vida, se había casado y tenía 4 hijos. Pero después del primer episodio tras la muerte del marido había recaído en varias ocasiones, y se le había diagnosticado de episodios depresivos, hipomaniacos o mixtos. Ella afirmaba que tenía una enfermedad hereditaria, pero en el grupo podíamos observar que todas las crisis se habían desencadenado por situaciones de pérdida, ya fuera la muerte de algún familiar o de alguna buena amiga.

En el grupo después de mucho tiempo contó que tenía alucinaciones auditivas, escuchaba “ruidos” como de tacones, frases que no entendía, y también la voz de su marido que la llamaba por su nombre. Los desencadenantes de las crisis los disociaba o rechazaba, a pesar de que con paciencia se lo señalaran los compañeros del grupo. La gran inestabilidad que padecía en los últimos años también tenía relación con una pérdida que no podía pensar y negaba radicalmente. Esta negación se refería a la actual inminente separación del hijo con el que convivía, éste le había planteado que se iba a marchar del domicilio porque quería vivir solo. Pensamos que en estos dos últimos años, el agravamiento de la enfermedad que había cursado con varios episodios maniacos o depresivos a lo largo del año, tenía relación con los intentos de marcharse del hijo menor, que era el único que quedaba en la casa familiar, ya que todos sus hijos se habían casado.

Consideramos que la etapa de mayor ciclación, a pesar de los psicofármacos, se desencadenó por esta noticia que era una marcha que negaba en el grupo, y de la que nos enteramos por la hija en una de las entrevistas familiares. A pesar de que el hijo trató de hacerlo cuidadosamente, y le mostrara la casa que había comprado para él; ella lo negaba, incluso después de ayudarle a comprar algunos muebles para la misma.

En el grupo los mecanismos de denegación eran tan importantes que durante mucho tiempo insistió en que su hijo no se marcharía porque no se atrevería a dejarla sola y enferma. Finalmente se hizo consciente de que la decisión del hijo estaba tomada, cuando éste dejó de ir a dormir a la casa. Ante su nueva recaída, y la imposibilidad de vivir sola en casa, los hijos plantearon gestionar una residencia para ella, decisión con la que estuvimos de acuerdo. La paciente vino al grupo y se despidió de los compañeros agradeciéndoles la experiencia, las últimas noticias acerca de esta paciente fueron buenas, los familiares comentaron que su vida en la residencia había paliado su soledad, y ello le había permitido estabilizar su proceso y mejorar.

### **5. 3.- El grupo como espacio de identificaciones**

Durante el proceso grupal, a pesar de sus dificultades han podido identificarse unos con otros, al inicio a través de los síntomas y del diagnóstico, y posteriormente por afectos y sentimientos similares (sobre todo, los de culpa), o por conflictos comunes en las relaciones interpersonales (ambivalencia afectiva); y asimismo, por parecidos temores y resistencias frente al tratamiento. El grupo, al ofrecer múltiples objetos para la identificación, permite tanto la reedición de las transferencias como el establecimiento de nuevos vínculos que son de gran interés al permitir la estabilización de la enfermedad.

El grupo ha facilitado que las identificaciones fijas de cada uno se conmuevan, y ha posibilitado la expresión de sus identificaciones negativas que eran tan invalidantes: ser una “mierda”, un deshecho, un objeto despreciable, indigno e inútil. La identificación con un objeto indigno también la hemos observado en los relatos de sus delirios y alucinaciones auditivas.

Recordamos aquel paciente que comentaba que en su alucinación escuchaba una voz que le decía “nada” y, que al escucharla se sentía esa “nada”, “un muñeco, un objeto manipulado, no sabía por quien, por alguien fuera de la tierra, por Dios...”. Este paciente en su bipolaridad pasaba de la impotencia de la fase depresiva, de su ser y sentirse esa “nada”, en una identificación absoluta con el mensaje de la alucinación, a la megalomanía en la fase maníaca, en la que afirmaba ser Dios, un enviado de Dios, o Satán, como representación en los primeros casos del Bien, y en el último, del Mal absoluto.

Los efectos terapéuticos del grupo está en relación con esta función, ya que el grupo terapéutico moviliza las identificaciones patógenas que tuvieron desde su infancia y a su vez el proceso grupal les ofrece la posibilidad de múltiples objetos identificatorios. Este aspecto tiene interés porque los pacientes han desarrollado un aparato psíquico muy frágil con identificaciones muy precarias, y en algunos casos se han identificado con figuras parentales depresivas o melancólicas. En otros no ha habido un grupo familiar o éste presentaba muchas carencias, como en dos de las pacientes, la que se había criado en un orfanato, y aquella que tenía padres ciegos. Estas pacientes tenían un yo empobrecido, muy carenciado, y en la vida adulta se habían visto abocadas a hacer identificaciones y elecciones narcisistas para elevar su autoestima.

El devenir grupal les ha ofrecido la posibilidad de identificaciones menos mortíferas, menos persecutorias, y culpabilizantes. Estas identificaciones patógenas las observamos en esta mujer desamparada desde la infancia, en la que se habían hecho carne las identificaciones, por eso en las situaciones difíciles regresaba a esa etapa y era esa niña desamparada y abandonada en el orfanato. Y a su vez, en la vida adulta después del aborto no puede salir de esa identificación mortífera patógena con el bebé muerto. También recordamos las de aquella paciente que se daba golpes contra la pared, la cual se identificaba por momentos con la figura sádica o la masoquista, que eran los papeles que atribuía al padre y a la madre en sus frecuentes discusiones desde que era niña; pero que paradójicamente eran similares a las relaciones que repetía en su relación de pareja.

Podríamos decir que uno de los intereses del grupo radica en que se facilitan otras identificaciones que no sean melancólicas, por ejemplo a algún rasgo del terapeuta o de los compañeros del grupo, aunque luego éstas también podrán cuestionarse a lo largo del proceso grupal, “yo antes me identificaba con V, pero ahora me doy cuenta que es muy impositiva en sus opiniones”. Es preciso señalar que estas identificaciones son “dialectizables”, a diferencia de las del melancólico que no lo son, y se dan con el objeto perdido. Los pacientes melancólicos en el espacio grupal pueden pensar sus identificaciones patógenas y problemáticas, básicamente con las figuras paternas, que son las que se manifiestan en las crisis. Uno de nuestros pacientes decía: “responsabilizo de mi enfermedad

a mi padre violento y borracho, pero ahora me veo como él, aunque con una diferencia, él ante la desesperación bebía y se ponía violento, y a mi me da por meterme en la cama”.

En el grupo psicoanalítico los mecanismos de identificación se potencian por el quehacer del analista grupal, al facilitar éste las relaciones e interacciones entre ellos. A través del proceso grupal han podido hacer identificaciones y elecciones menos alienantes y narcisistas; y entre ellos se han cuidado para que las nuevas elecciones no tuvieran como efecto un empobrecimiento mayor del yo del sujeto. Se han cuidado para conseguir hacer elecciones menos maltratantes; así una le decía a otra: “no salgas con ese chico porque lo único que vas a lograr es que te haga sufrir”.

Los enlaces afectivos con los otros les ha permitido disminuir los mecanismos de rechazo y lograr una flexibilización del Superyó, lo que conlleva un menor nivel de exigencia hacia uno mismo y los otros. Estos hechos son fundamentales para el melancólico, ya que como decíamos, tiene un Superyó tirano hasta el punto de que Freud señalara que el yo en estos pacientes es un perseguido del Superyó. Al flexibilizarse las identificaciones al Superyó de los padres, el Superyó de estos sujetos pierde parte de su fortaleza y tiranía, lo que atempera la relación entre el Superyó y el yo con la consiguiente mejoría del sujeto.

#### **5.4.- El grupo como espacio transferencial**

En la psicosis no se desarrolla una transferencia como la de la neurosis, por eso Freud al inicio de su obra diferenció las neurosis de transferencia de las neurosis narcisistas, y señaló las limitaciones del instrumento psicoanalítico en estas afecciones. Lacan pudo investigar sobre las psicosis y los beneficios de los tratamientos psicoanalíticos en estos sujetos. Porque como decíamos, en estos pacientes sí hay una llamada que nunca ha sido escuchada; y un ejemplo de este llamamiento al otro lo podemos observar también en el delirio de ser amados, como una de las pacientes jóvenes que presentaba una erotomanía, que deliraba con que era amada por su psiquiatra.

Es una paciente que al principio por la sintomatología depresiva e hipomaniáca que presentaba se le diagnosticó de trastorno bipolar, luego de trastorno esquizoafectivo, y en algunos momentos oscilaba de la melancolía a la paranoia. Esta paciente con una sintomatología tan variada, como nos ocurre en algunos pacientes en los que no queda claro el diagnóstico, nos remite al interés del debate de la “psicosis única” que planteábamos al inicio del trabajo. En estos pacientes vemos la variabilidad de los síntomas que no permiten una unificación en uno de los diagnósticos de las clasificaciones al uso; aunque para ello se haya incluido el diagnóstico psicosis sin especificar. Estos síntomas emergen de forma variable en función del proceso y de la evolución de la psicosis, y nos muestran el interés de la teoría psicoanalítica al pensar la psicosis como una estructura con sus mecanismos claramente diferenciados de la neurosis.

Volviendo a nuestra paciente, suponemos que la ideación delirante era la única estrategia que tuvo para conseguir ser el objeto del amor del otro, era una mujer de 30 años, que había sufrido graves decepciones en lo profesional, quería ser actriz y su primer



ingreso se desencadenó al negarle la admisión en la Escuela de teatro a la que quería asistir. En el grupo relataba los amores de su psiquiatra hacia ella, su comunicación a través de ciertos ruidos que ambos realizaban en el ordenador, era una especie de lenguaje de signos que sólo conocían ellos; y a través de los cuales él le manifestaba su amor y el deseo de casarse con ella. A diario le mostraba su amor, le enviaba mensajes de cariño, le decía que sólo pensaba en ella, y le pedía que le esperara a que pudiera plantear la separación de su mujer. Nos contaba en el grupo que por amor hacia él había decidido estudiar psiquiatría porque era lo que él quería, y nos mostraba la certeza de ello.

Por otras circunstancias nos enteramos de que en el hospital de día al que había asistido unos meses y donde había conocido a su psiquiatra, también trabajaba la mujer de éste, que a su vez era compañera de profesión. En esta voluntad de ser objeto del deseo de la persona que le atendía observamos que ahí está la “transferencia psicótica” de esta paciente. Y que si el profesional sabe como hacer con ella, no rechazándola, ni halagando su narcisismo, es decir, si es capaz de alojarla dentro de la relación hasta que se pueda dar un sentido, el paciente podrá anudar algo de su extravío.

De lo que se trata con estos sujetos es de estar ahí, darles un lugar para que puedan encontrar el suyo, y a partir del cual puedan reconstruirse. El analista ha de empujarles, ha de animarles para que puedan decirse como sujetos, para que puedan decir lo que saben e intenten explicarse aquello que les sucede, y para que puedan vivir con su delirio, pero dentro de un lazo social, ya que en tanto hablan al otro existen como sujetos.

A diferencia de otras teorías psicoanalíticas grupales que se centran sólo en la transferencia con el terapeuta, pensamos una transferencia grupal múltiple y compleja, y que se da a diversos niveles interrelacionados lo que le da su potencia terapéutica. Entre ellas destacamos las transferencias verticales con el terapeuta, las laterales con los otros miembros del grupo, y las circulares dirigidas a la instancia “grupo”. En este punto nos interrogamos acerca de si estos grupos facilitan la emergencia de “transferencias psicóticas” tanto con los coordinadores como entre ellos, y si el surgimiento de las mismas y su posible elaboración puede pensarse como uno de los factores terapéuticos en la terapia de grupo psicoanalítico con los pacientes melancólicos.

En estos grupos psicoanalíticos al facilitar el analista grupal las relaciones entre los compañeros y con el grupo, las “transferencias psicóticas” entre ellos, si las podemos denominar de este modo, se intensificarían, mientras que la transferencia masiva hacia el terapeuta disminuiría. Dicho con otras palabras, a diferencia de otras metodologías psicoanalíticas grupales, el terapeuta, una vez que se ha conformado la estructura grupal, potencia la expresión y diversificación de las transferencias, y devuelve al grupo de manera muy respetuosa lo que intentan depositarle masivamente. En este punto aclaramos que lo hacemos poco a poco, y cuando el grupo tiene ya una función de contención, cohesión y pertenencia, al principio es fundamentalmente nuestra la función, la de sostener los diferentes relatos de los sujetos en el grupo.

Posteriormente, quizás podríamos ampliar a los grupos de melancólicos lo que Bauleo señalara con respecto a otros grupos, que el coordinador al devolver las

transferencias que depositan en él, facilita la vinculación entre ellos y permite que funcionen como agentes terapéuticos unos de los otros.

La diversificación y distribución de las transferencias es muy beneficiosa, ya las diferentes interacciones grupales posibilitan las condiciones para la reorganización de la libido, es decir, para la vuelta de la misma hacia los objetos. Esta vuelta de la libido a los objetos, y la confrontación ente el grupo interno y el externo facilita la disminución de la ambivalencia y la modificación de la relación entre el yo y el Superyó; ambas cuestiones que son centrales en esta patología.

### **5.5.- El grupo como espacio del “rechazo a la muerte” y del “no rechazo al otro”.**

El grupo es un instrumento terapéutico imprescindible en esta patología porque ofrece la posibilidad de múltiples vínculos y elecciones que facilitan el empuje a la vida, a la construcción de un Eros y la oposición a la pulsión de muerte. Insistimos en que el grupo terapéutico ofrece un espacio de pertenencia, convivencia y contacto con los otros, un lugar que les ayuda a evitar el aislamiento y el abandono de la vida, que son dos impulsos muy fuertes en estos pacientes. El grupo funciona como un espacio de construcción de nuevas relaciones de objeto, nuevas elecciones, nuevas decisiones que les permite salir de la enfermedad, y dirigir la mirada hacia la vida, y no a la muerte que es lo que había llevado a estos sujetos a la melancolización.

En el tratamiento psicoanalítico grupal con estos pacientes tenemos en cuenta el empuje hacia la muerte, y seguimos el pensamiento de Sauvagnat<sup>22</sup> cuando dice que en el melancólico se ha de producir un “rechazo a renunciar al objeto”. Trabajamos con el objetivo de que el paciente se oriente hacia la vida y hacia los otros, y en nuestras intervenciones nos oponemos a estos movimientos pulsionales de muerte. Nuestra función es sostenerles y apoyarles para que pongan todo su esfuerzo en evitar el abandono y el rechazo de los objetos.

Las múltiples, diversas, y prolongadas relaciones en el tiempo durante el proceso grupal les permiten también tomar conciencia de la severidad del Superyó. A través de los relatos de los compañeros pueden escuchar y observar las exigencias y mandatos del mismo; así una decía: “no puedes ser tan dura contigo misma, no se puede vivir con ese sufrimiento toda la vida, mereces perdonarte”. A través de la escucha compartida pueden reconocer la crueldad con la que en ocasiones se tratan a sí mismos. La constancia del encuadre terapéutico y de los objetos transferenciales les ha permitido a la mayoría, ya avanzado el proceso terapéutico, cambiar de posición. Este cambio se refiere a que han dejado de ser objetos pasivos y han pasado a una posición subjetiva en la que pueden realizar introyecciones menos ambivalentes y persecutorias de los otros, lo que va a aminorar la crítica del Superyó y mejorar la autoestima.

---

<sup>22</sup> SAUVAGNAT F.; SAUVAGNAT, R., El tratamiento psicoanalítico de la psicosis maniaco-depresiva a la luz de los conocimientos actuales, Depresiones y Psicoanálisis, Buenos Aires, Grama Ediciones, 2006.

Referente a la relación entre el Superyó y el yo, el grupo terapéutico es de gran interés para la flexibilización del Superyó en los melancólicos. El devenir grupal gracias a los mecanismos grupales de interacción, cohesión, pertenencia e identificación, con la disminución de los mecanismos defensivos va a lograr aminorar la crueldad del Superyó, que funciona como una instancia muy punitiva y destructiva en estos sujetos.

Las múltiples miradas, las interacciones grupales, el interjuego de identificaciones, las diversas introyecciones y proyecciones logran cierta flexibilización de la instancia superyoica que tiene como efecto la disminución del sufrimiento subjetivo. Las eventuales identificaciones con el terapeuta también les permite incorporar una imagen protectora, más amable y menos exigente, lo que unido a las identificaciones laterales contribuye a promover esta flexibilización.

En el proceso psicoterapéutico también seguimos las orientaciones de Abraham<sup>23</sup> cuando dice que el analista ha de intervenir para que estos pacientes consigan una relación de objeto menos melancólica y persecutoria. Por ello, les ofrecemos nuestro silencio o nuestra palabra para que puedan pensar en la responsabilidad de las figuras significativas, y en el trato injusto que algunos han recibido, para que de esta manera, como ya señalábamos, puedan liberarse del odio que les ha mantenido fijados al objeto.

También hemos observado que los melancólicos se abandonan y se colocan en la posición de ser rechazados, en una identificación con el objeto anal, con el desecho, la escoria. Por eso el analista grupal ha de ser muy cuidadoso y estar atento a los signos de su propio rechazo, ya que el melancólico puede llevar a lo real la realización de ese rechazo, y conducir al otro al límite de su soportabilidad, haciendo real ese estatuto de objeto caído del otro donde ellos encuentran su ser.

Los melancólicos buscan ese punto de rechazo, que se potencia por la demanda oral canibalística insaciable que describiera Abraham, quien puso el punto de fijación de esta patología en la fase oral canibalística. La demanda en algunos casos es de absoluta voracidad al no tener el freno del falo, de la castración, y estas circunstancias en algunos momentos pueden llegar a ser insostenibles para el analista grupal. Por ello éste debe cuidarse de las depositaciones y demandas invasivas que le pueden hacer los pacientes del grupo, para no quedar él mismo desvitalizado si responde a las mismas.

## **5.6.- Algunos interrogantes e intervenciones del analista grupal**

En el proceso grupal nos hemos planteado algunos interrogantes que son preguntas que apuntan a alguna de las problemáticas del paciente melancólico que hemos señalado. Entre ellas, la culpa, fundamental en esta patología, pero también la relación entre melancolía y paranoia, la compulsión al rechazo de los otros y al suyo propio, los delirios de indignidad y culpabilidad, la posición como objetos del Otro, la importancia del empuje a la muerte, el cuerpo desinvertido, etc.

---

<sup>23</sup> Cit. en TELLENBACH, H, Madrid, Ed. Morata, 1994.

Ya hemos mostrado algunos emergentes de estas problemáticas, ahora señalaremos algunas preguntas que también nos hicimos para orientarnos en nuestra clínica grupal:

- *¿Cómo ayudarles en esa ideación delirante de culpa, en esa espera delirante a ser castigados, en ese infierno que sienten que se merecen?*, como la paciente que en su delirio estaba en el infierno consumiéndose en las llamas.
- *¿Cómo prevenir las transiciones del delirio de indignidad a la megalomanía de ser Dios?*, como en aquel paciente que pasaba de la nada a ser Dios o el diablo.
- *¿Cómo ayudarles en esa posición de “nada”, en ese lugar de indignidad y desprecio?*, como el que decía que se sentía como un muñeco manipulado en las manos de Dios o del diablo.
- *¿Cómo oponerse a la pulsión de muerte?*, como el paciente que sólo veía cadáveres a su alrededor?
- *¿Cómo poner un límite que no sea significado como un rechazo o vivido de forma paranoica?*
- *¿Cómo permanecer en silencio y que no se sientan perseguidos?*
- *¿Cómo ayudarles en la construcción de un cuerpo libidinizado?*

Todas estas preguntas aluden a cuál es la función del analista grupal en estos grupos de melancólicos; la más importante es la de “escucha”, que es imprescindible para que cada uno pueda dar su singular testimonio, ya que esta escucha les va a ayudar a organizar su palabra y producir un discurso grupal. Una recogida que cuando teníamos observador se hacía en forma de crónica, a la letra, y que posteriormente se leía en la lectura de emergentes, que era la lectura de sus propias palabras y frases, de los emergentes más significativos de la sesión grupal.

En algunos casos este testimonio lo van a realizar a través de sus escritos; de esta manera lo expresaban tres de ellos, traían sus diarios, poesías o dibujos; y uno de ellos tenía una producción considerable cuando estaba en fase maníaca, en general, poesías de gran sensibilidad. El analista ha de ser muy respetuoso tanto con sus escritos como con los delirios de los pacientes, ha de tener en cuenta que es su producción subjetiva, y lo más propio de sí mismos.

El analista grupal ha de estimular la participación de los integrantes en el grupo, ha de preguntarles suavemente sobre lo que piensan, sin insistir, ha de propiciar la escucha de unos a otros, aunque hemos observado que ésta no es una tarea difícil, ya que en estos grupos los pacientes son más respetuosos entre ellos, a diferencia de los grupos de neuróticos o de los denominados “normales” en los que con frecuencia varios quieren hablar al mismo tiempo. Los pacientes muestran gran respeto hacia los que hablan, y sobre todo, cuando manifiestan sus ideas delirantes, hemos observado que la escucha que realizan en esos momentos de los otros es muy atenta.

En estos grupos nuestras intervenciones son más frecuentes que en los grupos de personas neuróticas, y sobre todo, intervenimos con preguntas y señalamientos. El silencio del analista grupal puede ser útil cuando ya el grupo tiene una función contenedora, ya que previamente puede ser muy persecutorio. Los silencios son útiles posteriormente si tienen el

objetivo de que sean los propios sujetos quienes elaboren su propia interpretación. Es decir, lo importante es que la interpretación la realicen ellos mismos; tenemos que tener en cuenta que a diferencia de la neurosis, en la que interpretación es hacer consciente lo inconsciente, en la psicosis de lo que se trata es de hacer simbólico lo real.

Las producciones de los psicóticos, tanto la escritura, el dibujo, como la pintura son obras muy estimables, y por ello el apoyo de las mismas tiene gran interés en el tratamiento de estos pacientes. Con esto queremos decir, que otra de nuestras funciones con los psicóticos es sostener la vertiente sublimatoria. Darles el apoyo necesario para que puedan sostener sus creaciones, sus obras, ya sean sus diarios, escritos, poesías y pinturas, ya que estas producciones tienen un efecto muy importante para su estabilización. Como el melancólico carece de Ideal del yo y de yo ideal, hemos de ayudarlo y apoyarlo para que pueda construir ideales imaginarios que suavicen sus identificaciones despreciables; hemos de trabajar para intentar aligerar el Superyó tiránico que solo busca su destrucción, ya que a mayores renunciadas, mayor es la tiranía de su Superyó.

Nuestras intervenciones apuntan también a que puedan pensar en lo que les pasa, para que ello tenga como efecto la salida de la parálisis, de la inmovilidad, y de su posición inmóvil, silenciosa, y sufriente. Nuestros señalamientos han de dirigirse a que puedan cambiar el foco de su mirada, pensamiento y palabras, para que de ese modo puedan abandonar la rumiación continua del pasado, y el pensamiento circular en torno a la indignidad y el vacío.

Ayudarles a situarse en el presente les ha permitido a algunos hacerse algunas preguntas acerca de su posición de objeto del maltrato de los otros, ya fueran éstos los padres, la pareja o los hijos. Y asimismo preguntarse acerca de su aceptación de ese maltrato, y su resignación a ser tratados como un objeto despreciable, hasta llegar a lo más enigmático, que es el maltrato que con frecuencia ejercen sobre sí mismos. En el grupo sólo algunos lo pudieron hacer, aunque todos mejoraron de su sufrimiento, de su angustia y de los malestares corporales de los que se quejaban.

Otra de las intervenciones imprescindibles es aquella que se centra en la oposición a la pulsión de muerte de estos sujetos, cuya gran intensidad la observamos en las vivencias de aquel paciente que vivía y sentía que estaba muerto y rodeado de cadáveres, o en aquella paciente que en sus delirios pensaba que había muerto y estaba en el infierno para toda la eternidad, o en aquel que intentaba chocarse mientras iba conduciendo, en una compulsión a la repetición de la muerte del padre en un accidente de tráfico.

Uno de los efectos terapéuticos de mayor importancia es la función del grupo como límite a la pulsión de muerte, y que esta función es esencial por la intensa presencia de la muerte en esta patología. El melancólico tiene ese “empuje a la muerte”, esa compulsión a abandonarlo todo, por ello puede tomar la decisión radical de apartarse de la vida y realizarla en el acto suicida.

El grupo tiene esta función de límite, tanto a la pulsión de muerte como a la hemorragia libidinal de estos sujetos. La realiza a través de los diversos mecanismos grupales

y de los movimientos transferenciales múltiples y diversos que se dan con el terapeuta, con los otros miembros y con el grupo. Éste me parece que es un argumento para tenerlo muy en cuenta a la hora de pensar la importancia de dicho instrumento en las instituciones de salud mental.

El grupo por tanto es una apuesta por las pulsiones de vida que van a limitar la intensa pulsión de muerte, debido a que es un espacio de construcción de interrelaciones a distintos niveles, un lugar donde se puede producir una red vincular entre ellos que contrarreste su doloroso aislamiento, y su tendencia a refugiarse en la psicosis, y en su mundo delirante. El grupo por tanto es una propuesta para la construcción de vínculos con otros, que les ayude a anclarse y mantenerse en contacto con la realidad, y esa fuerza grupal se contrapone al empuje de los psicóticos a huir de la realidad de cada uno.

En nuestras intervenciones, al mismo tiempo que nos posicionamos en contra de la pulsión de muerte, les apoyamos en todas aquellas decisiones que opten por la vida y en aquellas elecciones que les permitan construirse una identidad y ser sujetos de su propia historia, no un mero objeto en manos de los otros. Les apoyamos en las decisiones que les orienten hacia la vida, y también sostenemos aquellas elecciones que les faciliten cuestionar sus propias identificaciones para que puedan salir de su posición de identificación al objeto de desecho, al objeto indigno, al objeto anal, que es una posición que ha destruido sus relaciones y su vida.

El analista grupal, a través de sus intervenciones de palabra, mirada, escucha y reconocimiento, ha de apoyarles en la construcción de un Eros, y en esta tarea también es fundamental la mirada y la escucha de los compañeros. Pensamos que las miradas amorosas de los compañeros, del terapeuta, y las de él hacia sí mismo, ya avanzado el proceso, pueden permitir la construcción de un narcisismo que el sujeto no logró por la falta de la mirada amorosa de las figuras parentales. Creemos que estas miradas y palabras afectuosas pueden tener una función erógena sobre el cuerpo del paciente, y que estos grupos con encuadres prolongados pueden producir un efecto de libidinización en los cuerpos deslibidinizados de los melancólicos.

Nuestras intervenciones y las de los compañeros del grupo tratan de libidinar ese cuerpo desvitalizado por unas identificaciones desvitalizantes; ese cuerpo de la desvitalización y de la hemorragia libidinal que describiera Freud en *Duelo y Melancolía*. Por ello, una de nuestras prioridades es que puedan hacerse un cuerpo libidinizado, como una de las pacientes que en los inicios del grupo hablaba de lo fea que se había sentido toda la vida, aunque alguna de sus amigas del grupo se contrapusiera a esta opinión. Digo amigas porque algunos de ellos se iban juntos una vez terminado el grupo. Esta paciente posteriormente contaría con alegría en el grupo que salía con un grupo de amigos, que se sentía guapa y tenía la percepción de que atraía a uno de ellos. Esta percepción fue acertada porque después pudo hacer una relación de pareja y posteriormente casarse con este hombre.

A partir de nuestra experiencia con grupos en la melancolía consideramos que estos encuadres grupales prolongados pueden ayudar a la producción de esta función erógena

sobre el cuerpo y el aparato psíquico de los pacientes. Por otro lado, el discurso grupal, que es una producción del grupo que se organiza a través de los emergentes grupales a lo largo del proceso, puede modificar la disposición libidinal de estos sujetos y de esta manera propiciar un cambio en la posición que les permita orientarse de otra manera; de alguno de los miembros del grupo podemos decir que las elaboraciones realizadas de sus ideas delirantes les han permitido estabilizarse, y empezar a ser sujetos de su propia historia.

Nuestra concepción grupal, de grupo operativo, aporta el interés de la lectura de emergentes por parte del observador del equipo coordinador; en esta lectura se recogen los emergentes más significativos acontecidos a lo largo de la sesión. En estos grupos terapéuticos, como los observadores no tenían formación grupal, la lectura de emergentes se elaboraba en un tiempo distinto de la sesión grupal y se leía al inicio del siguiente encuentro. Esta variante motivada por las circunstancias institucionales, aunque tiene la limitación de no realizarse en la misma sesión grupal, si es planteada de manera cuidadosa, con una buena escucha de los emergentes iniciales en la sesión siguiente, ayuda mucho a la elaboración de los procesos que estamos considerando.

La función del observador es central, realiza la lectura en la misma sesión a la hora de iniciado el grupo, media hora antes de su finalización,. El observador tiene una posición excelente para analizar los procesos grupales e individuales debido a su mayor distancia del grupo que el terapeuta grupal, también puede observar la relación del coordinador con el grupo y con la tarea. La lectura de emergentes que realiza apunta al latente grupal e individual, y da cuenta de las elaboraciones que los integrantes del grupo van haciendo a lo largo del devenir grupal.

## **6.- Consideraciones finales, el grupo terapéutico, factor estabilizador de la psicosis, en su vertiente melancolía-manía**

Nuestra propuesta con los pacientes melancólicos es el grupo terapéutico como factor principal de estabilización, instrumento que ha mostrado su utilidad en contraposición al trato que en general se les ha dado, desde su denominación, hasta los tratamientos que se les ha infligido a los mismos. Respecto al nombre, socialmente se les ha sustraído la denominación de su padecimiento, melancolía, que nombra “el dolor de existir” en estado puro de estos pacientes, y ha sido sustituido por el de Trastorno bipolar. Así, los psiquiatras, al hacerse cargo del mandato social, han inventado otros y han desplazando el sentido, el sufrimiento que padecen y ocultado el intenso dolor moral. La psiquiatría, y la mayoría de los psiquiatras, han continuado el debate de los psiquiatras clásicos, han seguido sobrevalorando lo biológico. A pesar de las manifestaciones de la clínica de la melancolía, de los relatos y sufrimientos de los pacientes, de los suicidios, persiste la negación de las causas psíquicas hasta el punto de que son los mismos pacientes los que se identifican con este origen y lo reivindican.

Las creencias de la psiquiatría, apoyadas por los grandes intereses de las farmacéuticas investigan y apuestan por los tratamientos farmacológicos, que tienen su interés, pero son claramente insuficientes, ya que quieren medicar lo que son problemáticas

de la vida, y a su vez, con sus clasificaciones, se reafirman y velan las causas y pérdidas subjetivas que desencadenan estos procesos. Aunque se haya demostrado el beneficio de los estabilizadores del ánimo y de otros fármacos en el tratamiento de esta patología, la preponderancia de estos modelos biológicos, apoyados por los intereses de las multinacionales, oculta la realidad de lo que se trata. Propicia la confusión acerca del concepto y de la estructura melancólica, que es una estructura bien diferenciada y facilita la sobredimensión de la depresión. Se hace un diagnóstico en base a los síntomas, y aunque se den diferencias muy significativas entre las diversas depresiones, todas deben tratarse con antidepresivos en los servicios públicos. Observamos una epidemia que irá aumentando y resultará muy beneficiosa para los laboratorios y su cuenta de resultados, ya que el gasto en antidepresivos es el cuarto de los gastos farmacéuticos en nuestro país; muy enriquecedor para ellos y muy empobrecedor para los sujetos.

El grupo terapéutico psicoanalítico es la oferta de tratamiento más idónea para el padecimiento subjetivo de estos pacientes en los servicios públicos, por supuesto combinado con estabilizadores del ánimo, y en algunos momentos de la evolución con antidepresivos y neurolépticos, en las dosis mínimas posibles.

Estos grupos con encuadres prolongados han posibilitado el trabajo de elaboración conjunta y les ha permitido aminorar la frecuencia, intensidad de las crisis e incluso la estabilidad y no recaída en la psicosis o en la sintomatología melancólica, maníaca o mixta. Lo más significativo ha sido es que no han precisado ingresos hospitalarios, con la excepción de dos pacientes, de los cuales uno de ellos ya había terminado el grupo terapéutico, y se le había dado el alta después de largo tiempo de estabilidad. Era el paciente que en su delirio decía ser Napoleón; no nos pareció pertinente su nueva inclusión después del ingreso porque había cumplido 72 años.

Hemos señalado que en el grupo terapéutico, una vez superadas las resistencias iniciales, descubren la importancia de la palabra, de la escucha, del silencio, y de los afectos que van surgiendo en su interior y que se movilizan en la interrelación con los otros. El dispositivo grupal ha funcionado como un espacio de palabras en el que se animan muy despacio a expresar los afectos y sentimientos hacia las figuras significativas. Entre ellos subrayamos la intensa angustia, la culpa, la tristeza, el dolor, la cobardía, el odio, el amor, la impotencia y la rabia. Decíamos que en el tratamiento y con algunos pacientes era preciso facilitar la expresión de su necesidad de agredir al objeto, reconocer y construir estos afectos para que puedan liberarse del odio y de los sentimientos negativos hacia el objeto ya que ellos son los que le mantienen fijado al mismo.

El grupo produce la estabilización porque funciona como un lugar de contención frente a la progresiva hemorragia libidinal del melancólico, frente a su tendencia a aislarse de los otros, y al deseo de agredirse a sí mismo. Es decir, funciona como un espacio de barrera tanto para el empuje al aislamiento, y al sadismo, como a la desesperación y a los deseos de destrucción de sí mismo. Estamos muy atentos a los momentos de crisis, sobre todo, si apreciamos una intensificación en el repliegue de la libido, y más aún si valoramos que los movimientos pulsionales pueden llegar a involucrar a la vida, y ser un riesgo para la misma. No hay que olvidar que ésta es la patología psiquiátrica que más aboca al suicidio, en



esta posibilidad del pasaje al acto recordamos las palabras de Freud: “la sombra del objeto ha caído sobre el sujeto”, y las de Soler<sup>24</sup>: “la sombra de la muerte ha caído sobre el sujeto”. Los melancólicos, al no haber logrado la separación del objeto, la intentan realizar atravesando su propia imagen, y en este acto impulsivo para alcanzar el objeto lo que logran es su propia muerte.

El espacio grupal es un lugar de estabilización de la psicosis porque les ofrece un lugar de pertenencia, apoyo y reconocimiento que se contraponen a las fuerzas que se dan en el melancólico de rechazo del inconsciente, de los afectos, de la severidad del Superyó y de las actitudes masoquistas. La constancia en el tiempo a través del encuadre ha permitido disminuir la ambivalencia en las relaciones, y por tanto, los sentimientos de culpa y la necesidad de castigo. La aceptación del terapeuta y de los otros facilita compartir los sentimientos negativos y disminuir la crítica interna y los sentimientos de culpa. Al ofrecer la posibilidad de contrastar la autoexigencia y autocrítica con las exigencias del grupo real se disminuye la severidad del Superyó y se atenúa el conflicto entre el yo y el Superyó, lo que tiene como efecto el aumento de la autoestima.

El analista grupal en estos grupos para conseguir la estabilidad ha de facilitar y potenciar la escucha, ha de promover la reflexión conjunta entre los integrantes, y posibilitar los cambios en las relaciones para que puedan salir de la absoluta desconfianza por las decepciones sufridas, al deseo de confiar y querer ser ayudados por el otro. El terapeuta grupal en sus intervenciones ha de puntuar la gran autoexigencia hacia sí mismos y hacia los otros, y al mismo tiempo apoyar aquellas intervenciones de menor exigencia y mayor tolerancia.

El trabajo conjunto del equipo coordinador y de los integrantes va organizando la tarea terapéutica, que irá alcanzando tintes significativos y singulares para ese grupo. Es un proceso de largo recorrido, y en el mismo se evidencian diferencias significativas entre ellos, en función de otras variables como la personalidad, la demanda realizada por cada uno, y su deseo de elaboración y cambio. Para algunos es un cambio de actitud y posición que les permite salir del estancamiento en el pasado, y de esta manera tener la experiencia de vivir en el presente y plantearse un futuro, que no sea pleno de fracasos, ruinas y desencuentros con los otros.

Decíamos que en la psicosis se pone en funcionamiento mecanismos defensivos para huir de una realidad que rechazan y que al final repudian, pero la experiencia grupal les estabiliza porque la situación se les hace menos dolorosa al ser compartida con otros. También porque en el grupo disminuyen sus mecanismos defensivos al logran la aminoración del juicio superyoico, lo que les permite afrontar las dificultades de manera más flexible. Y, por otro lado, les anima a iniciar experiencias y relaciones nuevas, y, al observar a los otros, a aprender estrategias distintas para resolver de manera diferente las conductas repetitivas que han tenido frente a las decepciones sufridas a lo largo de su vida cotidiana.

---

<sup>24</sup> Soler, C., Estudios sobre las psicosis, Buenos Aires, Manantial, 1989.

El grupo también es un lugar de estabilización de su proceso por los juegos que posibilita de identificaciones-desidentificaciones. Decíamos que si el grupo funciona en las primeras etapas grupales como un espacio de identificaciones, posteriormente el objetivo del devenir grupal ha de ser generar un espacio de diferencia con los otros. Es decir, el grupo como lugar de conocimiento de uno mismo y de diferencia con los otros, un espacio de producción de dinámicas en las que son fundamentales los movimientos de identificación y desidentificación, ya que ellos van a permitir la percepción de la identidad y de la diferencia. En los melancólicos estos procesos son muy importantes ya que, como señalamos, no pudieron construirse una identidad que les sostuviera. Y esa identidad tan precaria es lo que les abocaba a buscar un ser en el delirio, los pacientes antes de incorporarse al grupo estaban a la búsqueda de esa identidad que les permitiera seguir transitando por una vida que les resultaba tan compleja y sufriente.

El cuestionamiento de la certeza del delirio y la manifestación de sus diferencias y diversas formas de ver el mundo lo pueden hacer ya avanzado el proceso grupal. Pero en estos momentos o etapas grupales estas diferencias son menos peligrosas tanto para sí mismos como para los otros, ya que se pueden mostrar sin sentirse perseguidos, sin tener que desrealizarse o despersonalizarse, y sin tener que inventarse una identidad en el delirio. El grupo psicoanalítico en los pacientes que presentan variaciones de los síntomas entre la melancolía y la manía es magnífico para conseguir su estabilización y evitar el sufrimiento, como constatamos en las menores recaídas y raros ingresos hospitalarios.

Concluimos subrayando la necesidad de asumir nuestra responsabilidad en el tratamiento de las psicosis en las instituciones de salud mental, que afirmamos que está más allá de los tratamientos psicofarmacológicos. En esta patología es también responsabilidad nuestra la inclusión en la cartera de servicios de estos tratamientos psicoterapéuticos grupales que tantos beneficios han ofrecido a estos sujetos.

Por otro lado, animamos también a la investigación en este tipo de tratamientos, ya que las psicoterapias individuales y grupales han demostrado su efectividad y no tienen los efectos secundarios que producen los fármacos, ni generan el enorme coste sanitario de los neurolépticos y de los antidepresivos, que son de los más altos según los datos facilitados por la OMS.

Finalizamos con una breve síntesis, en la que resaltamos la idea fuerza de este trabajo, “el grupo terapéutico es un dispositivo de estabilización de la enfermedad, un espacio de palabra y afectos, un espacio de simbolización, que les posibilita construirse una identidad, diferente a la del delirio, que es la única alternativa de reconstrucción de su ser, si permanecen en el aislamiento”.

Y recordamos las palabras de Badiou cuando dice que el mundo actual no es un mundo de sujetos, sino sólo de objetos; es un mundo cuyo precio es la división y escisión, en el que el hombre está encerrado entre muros y murallas para segregarse y encerrar a los más desfavorecidos. Y hacemos nuestras sus palabras cuando añade: “si en el hombre no se da la unidad por la palabra, el resultado es la división, el conflicto y la persecución”, que es el sufrimiento que observamos en nuestros pacientes abocados a la melancolía por no poder

vivir en el mundo en que vivimos. Por tanto, en un mundo lleno de diferencias hemos de estar preparados para saber sostenerles y apoyarles en sus intentos de creación y en la construcción de su propia identidad.

17 de enero de 2016

## BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ, J.M.; EIRAS, J.R, Sobre la transmutación de la melancolía en depresión y algunas de sus consecuencias en *Depresiones y Psicoanálisis*, Buenos Aires, Grama Ediciones, 2006.
- ALEMÁN, J., *El porvenir del inconsciente*, Buenos Aires, Ed. Grama, 2006.
- ÁLVAREZ J.M., *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, Ed. Gredos, 2008.
- ÁLVAREZ, E; PÉREZ, J.; PÉREZ, V., *Clínica del litio, Teoría y Práctica*, Barcelona, Publicaciones Permanyer, 1999.
- ÁLVAREZ, J.M., DE LA PEÑA ESBRI, "Sombras y luces de la melancolía", *Rev. AEN*, 2006, vol XXVI, nº 98:319-324.
- AVERBACH, M., ¿Quién dirige la cura en las psicosis?, *Rev. Acherotna*, 1998, nº 8, pp 50.
- Becoña, E., Lorenzo, C. , "Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar", *Rev. Psicothema*, 2001, vol. 13, nº 3: 511-522.
- BLEICHMAR, H.B., *La depresión: un estudio psicoanalítico*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1988.
- BURTON, R., *Anatomía de la melancolía, AEN, historia*, Madrid, 1997
- CHIRIACO, S., "Vertigo, une boucle melancolique", en *Varietés de l'humeur*, pp: 9-18,.sous la direction de Jacques-Alain Miller. Ed. Navarin, 2008,.
- COLINA, F., "Con Burton: tristeza voluntaria e involuntaria". *Rev. AEN*, 1995, 56:111-122.
- COLINA, F., *Melancolía y paranoia*, Madrid, Ed. Síntesis 2011.
- DUJARIER, L., "Aportaciones del psicoanalismo a la comprensión y al tratamiento de los maníacodepresivos", *Confrontaciones Psiquiátricas*, 1978, 14 (I): 61-85.
- EBTINGER, R., "El diálogo Abraham-Freud sobre la melancolía", *Confrontaciones psiquiátricas*, 1978, 14 (II): 35-76.
- FERRER, N., "La gula del superotro", *Rev. Apertura, estudio, investigación y transmisión del Psicoanálisis*, <http://www.aperturapsicoanalisis.com/Articulos/La-gula-del-superotro-por-Norberto-Ferrer.htm>.
- FREUD, S., 1915, *Duelo y melancolía*, en *Obras Completas*, tomo VI, Madrid, Ed. Amorrortu, 1972.
- FREUD, S., 1922/3, *Una neurosis demoníaca en el siglo XVII*, obras Completas, Tomo VII, Madrid, Biblioteca Nueva, 1974)
- FREUD, S.,1932, *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, *Obras Completas.*, Buenos Aires, Amorrortu ed., vol. XXII,1993.

GARCÍA, G.; VASCHETTO, E., “Depresiones en psicoanálisis: clínica, política y ética” en Vaschetto, E., *Depresiones y Psicoanálisis*, Ed. Grama, 2006.

GÓMEZ ESTEBAN, R., “Trastorno bipolar/ Psicosis maníaco-depresiva o psicosis melancólica bipolar, tratamiento con psicoterapia grupal psicoanalítica combinada con psicofármacos” en GÓMEZ ESTEBAN R., RIVAS PADILLA E., coordinadores de *La integración del psicoanálisis en la sociedad de nuestro tiempo*”, Madrid, AEN.

GOYA, A., El espectro de la muerte sobre el sujeto, *Rev. Virtualia*, 2006: 2-3

GRINBERG, L., *Culpa y Depresión*, estudio psicoanalítico, Alianza Editorial, 1983.

HUERTAS, R., “Nosografía y antinosografía en la Psiquiatría del siglo XIX: en torno a la psicosis única”, *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1999, vol. XIX, n.º 69, pp. 63-76.

KLERMAN, G-L.; “Problemas prácticos en el tratamiento de la depresión y de la manía” en PAYKEL, E.S., *Psicopatología de los Trastornos Afectivos*, Madrid, Ed. Pirámide, 1982.

LACAN, J., *Las Psicosis*, De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis, Barcelona, Paidós, 1985.

LINARES ZARAGOZA, C., “Evolución histórica del concepto de trastorno afectivo bipolar”

MIRA, V., “Etiología de la depresión versus causa del sujeto”, *Rev. AEN*, 1995, 52:69-73.

PAYKEL, E. S., “Psychotherapy, medication combinations and compliance, *J. Clin. Psychiatry*, 1995, 56 (suppl.): 24-30.

PEREÑA, F., “¿Depresión o melancolía?”, *Rev. AEN*, 1995, 52:73-77.

PEREÑA, F., *El melancólico y el creyente*, Valencia, Ed. Síntesis, 2012.

RIVAS, E., *Pensar la psicosis*, Madrid, Miguel Gómez ediciones, 2005.

ROUDINESCO, E., PLON, M., *Diccionario de psicoanálisis*, Buenos Aires, Ed. Paidós, 1998.

SAUVAGNAT F.; SAUVAGNAT, R., *El tratamiento psicoanalítico de la psicosis maníaco-depresiva a la luz de los conocimientos actuales*, *Depresiones y Psicoanálisis*, Buenos Aires, Grama Ediciones, 2006.

SEGLAS, J., “De la melancolía sin delirio”, *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2006, vol. XXVI, n.º 98, pp. 325-33.

SOLER, C., *Estudios sobre la psicosis*, Buenos Aires, Manantial, 1991.

STEIN, A., “Terapia grupal”, en PAYKEL, E.S., *Psicopatología de los Trastornos Afectivos*, Madrid, Ed. Pirámide, 1982.

STEPHEN STAHL, M, *Psicofarmacología esencial de la depresión y del trastorno bipolar*”, Madrid, Ed. Panamericana, 2001.

TELLENBACH, H, Madrid, Ed. Morata, 1994.