



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 22 – Invierno 2018

“LA CLINICA GRUPAL”, la clínica de los grupos terapéuticos¹

Rosa Gómez Esteban²

Índice

I.- Parte: Diagnóstico, síntoma, conflicto. Aportaciones de la teoría psicoanalítica

- 1.- La crisis de los sistemas diagnósticos. El análisis de la demanda del paciente.
- 2.- Los psicofármacos vs investigar la función del síntoma.
- 3.- El “conflicto” subyacente en el síntoma.
- 4.- Aportaciones de la teoría psicoanalítica a la comprensión del sujeto y de los grupos (“la psicología individual es psicología social”, Freud).

II.- Parte: Teorías grupales, Grupo Operativo, reflexión de un caso.

- 1.- La Clínica Grupal, algunos conceptos y experiencia personal.
- 2.- Las teorías grupales. La teoría operativa de grupo (la psicopatología individual es familiar, grupal y social; Pichon-Rivière).
- 3.- Reflexión de la historia de Laura desde la Clínica Grupal.
- 4.- Los significantes/emergentes de Laura en el proceso del grupo terapéutico.

¹ En este trabajo citaré varios artículos de los que soy autora para mostrar la Clínica Grupal, la ejemplifico con dos aportaciones, la presentación de varias experiencias con grupos psicoterapéuticos en diferentes patologías, y la investigación de algunos conceptos grupales fundamentales en nuestra Clínica Grupal. Por otro lado, para un mayor conocimiento de la Clínica Grupal aconsejo la lectura de numerosos artículos acerca de esta temática que ofrece la Revista de **Área 3**, órgano de la Asociación **Área 3**.

² Rosa Gómez Esteban es psiquiatra, Presidenta de la Sección de Psicoterapia de Grupo, Asociación Española de Neuropsiquiatría (A.E.N.). Docente de la Escuela de **Área 3**, y didacta y supervisora de F.E.A.P.

III.- Parte: El equipo terapéutico y los grupos de reflexión institucional.

- 1.- Análisis del proceso terapéutico grupal.
- 2.- La función del equipo terapéutico.
- 3.- Los criterios de evaluación del proceso grupal.
- 4.- La relación clínica. El Equipo institucional, los grupos de reflexión y la formación.
- 5.- Otras referencias bibliográficas.

I.- Parte: Diagnóstico, síntoma, conflicto. Aportaciones de la teoría psicoanalítica

1.- La crisis de los sistemas diagnósticos. El análisis de la demanda del paciente

Un documento reciente del Área de Psicología Clínica de la Sociedad Británica señala que los sistemas de atención a la salud mental atraviesan una crisis profunda, y uno de los elementos claves se debe a los sistemas diagnósticos. Afirman que la comunidad profesional no sólo ha fracasado sino que cada vez se documenta más el daño que la aplicación de estos sistemas puede provocar¹. La preponderancia del paradigma biológico en los trastornos mentales, muestra cada vez más sus riesgos. ¿Qué intereses se ocultan con estas creencias cuando han demostrado las estadísticas de casos de enfermedad mental, que éstas se reducen de manera notable en las épocas de guerra? ¿No nos muestra este hecho la evidente psicogénesis de los mismos?

Las clasificaciones diagnósticas actuales (D.S.M., clasificación de los Trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría) dieron un giro radical a las concepciones previas más psicodinámicas. Las actuales responden básicamente a concepciones biologicistas que han fragmentado la complejidad del proceso del enfermar del sujeto. Es un listado de síntomas que ha ido crecido a lo largo de los años, como se puede observar en el último D.S.M. Se han construido con numerosos listados de síntomas que no están en función del sujeto, sino que sirven al interés de la propia clasificación y de los tratamientos farmacológicos; con los efectos perjudiciales que provocan al ser predominantes en el proceso de formación de los nuevos profesionales psiquiatras. Son definiciones que se alejan de la posición médica tradicional, no se agrupan en función de la etiología, patogenia, curso y tratamiento; se definen con criterios de exclusión, duración mínima e intensidad de los síntomas, con un número mínimo de los mismos y un límite de edad.

El DSM niega la existencia de “estructuras” que sustituye por síndromes y síntomas, son listados de síntomas que tiene como efecto perder la unidad estructural que da sentido

y coherencia a los diferentes cuadros, como se observa en la ausencia de diagnósticos significativos, como la histeria, que en esta clasificación desaparece². Estas clasificaciones, con sus diversas combinaciones de síntomas, han generado innumerables diagnósticos y la fantasía de que a un diagnóstico le corresponde un tratamiento farmacológico específico. El efecto de estas creencias ha sido el aumento exponencial en el consumo de psicofármacos, que supone un elevadísimo coste económico para toda la población, sin clara evidencia en muchos casos. Impidiendo que este presupuesto se destine a recursos psicoterapéuticos, como la psicoterapia de grupo que ha mostrado su efectividad.

Estas clasificaciones no investigan las “causas”, ni abordan la comprensión de los fenómenos psicopatológicos, ni delimitan los diferentes diagnósticos, y se basan en el supuesto epistemológico de que sólo lo científico es lo cuantificable; es una clasificación que crea la fantasía de que puede pensarse al hombre fuera de su contexto familiar y social. Un ejemplo de nefastas consecuencias ha sido la confusión en el diagnóstico de los cuadros depresivo, y la indicación de antidepresivos de por vida, lo que ha llevado a un altísimo consumo de antidepresivos tanto en patologías leves como moderadas sin haber tenido evidencia de su eficacia frente a la psicoterapia.

En el momento actual desde lo social e institucional se siguen impulsando teorías que medicalizan el conflicto y no escuchan el padecimiento subjetivo. El diagnóstico de “depresión” vuelve a ser un buen ejemplo, en la actualidad es un cajón de sastre que incluye de manera indiscriminada cuadros que son muy diferentes, unos dentro de las neurosis y otros incluidos en la psicosis. Y, por otro lado, a pesar de representar un grave problema de salud pública por su alta incidencia, siguen sin ser tratados con el instrumento adecuado que es la psicoterapia, sola o combinada con fármacos en el caso de las depresiones más graves. Estas clasificaciones siguen actualmente vigentes porque sirven a los intereses de la industria farmacéutica, que promueve la idea de una multiplicidad de diagnósticos con un tratamiento farmacológico eficaz para cada trastorno. La tozuda realidad ha mostrado que no hay tal diversidad de fármacos, que en la mayoría de estas patologías no deben realizarse tratamientos a largo plazo, y la investigación ha evidenciado los peores resultados de los fármacos en relación a la psicoterapia. Y, con respecto a los neurolépticos de nueva generación, sus costes en los últimos años han aumentado de una manera espectacular sin evidencia de mejores resultados que el tratamiento de psicoterapia combinado con dosis mínimas de antipsicóticos.

El uso abusivo de diagnósticos y tratamientos ha generado mayor confusión al no tener en cuenta la estructura psíquica, la psicopatología, y la unidad del sujeto biopsicosocial. La plétora de diagnósticos psiquiátricos, y en algunos casos también de psicología y enfermería han velado la relación del sufrimiento del sujeto y las relaciones interpersonales. Consideramos que se debe salir de estos sistemas diagnósticos, que

inducen a confusión e inhibición a los jóvenes profesionales, y reflexionar acerca del diagnóstico en el campo de la salud/enfermedad mental.

Estas clasificaciones velan el conflicto del sujeto, por eso hemos de interrogarnos acerca del lugar, la función, y los criterios imprescindibles para emitir un diagnóstico, sabiendo que es un acto de gran complejidad por el objeto específico con el que se trabaja. Los jóvenes profesionales precisan conocer el diagnóstico diferencial entre neurosis y las psicosis y saber que lo central es observar el discurso del paciente, que incluye su verdad, su pensamiento, afecto y acción. Sabemos que el diagnóstico funciona también como un mecanismo defensivo frente a lo desconocido de la enfermedad, y que puede disminuir la angustia frente a la problemática del enfermo, pero hemos de tener en cuenta también los efectos que dicho diagnóstico puede tener sobre el sujeto.

Para realizar el diagnóstico de los grandes cuadros psicopatológicos es preciso conocer los mecanismos defensivos del sujeto que permiten esta diferenciación entre neurosis y psicosis: la represión, denegación o forclusión; la represión en las neurosis y la forclusión en las psicosis, y la denegación en los cuadros intermedios. El diagnóstico diferencial es difícil, pero relevante para el tratamiento en algunos casos, por ejemplo, entre la neurosis obsesiva y la melancolía, por ello debemos ser prudentes ya que ambos requieren un abordaje psicoterapéutico y psicofarmacológico muy diferentes.

Compartimos el pensamiento de Álvarez³ cuando plantea que en la psicología patológica (psicopatología) se ha de partir de la observación y el análisis de las manifestaciones clínicas y después deducir el funcionamiento psíquico, ya que la construcción de una estructura clínica es una labor compleja y minuciosa. Como dice el autor, en la psicopatología psicoanalítica a diferencia de la descriptiva, se incluyen las relaciones concretas que el sujeto tiene con el deseo, la demanda, el objeto, el fantasma, el amor, el goce, los semejantes, el Otro, y la modalidad de transferencia.

En nuestro trabajo con grupos terapéuticos⁴, nos posicionamos en una Clínica Grupal basada en la teoría psicoanalítica y en la teoría grupal pichoniana. Investigamos los diferentes niveles de implicación del sujeto, la estructura psíquica, los mecanismos defensivos y modos de vinculación, y aquellas circunstancias referentes a lo grupal familiar, laboral, y a otros vínculos sociales. Entre éstas, las relaciones laborales, que ocupan un lugar relevante porque es a través de ellas como el sujeto adquiere su función social.

El diagnóstico, desde la Clínica Grupal, lo pensamos como un instrumento que permite realizar una mejor intervención; es un medio, no un fin en si mismo como en las clasificaciones actuales. El vínculo con el paciente, el cuidado y el buen trato ocupan un lugar central, ya que de lo que se trata es de escuchar la angustia y el sufrimiento de las personas

que nos demandan. Por eso, desde los primeros momentos nos posicionamos como depositarios de los afectos que les perturba, les sostenemos hasta que puedan hacerse cargo de los mismos e inicien el camino de su elaboración. En nuestro campo, el diagnóstico es más complejo que en otras especialidades médicas, ya que a la complejidad se une la diversidad de planteamientos teóricos, técnicos, ideológicos e intereses de los profesionales. Y esta pluralidad en la proposición de modelos que valorizan unos u otros factores, llevan con frecuencia a una confrontación entre los mismos.

Las evaluaciones diagnósticas nos permiten conocer las sobredeterminaciones en la causación del proceso y elegir o combinar mejor las diferentes intervenciones terapéuticas que podemos utilizar en función de los recursos institucionales (tratamiento psicofarmacológico, psicoterapia individual, de pareja, de grupo familiar, psicoterapia de grupo, terapia institucional, comunitaria, etc.).

El "análisis de la demanda" es uno de los objetivos prioritarios en las primeras entrevistas con el paciente. Se ha de realizar antes de proponer la intervención, ya que con relativa frecuencia se da el caso paradójico de ofrecer un tratamiento cuando el paciente no ha demandado tratarse. Nos referimos a que el paciente puede haber pedido cita a un profesional, pero que en lo latente siga queriendo "ser un enfermo" por diversas motivaciones: obtener afecto, medicación, baja laboral, hospitalización, pensión de invalidez, o no asunción de responsabilidades.

El análisis de la demanda es imprescindible para conocer las resistencias a ser tratado y no plantear estrategias que lleven a resultados infructuosos. Las resistencias a mejorar son mayores si se añaden problemas económicos o laborales, por ello es necesario trabajar sobre ellas; el trabajo grupal en estos casos tiene buenos resultados. Este trabajo es preciso porque sólo podremos ayudar al paciente si éste lo pide, ya que sabemos que lo que "cura" no es el deseo del profesional de curar, sino el deseo del paciente de curarse⁵.

La demanda del paciente tiene una determinación intrapsíquica, pero lo social también es muy significativo, como observamos en el frecuente pedido de medicación, los pacientes tienen la creencia de que si no reciben fármacos o se les realiza cambios de medicaciones no puede darse la mejoría. Esta creencia tiene relación con la representación social acerca de la enfermedad y del tratamiento, es decir, con la oferta que tradicionalmente se ha hecho desde los servicios sanitarios. Los pacientes piden medicación porque es lo que se les ha ofrecido durante años en base a la concepción biologicista del proceso de salud y enfermedad mental.

El paciente acude a los servicios de salud mental porque experimenta angustia o un malestar que no sabe definir, no sabe lo que le sucede, y necesita al profesional para que

pueda pensar sobre sus causas. Posicionarnos en la escucha de su angustia es muy importante, porque “es el afecto que no engaña”, como dijera Lacan. El paciente aunque no sabe lo que le ocurre, si la reconoce como señal de que algo va mal, y que algo de su verdad está en juego como sujeto.

Precisamos ayudarlo a pensar lo que le afecta, en algunos casos será una crisis en la relación de pareja, un problema con un hijo, el problema con un jefe o un compañero en el trabajo.... Pensar y reflexionar sobre las causas de su sufrimiento es importante porque sólo el conocimiento de las mismas le va a permitir abordarlas y elaborarlas posibilitando que se resuelva la crisis y se transforme esa relación sufriente en un vínculo más saludable. Debemos alentar al sujeto a que pueda interrogarse sobre su vida, en estos difíciles momentos de su existencia en los que está más receptivo, y, sobre todo, a que pueda reflexionar acerca de sus relaciones con los otros y encuentre soluciones más pertinentes para su problemática.

La evaluación y diagnóstico inicial, cuando hay largas listas de espera, se puede realizar si hay apoyo de la institución en los “grupos de evaluación diagnóstica”, donde se pueden valorar los diagnósticos como hipótesis de trabajo que permiten la mejor intervención como terapeutas. El pronóstico siempre va a depender de las características del paciente y de la enfermedad, pero también de la oferta de tratamientos que ofrezca la institución. Es preciso priorizar los tratamientos psicoterapéuticos grupales como tratamiento de elección en los trastornos leves y moderados para evitar la oferta abusiva de psicofármacos que se da en el momento actual.

Nuestro objetivo, desde el paradigma de la Clínica Grupal, es trabajar para que las instituciones de salud mental tengan una función psicoterapéutica significativa y para que la psicoterapia de grupo sea el instrumento privilegiado para todos los profesionales. Precisamos construir instituciones de salud mental que transmitan a los pacientes la importancia de la psicoterapia, de la palabra, para que puedan generar en el futuro una demanda de tratamiento psicoterapéutico para los problemas que les aquejan. Sólo cambiando nuestras instituciones podrán abandonar sus creencias de que sus síntomas se deben a la falta de neurotransmisores en su cerebro.

2.- Los psicofármacos vs investigar la función del síntoma

El término enfermedad mental se asocia a la idea de un origen orgánico y a la expresión de una psicopatología individual que no tiene en cuenta ni lo intrapsíquico, ni las relaciones intersubjetivas, y que niega los conflictos y acontecimientos angustiosos que surgen en la vida cotidiana de los sujetos y les hace enfermar. Este término que vela la

realidad del enfermar corresponde al paradigma biomédico que es transmitido desde lo social por las instituciones sanitarias a los pacientes y a la población en su conjunto. Por un lado, la organización social causa la precariedad, la fragilización del sujeto y de sus vínculos sociales y grupales, entre ellos los familiares y laborales y, por otro, promueve la biologización y medicalización de los problemas de la vida cotidiana de los sujetos.

La Clínica Grupal que proponemos cuestiona las concepciones vigentes acerca de los procesos de salud y enfermedad mental porque forcluyen la consistencia de las causas psicosociales y potencian el paradigma biológico de la enfermedad mental, a pesar de las pruebas en contra y de los efectos dañinos sobre la salud de los sujetos. Por ello, a pesar de los desarrollos teórico-técnicos en nuestro campo, la literatura denominada científica sigue apoyando únicamente aquellas teorías psicológicas y psiquiátricas que no se plantean escuchar la angustia de los pacientes ni su demanda.

Esta posición es la misma que defienden los gobiernos en sus instituciones, como la del Ministerio de Sanidad en nuestro país que propone el borrador de un Plan frente a las pseudoterapias, en la que pone en cuestión el quehacer de las teorías y prácticas de la mayor parte de sus profesionales psiquiatras y psicólogos, y las actividades de formación continuada en psicoterapias.

He tenido la oportunidad de participar, como presidenta de la Sección de Psicoterapia de Grupo, en el Documento de alegaciones de la Asociación Española de Neuropsiquiatría en contra de las propuestas de este futuro plan. Estas posiciones denominadas “científicas” ocultan la medicalización que realizan de los conflictos psicológicos y sociales, lo que lleva a cotas cada vez más altas en las psicopatologías de la población y a un uso generalizado de los tratamientos biológicos.

Esta ideología, que se propone como ciencia, tiene como efecto que se sobrevalore la formación biológica de los profesionales, y que se transmitan creencias a la población de que todo es cuestión de neurotransmisores por lo que deben solicitar psicofármacos para resolver su malestar. Es un círculo vicioso del que es muy difícil salir, ya que aboca a un consumo que sigue la ley que rige el mercado, la oferta y la demanda, y lleva a un abuso de psicofármacos que agravan las problemáticas de los sujetos, además de perjudicar la economía colectiva.

Pensar que la depresión se debe a los niveles de serotonina, que es cuestión de neurotransmisores cerebrales, oculta los pingües beneficios de la industria farmacéutica y obstaculiza e impide el camino de la elaboración y recuperación de las crisis de los sujetos. Los datos generales muestran que la prevalencia de la depresión aumenta, y que los cuadros

depresivos se cronifican, y que en los C.S.M. sea habitual que se acalle la angustia del sujeto con psicofármacos.

Aunque muchos profesionales sigan reivindicando la psicoterapia como el mejor método de tratamiento en las problemáticas de salud mental, estamos en un momento histórico-social en el que se sobreestiman los resultados de las medicaciones en detrimento de las psicoterapias, con intentos continuos de arrinconarlas como se evidencia en el momento actual. A pesar de que las psicoterapias son ampliamente utilizadas por los profesionales en sus intervenciones y han mostrado su eficacia y mejores resultados a largo plazo en la mayoría de los trastornos psicopatológicos.

Nosotros desde nuestra experiencia en Clínica Grupal hemos evidenciado que las psicoterapias de grupo, de pareja, de familia e interfamiliares producen los cambios subjetivos necesarios que permiten la mejoría de los síntomas psicopatológicos o su desaparición. Y hemos cuestionado las posiciones dilemáticas que se han planteado durante largos años respecto al uso de psicoterapia vs psicofármacos. Creemos que ha sido una posición que ha tenido efectos muy negativos para algunos pacientes, sobre todo, cuando era difícil el diagnóstico diferencial, como en algunas depresiones melancólicas, en las que es evidente la importancia del tratamiento farmacológico.

Lo importante es tener claro que cada intervención tiene sus indicaciones y que el uso combinado de ambas es muy frecuente en los casos más graves y moderados. Pero queda un amplio abanico de trastornos menos graves o más leves, que no quiere decir que no sean muy importantes para el sujeto y en los que la psicoterapia de grupo ha de ser la elección; sobre todo, para evitar los problemas de cronificación y transmisión a las siguientes generaciones.

La medicación es muy eficaz en muchas crisis subjetivas, y es de elección si el paciente rechaza la psicoterapia. En Clínica Grupal, en los grupos terapéuticos que hemos realizado con patología esquizofrénica, melancólica, trastornos de personalidad, y en algunos cuadros neuróticos ha formado parte del encuadre desde la primera sesión grupal. En el encuadre se explicita que de la medicación se puede hablar a lo largo de la sesión, pero que tiene un tiempo específico y se abordará por el equipo en los últimos 5/10 minutos del grupo. En ese momento grupal, los pacientes muestran sus preocupaciones y dudas respecto a la medicación y los terapeutas observan los cambios en su modo de abordarla a lo largo del proceso; desde una actitud más dependiente, pasiva, y mágica, a un hacerse cargo y tomar conciencia de su importancia, pero también de los límites de la misma.

En nuestro país, las psicoterapias grupales después de años en regresión, se encuentran en un momento de ligero ascenso en los servicios públicos, muestra de ello son

las Jornadas sobre psicoterapia de grupo organizadas por la AEN y también por algunas comunidades autónomas. La psicoterapia de grupo se están empezando reconocer en los Planes de Salud Mental de algunas Comunidades, como el de Navarra (2019-2023); que en su estrategia propone a la psicoterapia de grupo como tratamiento prioritario en las patologías leves y moderadas afirmando que es la modalidad de intervención que ofrece mejores resultados en el momento actual.

Esta propuesta nos produjo gran alegría porque era reconocer que la psicoterapia grupal, por su propia especificidad, tiene muy buenos resultados terapéuticos y con una relación coste/beneficio muy ventajosa respecto a otras psicoterapias. Pero, la decepción fue grande cuando observamos que los programas de psicoterapia grupal no se ofrecían en todos los dispositivos de la Red de Salud Mental, sino que se pretendían realizar desde una unidad especializada y dentro del recinto del antiguo hospital psiquiátrico.

Nos preocupa mucho que se siga acallando el síntoma y la angustia con psicofármacos, porque estas decisiones tienen sus consecuencias y efectos a corto y medio plazo en los sujetos y en las generaciones posteriores. Los profesionales que trabajan en el campo del grupo familiar nos han enseñado que la psicopatología, con sus manifestaciones en lo corporal o en lo psíquico, si no se resuelve se transmite a las generaciones posteriores. Pero no por los genes como plantean las investigaciones al uso, sino porque todo aquello que no se ha significado, que no ha sido elaborado por los sujetos, persiste e insiste a lo largo de su historia y en sus relaciones.

Podríamos decir que la realidad psíquica se transmite, y que la falta de elaboración individual, pero también la familiar y social, genera efectos importantes sobre la salud mental o corporal tanto en uno mismo como en los descendientes. Estos estudios se han desarrollado con mayor profundidad en las Asociaciones de pareja y familia, y también investigado en la patología psicótica y grave.

Frente al diagnóstico de las clasificaciones actuales, la Clínica Grupal plantea un diagnóstico atento a no medicalizar el conflicto, ni a desplazarlo a otro lugar que no sea la vida cotidiana del paciente. Es un diagnóstico que incluye los factores interrelacionados del campo biológico, psicológico y social, que se basa en la clínica, y que está en la función de los síntomas y demanda del paciente. La intervención del terapeuta en el proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento ha de ser facilitada por el funcionamiento institucional, ya que sabemos que el pronóstico del paciente está en función de la interrelación de tres elementos que representamos en una estructura triangular, y cuyos polos son: la enfermedad (diagnóstico), el paciente (demanda) y el terapeuta (intervención), estructura enmarcada a su vez por un cuarto elemento que es la institución.

En contraposición a las actitudes que se promueven desde lo social e institucional, nosotros tratamos de que se visualice la negación de los conflictos, los deseos contradictorios, la ambivalencia afectiva, las problemáticas en las relaciones interpersonales o sociales, las carencias subjetivas, las fallas simbólicas, ya que son los elementos que están en el origen de las crisis subjetivas. Nuestra función es ayudar a develar el síntoma, y por eso en los grupos terapéuticos nos ubicamos en la posición de escucha y lectura. Hacemos una atenta escucha de los síntomas, sueños y lapsus, que son las formaciones del inconsciente en el discurso del paciente, que también pueden ser manifestaciones de lo latente grupal y de las transferencias, tanto hacia el equipo terapéutico, al grupo, y las que se dan entre ellos, además de las transversales. En el grupo tratamos de observar estas formaciones y las múltiples transferencias que se van desplegando en las diversas escenas grupales a lo largo del proceso terapéutico.

Investigamos la demanda y la función que el síntoma tiene para el sujeto, procuramos conocer la gestión que éste hace del síntoma, y el papel que tiene en su economía subjetiva, en su goce particular; por ello es tan difícil que los síntomas se abandonen voluntariamente. El síntoma es promesa de significación y expresión de la diferencia, de la falta, y de la pregunta por el deseo, es lo más propio de los sujetos que atendemos, una expresión de su verdad que no puede ser formulada en palabras, que nos hace visible su malestar y el goce displaciente que les hace sufrir.

Nos basamos en la significación del síntoma psicoanalítico, pero lo ampliamos a las significaciones del mismo en los grupos en los cuales el sujeto está inserto. En el tratamiento del síntoma seguimos la teoría freudiana en contraposición a los profesionales que buscan su aniquilación basándose en lo biológico como criterio de verdad. Tratamos de observar las dos vertientes del síntoma que señalaran Freud y Lacan, el que sigue las leyes del lenguaje (que se refiere a la representación reprimida, un sentido que hay que develar), y la versión del síntoma que tiene que ver con el goce (la satisfacción pulsional sustitutiva) y que es más difícil de abandonar por el sujeto.

Escuchamos y realizamos la lectura de sus síntomas en el marco del discurso de cada uno, del mismo modo que lo hacemos con los síntomas y el “discurso del grupo”⁶. Sostenemos a los integrantes del grupo para que puedan identificar, reconocer y elaborar lo que les sucede, y para que puedan plantearse las preguntas necesarias en ese momento de su vida. Es decir, para que puedan encontrar las respuestas más pertinentes para resolver el conflicto o los conflictos que han generado los síntomas.

3.- El “conflicto” subyacente en el síntoma

El paradigma psicoanalítico supuso un cambio radical, Freud en los inicios del siglo XX refuta las hipótesis biológicas y responde con su teoría al enigma de la Psiquiatría en lo que hace referencia a las causas de la “enfermedad mental”. Plantea la hipótesis de que es el conflicto interno lo que enferma a los sujetos, que es un conflicto “entre” las instancias que conforman el aparato psíquico (Ello/Yo/Superyo), o entre una de ellas y el mundo exterior. Un conflicto que, a su vez, es expresión de la oposición entre el deseo del sujeto, y la defensa que se opone al mismo. La Clínica Grupal Operativa recoge estas aportaciones porque es la teoría que mejor permite la comprensión del sujeto y de sus síntomas, además de proporcionar muchos elementos teóricos para entender lo grupal y posibilitar los tratamientos en psicoterapia grupal.

La teoría psicoanalítica permite pensar el desarrollo “normal” de la vida del sujeto, en la que se atraviesan etapas en las que se es especialmente vulnerable porque son momentos de cambio para los que todavía no se está instrumentado. En estos períodos, con frecuencia surge la angustia, que es condición de lo nuevo y desconocido, nos referimos a la adolescencia, el inicio de la vida en pareja, la maternidad/paternidad, las separaciones, los divorcios, las enfermedades graves y terminales, y las experiencias de muerte. Todas ellas son etapas de transición, de pasaje a una situación nueva, para las que el sujeto no posee instrumentos, y sólo si logra tener una adaptación activa al medio podrá resolver estas dificultades de una manera saludable.

Los conflictos se agudizan por nuestro deseo de ignorancia, de “no querer saber” acerca de nosotros mismos, por no querer saber que la vida psíquica consciente está dominada por lo inconsciente, y que al padecer de esta división subjetiva, lo más íntimo es desconocido por nosotros mismos. Se puede plantear que los conflictos humanos se centran en tres etapas de la vida: la primera, alrededor de los procesos de separación e individuación; la segunda, en torno a las vicisitudes de la alteridad y la integración de las diferencias; y la tercera, en aquellos derivados de los procesos de separación, soledad y muerte. Los diferentes trastornos psicopatológicos se desencadenan en relación a estas tres etapas, en la primera, las psicosis, los trastornos borderline, los trastornos narcisistas de la personalidad, las psicopatías, las adicciones y las perversiones; en la segunda, las neurosis; y en la tercera, las depresiones⁷.

Decíamos que, a la necesidad de negación de los conflictos que tiene el ser humano, se añade la que ejerce la sociedad que teniendo conocimiento de las causas reales que producen sufrimiento a los sujetos sigue promoviendo teorías denominadas “científicas” que niegan la angustia que se produce en las relaciones con los otros. Una ideología que se esfuerza en ocultar y velar el malestar y el padecimiento subjetivo que producen las

pérdidas y decepciones sufridas, en la familia, en el trabajo, en la escuela, etc. Estas investigaciones supuestamente científicas siguen descubriendo genes, sustancias, moléculas que intentan velar la angustia producida en el desencuentro con los otros significativos (padre, madre, pareja, hijos, compañeros, jefes...) y que están en el origen del malestar subjetivo.

Desde nuestro modelo de Clínica Grupal priorizamos los factores psicológicos y sociales en la evaluación diagnóstica, tratamiento y pronóstico. Investigamos la singularidad y grupalidad de la vida de los pacientes planteando las preguntas pertinentes para conocer la estructura intrapsíquica e intersubjetiva del paciente, pero también su actitud frente a la enfermedad, las características de ésta y su significado en la vida del paciente (entre ellas, ser cuidado, amado, obtención de beneficios secundarios...). Por otro lado, hemos de tener en cuenta que estas motivaciones pueden ser inconscientes y desconocidas para el propio sujeto, para no realizar diagnósticos desvalorizadores que puedan ser traumáticos para el enfermo.

La estructura intrapsíquica e intersubjetiva la observamos en los modos de relación del sujeto y en sus mecanismos defensivos, éstos nos muestran la relación del sujeto con el objeto que para él es el otro, es decir, son la expresión de los modos de vinculación con el Otro (materno, el Otro de la Ley, el Lenguaje) y, los otros, que son los semejantes (pareja, familia, escuela, trabajo...). La vinculación con el Otro materno es nuclear en la relación entre sujeto y objeto, es la matriz vincular que Pichón denominara "protovínculo" para referirse al vínculo con la madre, y que en la teoría lacaniana se plasma en la denominada fórmula del fantasma (Sujeto barrado, losange, objeto a), que representa la relación de objeto; y en la que el rombo o losange implica la doble implicación recíproca entre el sujeto y el objeto.

En los síntomas neuróticos, el sujeto cuenta con la función paterna, en estos casos, el síntoma expresa el conflicto intrapsíquico e intersubjetivo, la lucha entre las instancias del yo/ello/superyó, muestra los modos de relación patológicos que se han internalizado y que posteriormente se externalizarán en determinadas circunstancias de la vida del sujeto. Sin embargo, en las patologías más graves, en la psicosis, hay una falta que no puede ser significada, la función del padre, por lo que el sujeto quedará atrapa en el vínculo con la madre y muy difícilmente podrá hacer vínculos sociales. La falla de la función paterna conforma una estructuración psíquica que posibilita relaciones con los otros muy precarias o ninguna relación.

4.- Aportaciones de la teoría psicoanalítica a la comprensión del sujeto y de los grupos (“la psicología individual es psicología social”, Freud)

Por otro lado, la teoría psicoanalítica además de aportar una comprensión del sujeto, de la psicopatología y de la función del síntoma proporciona nociones y conceptos que son imprescindibles para la comprensión de lo grupal. Freud⁸, aunque nunca trabajó con grupos, en su trabajo “Psicología de las masas y análisis del yo” afirma rotundamente la relación entre psicología individual y psicología social o colectiva.

La psicología individual es social, no puede ser más claro en sus palabras: "la oposición entre psicología individual y psicología social o colectiva, que a primera vista puede parecer muy profunda, pierde en gran parte su significación en cuanto la sometemos a un detenido examen, ya que en la vida anímica individual aparece integrado siempre el “otro” como modelo, objeto, auxiliar o adversario y, de este modo, la psicología individual es al mismo tiempo y desde el principio psicología social, en un sentido amplio, pero plenamente justificado".

Las aportaciones del Psicoanálisis son de gran interés porque permiten observar las formaciones del inconsciente en los participantes del grupo, pero también las que se producen en la interacción entre los inconscientes de los sujetos, y que permiten realizar la lectura de lo latente grupal. La teoría psicoanalítica posibilita analizar los síntomas, sueños, lapsus, los fenómenos de la compulsión a la repetición, los mecanismos defensivos, y aquello que es lo más desconocido tanto para los sujetos como para los grupos e instituciones.

Un aporte freudiano fundamental es la “transferencia”, un obstáculo para el tratamiento y al mismo tiempo, el motor del análisis; no hay clínica sin transferencia, y tampoco clínica grupal sin transferencia grupal. La teoría psicoanalítica permite observar y analizar el vínculo transferencial y la complejidad de las transferencias en el campo grupal, lo que posibilita su progresiva disolución y la salida del círculo de la repetición, de la pulsión de muerte que se encuentra en lo más íntimo de los sujetos, pero también en el núcleo de los grupos y de las instituciones.

En los grupos terapéuticos y de evaluación diagnóstica, además de las transferencias individuales que se ponen en juego en la relación profesional/paciente, observamos la multiplicidad de la transferencia grupal. Es decir, a la transferencia vertical, del sujeto al coordinador, se unen las horizontales, transferencias entrecruzadas entre los pacientes, pero también se dan transferencias al grupo, como objeto libidinal, a lo social, y a la tarea. Y asimismo, se observan las intertransferencias entre analista grupal y observador, que ponen en juego el deseo de ambos en relación al grupo. En nuestro trabajo incluimos la subjetividad del profesional, la transferencia de los profesionales, porque en ciencias sociales no existe el lugar de la neutralidad, como mostrara Devereux⁹.

La transferencia del terapeuta grupal es una transferencia de afectos que incluye la reacción a la transferencia del paciente y la historia grupal del coordinador (por un lado, la derivada de su propio grupo familiar, "grupo interno" y, por otro, la historia del pensamiento grupal que el terapeuta representa). Estas transferencias y modos de vinculación han de conocerse porque influyen en la interpretación del profesional y, por tanto, en los efectos que produce en el paciente.

Asimismo, la teoría psicoanalítica aporta los elementos que ofrecen las condiciones de posibilidad del proceso terapéutico, nos referimos al "encuadre", al método de la "asociación libre", y a la "escucha analítica", todos ellos imprescindibles para la intervención/interpretación del equipo terapéutico. En el grupo, en lugar de la "asociación libre", seguimos a Foulkes y la denominamos "discusión libre flotante", con la que nos referimos a las asociaciones de palabras que se producen en el encuentro entre los participantes. Sabemos, con Bleger¹⁰, que el encuadre grupal permite la depositación de los aspectos más simbióticos de los integrantes y posibilita el desarrollo de las condiciones espacio-temporales que facilitarán el encuentro entre las diferentes subjetividades en el marco de la tarea grupal.

La teoría psicoanalítica nos aporta conceptos para facilitar la articulación entre individuo, grupo y sociedad, entre ellos, el complejo de Edipo, la castración, y el superyó que nos permiten pensar estas relaciones. Lacan¹¹ realiza un retorno a Freud y en su trabajo descubre los tres registros de la subjetividad: imaginario, simbólico y real, y plantea que "el yo es Otro", un yo, que pertenece al registro imaginario, y que descentra del sujeto.

El axioma psicoanalítico, "el sujeto no es sin el Otro", muestra la trascendencia de la relación con el "Otro", que es señalada de manera diferente por todos los autores psicoanalíticos. Decíamos que este término nombra el vínculo con la madre, que sabemos es de gran trascendencia porque es la matriz de las vinculaciones posteriores del sujeto. La normal estructuración psíquica del sujeto precisa de la función materna y paterna, que es el tercer elemento de la triangulación edípica, y podrá ejercerse si la madre desea al padre, es decir, si la madre le da un lugar en su deseo, y permite la prohibición del incesto, la entrada de la Ley. Por otro lado, el padre ha de ejercer como tal, es decir, también tiene que querer cumplir dicha función. La función materna al posibilitar la entrada de la función paterna le introduce en el orden simbólico, pero cuando la madre no ofrece este acceso, el bebé queda unido a ella y no se establece la función simbólica y se genera una estructura psicótica.

La función paterna es fundamental para el psicoanálisis al determinar las tres estructuras psicopatológicas, en la neurosis, esta función es asumida por el sujeto, pero no en la psicosis, ésta no es incorporada y el padre no puede realizar la separación del niño de la madre. Por tanto no se instaura la prohibición del deseo hacia la madre, por lo que el

sujeto no puede acceder a la búsqueda de su propio deseo. En la perversión, la función paterna si se instaura, pero de una manera muy precaria, y por ello el sujeto realiza acciones para intentar apuntalar esta función.

Un concepto fundamental dentro de la teoría psicoanalítica es el triángulo edípico (también determinado por lo social) al posibilitar la construcción del sujeto, del vínculo y del “grupo interno”, construcciones vinculares que van a influir en los modos de vinculación del sujeto. Estas diversas modalidades se observan en las transferencias verticales, horizontales, circulares y transversales que se dan en el grupo, y muestran los diferentes modos de vinculación con los otros que están en función de la actividad fantasmática de cada participante del grupo.

Por otro lado, la conceptualización del aparato psíquico freudiano (yo/ello/superyó) propone la internalización de la sociedad y de sus instituciones; Freud descubre que la internalización de ambas se da en una de las instancias psíquicas, el “superyó”. Las relaciones sociales externas que se internalizan son denominadas “vínculos internos” por Klein¹², quien sugiere que la vida mental inconsciente se establece en la interacción entre objetos internos (grupo interno) en permanente interrelación dialéctica con los objetos del mundo exterior. Pichón también se refiere al “grupo interno” como internalización del grupo familiar, pero da mucha importancia a la influencia del contexto histórico-social.

Otros muchos conceptos son imprescindibles para comprender la subjetividad y la grupalidad, entre ellos, la libido, la compulsión a la repetición, la pulsión de muerte, el goce, la regresión, el yo ideal e ideal del yo, etc. Así como los diferentes mecanismos de defensa, ya que además de la represión, denegación, y forclusión, son fundamentales los mecanismos de identificación, proyección, identificación proyectiva, negación, idealización, sublimación, que son observados en los sujetos y en los grupos.

Haré mención especial a los mecanismos de identificación que son relevantes en todos los escritos sociales de Freud. En “Totem y Tabú”, después del asesinato mítico del padre primitivo se identifican los hermanos en un pacto vincular fraterno, y de esta manera se crea la nueva sociedad basada en los tabúes, en un ley ética. En “Psicología de las masas y análisis del yo” desarrolla el concepto de la identificación como un mecanismo fundamental para organizar los vínculos en los grupos. Refiere que son las identificaciones las que organizan los enlaces libidinales en la vida psíquica de los grupos, en este caso señala las identificaciones horizontales entre los sujetos porque todos ellos han establecido una identificación vertical al líder que representa el ideal del yo. Y asimismo, en “Malestar en la cultura” afirma que para pertenecer al grupo, los sujetos tienen que identificarse en la renuncia conjunta de la realización directa de los fines pulsionales.

Los movimientos identificatorios son fundamentales en todos los niveles de la realidad psíquica, se observan en la constitución del sujeto, en su realidad intrapsíquica, pero también en la intersubjetiva y en la grupal, por ejemplo la familiar, que luego se internalizará en identificaciones sucesivas por el sujeto. El psiquismo es producto de la red vincular y de los movimientos de identificación sucesivos entre el sujeto y los diversos objetos (las identificaciones al objeto materno y paterno en el triángulo edípico, y posteriormente a los objetos fraternos). El largo proceso de subjetivación se constituye en base a estos mecanismos de identificación con los otros significativos, y en las vinculaciones respectivas que se realizan a largo de su vida. Los grupos se estructuran porque se dan movimientos sucesivos de identificación, proyección e introyección entre los sujetos. Se producen también identificaciones con los ideales sociales, culturales, y con los grupos a los que se pertenece, observándose también en éstos mecanismos de sublimación.

Los mecanismos de identificación son centrales en los grupos, los sujetos se identifican entre sí porque comparten una tarea común, la tarea terapéutica, que funciona como un ideal para los miembros del grupo. Esta es la “identificación horizontal”, a través de la cual se identifican en sus roles respectivos, que es muy diferente a la identificación con el ideal de yo representado por el líder del grupo en la teoría freudiana. En los grupos aunque haya heterogeneidad en los miembros se da una homogeneidad y disminución de la angustia al tener una tarea común, que es el objetivo por el que se reúnen, y lo que da sentido al grupo, como señala la teoría de grupo operativo.

La nueva dimensión de la identificación horizontal fue articulada por Bion y Rickman, dos psiquiatras ingleses. Lacan¹³ señala que estos autores trabajan en grupo sobre “Las tensiones intragrupo en la terapia, es la tarea del grupo”, y señala que Bion en su trabajo grupal consigue que los sujetos tomen conciencia de sus dificultades para identificarse y conformar grupos. Ambos autores coinciden en que las dificultades para formar grupo se originan por los narcisismos de cada uno, en la defensa de sus individualidades. Si no se elaboran estas dificultades no puede realizarse el pasaje a la producción de sujetos divididos que se reúnen con una tarea común.

Estoy de acuerdo con Laurent¹⁴ cuando plantea que “la psicología de grupo es una revolución”, si se piensa en una agrupación para ser más eficaces, y también cuando señala que Freud no pudo observar el proceso de identificación horizontal porque acentuó la identificación vertical al jefe. Pero, el pequeño grupo ha de encontrar su unidad para conseguir este objetivo común, y a través de la identificación horizontal luchar contra las dificultades para identificarse con el ideal, que es su tarea.

La identificación entre ellos es lo que disminuye las ansiedades persecutorias y, a veces confusionales que se generan en los inicios de los grupos, y ello les permite organizar

una estructura vincular multidireccional compartida que les ofrece una unidad. Es la identidad grupal, como respuesta a la fragmentación previa, y que se manifiesta en el grupo con el emergente “nosotros”. Una “ilusión grupal”, como nombrara Anzieu, que es imaginaria, pero necesaria para el desarrollo del proceso y que permitirá la separación y discriminación posterior.

II.- Parte: Teorías grupales, Grupo Operativo, reflexión de un caso

1.- La Clínica Grupal, algunos conceptos y experiencia personal

El dolor, la tristeza, la angustia y la muerte, en este momento histórico de incesantes cambios, cada vez se soporta menos y por ello los afectos se transforman en patologías que adquieren diferentes denominaciones: crisis de pánico, depresión, fatiga crónica, déficit de atención, bipolaridad, etc. Lo social nombra los afectos como trastornos o patologías mentales y los sujetos no pueden identificar su padecimiento con problemáticas subjetivas sino con enfermedades mentales, que a algunos les lleva a perderse en sus fantasías y temores a la locura.

Los riesgos sociales de patologizar o medicalizar el sufrimiento disminuyen o aumentan en función del posicionamiento y la teoría del profesional; es decir, los riesgos se mitigan si los profesionales se posicionan en un lugar de escucha y ubican el sufrimiento del paciente en el lugar que le corresponde, el terreno de la palabra y del registro simbólico. Por eso, desde la Clínica Grupal rechazamos la denominación de “enfermedad mental” y la creencia en sus causas orgánicas, sabemos por la experiencia y el estudio que se trata de problemáticas subjetivas que producen malestar y sufrimiento.

Estas problemáticas las abordamos desde la teoría psicoanalítica y la de grupo operativo. Tenemos una concepción grupal pichoniana que es psicoanalítica, aborda tanto el sujeto del inconsciente como el latente grupal. Nos guiamos por la búsqueda del sentido de los síntomas que afectan al sujeto, que son respuestas a los acontecimientos internos y externos que le han surgido en su vida cotidiana. Unos síntomas que se originan en una complejidad y multiplicidad de factores que corresponden al campo biopsicosocial, y que muestran el conflicto intra o intersubjetivo, es decir, el conflicto entre el deseo y la defensa del sujeto. Aunque es preciso señalar que las patologías más graves no corresponden a la categoría del conflicto sino que al ser más tempranas en el desarrollo del aparato psíquico se han generados déficits importantes en la relación con el Otro, y por tanto, en los procesos de significación y simbolización.

Las teorías grupales han generado diversas nociones y conceptos específicos, y sólo nombraré alguno de ellos: en el psicodrama de Moreno, el término “psicoterapia de grupo”, y el “aquí-ahora grupal”; en Lewin la “dinámica grupal”, el liderazgo, los roles, la importancia del cambio y resistencia al cambio; en Bion, los “supuestos básicos”, la “mentalidad” y “cultura grupal”. En Pichon-Rivière, la “tarea” y el “emergente”, el “grupo interno”, “el proceso grupal” y los “mecanismos de depositación y segregación”, las “fantasías grupales universales” y las “ansiedades básicas”.

En Bleger, su conceptualización de “núcleo aglutinado”, “sociabilidad sincrética” y su análisis del encuadre grupal con la depositación de las ansiedades confusionales y paranoides; en Foulkes, fundador del Grupoanálisis, “la matriz grupal”; en Bauleo, “la organización grupal”, “los momentos grupales” “el emergente inicial, central y final”; en O’Donnell, las “transferencias grupales, intertransferencias y co-transferencias”; en Quiroga, los “organizadores grupales”; en Caparrós, “la psicopatología vincular”, y en Scherzer, la “estructura familiar”, por citar algunas aportaciones.

Dentro de la Escuela Francesa, estoy de acuerdo con Beyer¹⁵ cuando señala que Lacan influye a los grupólogos psicoanalistas que se dedican a este campo y aporta el concepto de “estructura” para la comprensión de lo grupal. Una estructura que se caracteriza por la existencia de elementos dependientes, interrelacionados, y con nexos funcionales entre ellos, que dependen entre ellos y con el todo. Un todo que muestra la existencia de un plus más allá de la sumatoria de las partes y que puede modificarse a partir de los cambios en cualquier elemento. Dentro de esta Escuela, en Anzieu señalamos la “ilusión grupal”, de Kaes, el “aparato psíquico grupal”, de Pontalis “el grupo como objeto pulsional”, y “las fantasías inconscientes como organizadores”, de Bejarano, “la transferencia en los grupos”, de Missenard “los procesos identificatorios en los fenómenos grupales” y de Dorey “la cuestión del fantasma en los grupos.

El término “Clínica Grupal” nace en Madrid en 1974, como un espacio de reflexión sobre el campo de la salud y enfermedad mental, organizado por un grupo de psicoanalistas latinoamericanos que trabajaban como psicoterapeutas grupales. Se unieron con el proyecto de delimitar la clínica que surge de la convergencia de pensamientos analíticos freudianos, de grupo operativo y psicodrama¹⁶. El término “Clínica Grupal” aparece por primera vez como título de un libro de Pavlosky¹⁷ que recoge diversos trabajos grupales que tienen en común, el conflicto psicológico.

La “Clínica Grupal” es un amplio concepto que hace referencia a la teorización de los procesos de salud y enfermedad mental, a la psicopatología grupal, y al tratamiento de estos procesos en grupos terapéuticos. Pero también incluye una metodología de investigación, de la organización institucional, y de la asistencia, que apunta a una organización grupal de

los Servicios cuyo eje es el trabajo en Equipo. El ámbito de aplicación de la Clínica Grupal son los grupos terapéuticos que realizamos en los Servicios de Salud Mental, un modelo de psicoterapia de grupo psicoanalítica operativa, que es un abordaje psicoanalítico grupal que prioriza el análisis de “lo inconsciente” del sujeto, y de “lo latente” grupal.

La Clínica Grupal, desde que se formuló hace 45 años, ha ido construyéndose como un vasto concepto que incluye la psicoterapia de grupo y su desarrollo teórico-técnico, pero va más allá, es una nueva manera de pensar la clínica, la psicopatología, el tratamiento, la rehabilitación y la prevención. Es un modelo diferente de pensar lo institucional, la organización de los servicios asistenciales y el trabajo en equipo de los profesionales.

En la Clínica Grupal observamos los trastornos psicopatológicos más allá del modelo médico, y se evidencia que son dramas personales, familiares, grupales y sociales, es decir, se constata que los sujetos afectados lo son por problemas en las relaciones familiares, interpersonales, laborales, económicos, etc. La locura muestra la incapacidad del sujeto para elaborar las pérdidas que se le presentan cuando se da una intensa ambivalencia frente al objeto perdido, una relación bidireccional de amor y odio. Se trata de investigar y analizar los diversos factores biopsicosociales porque la evolución y el pronóstico de las crisis subjetivas resulta de su interdependencia.

Es un cambio de posición, que lleva a pensar la enfermedad en base a una psicopatología grupal, en una interrelación entre lo singular y lo grupal que, a su vez, siempre es social. La Clínica Grupal se descentra de la psicopatología individual predominante porque no tiene en cuenta al sujeto en sus relaciones con los otros. Esta nueva clínica investiga lo intrapsíquico, pero también aquellos elementos de lo grupal que influyen en la aparición de las manifestaciones psicopatológicas o psicosomáticas más o menos graves del sujeto. Pero precisamos seguir sentando las bases de esta psicopatología grupal que es compleja, pero más acorde con la complejidad de la condición humana.

Este cuestionamiento de los conceptos tradicionales de salud y enfermedad y la concepción implícita que conllevan acerca del sujeto, puede ayudar a los profesionales a buscar abordajes terapéuticos diferentes que eviten el uso excesivo de medicación, como observamos en las nuevas patologías, por ejemplo, en los niños sobrediagnosticados de trastorno por déficit de atención.

Desde la Clínica Grupal pensamos que la crisis subjetiva representa una etapa del proceso de salud-enfermedad, y su interés es que puede llevar al sujeto a interrogarse sobre las causas que la originan. Por ello, la interpretación y lectura que hacen los profesionales de las crisis de sus pacientes es muy importante, ya que pueden llevar al sujeto en dos direcciones opuestas: hacia la salud, si se ofrece un tratamiento psicoterapéutico que le lleve

al aprendizaje y al cambio; o por el contrario, hacia la enfermedad, si sólo se le ofrece medicación, y permanece en la “repetición” y en la resistencia al cambio.

Creemos que sigue teniendo vigencia la hipótesis que planteamos hace décadas en el Centre International de Recherches en Psychologie Groupale et Sociale (C.I.R.)¹⁸: “la enfermedad mental hace referencia a la crisis de un sujeto, pero es efecto del entrecruzamiento entre estructura individual, familiar, grupal, institucional y social, ya que se da en un momento histórico determinado”.

Estas crisis subjetivas son significadas en nuestra clínica como etapas de aprendizaje y crecimiento para el sujeto, y por ello trabajamos para que puedan elaborarse las contradicciones y problemáticas implicadas en el “conflicto intrapsíquico e intersubjetivo”. Nosotros proponemos la clínica con grupos terapéuticos porque permite el análisis de la crisis y visualizar la relación entre “grupo interno” y grupo externo.

Estos grupos son imprescindibles en los servicios públicos porque promueven cambios subjetivos en los integrantes, como hemos constatado y mostrado en los grupos terapéuticos que hemos realizado en la neurosis, psicosis (esquizofrenia y malancolía/bipolaridad), patología borderline y enfermedades somáticas^{19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27}.

Para realizar estos grupos terapéuticos con metodología psicoanalítica-operativa voy a describir el recorrido de mi trayectoria profesional como psiquiatra, en el intento de subrayar la necesaria articulación entre la práctica grupal y las teorías grupales, y la influencia de la historia psiquiátrica y social sobre nuestras prácticas e instrumentos terapéuticos. Y asimismo la importancia de participar en Asociaciones de profesionales (Asociación Española de Neuropsiquiatría y Profesionales de la Salud Mental, A.E.N.) que permitan contribuir a una mejora de la asistencia en salud mental, y aquellas que nos ayuden a profundizar en nuestra formación teórica y práctica en psicoanálisis (Centro de Trabajo Psicoanalítico, C.E.P.Y.P y en la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis, E.L.P. en Madrid). Y asimismo a través del estudio y la investigación de grupos terapéuticos y de formación (C.I.R., ÁREA3, Asamblea Internacional de la C.O.G.).

Mis comienzos curiosamente coinciden con el mismo año que nace la Clínica Grupal, en 1974, a primeros de año inicio mi práctica clínica con grupos terapéuticos como observadora en el hospital de día, del actual Gregorio Marañón de Madrid. Eran años muy convulsos a nivel histórico, momentos de cambios políticos muy importantes, y poco después de importantes reformas psiquiátricas en el país. En los países del sur de Europa era el momento de la teoría de la antipsiquiatría, con mucha pujanza en Italia y cuyo principal representante era Basaglia, el promotor de la desinstitucionalización y de la ley 180. El

movimiento antipsiquiátrico en aquellos momentos estaba realizando una crítica muy acerada hacia las instituciones psiquiátricas existentes, los hospitales psiquiátricos, se centraba en la denuncia de la situación de los internados y reivindicaba un trato más humano hacia los pacientes.

Este objetivo lo hacemos nuestro en 1976 en el hospital psiquiátrico de Arévalo, Ávila, donde había unas 600 pacientes internadas. Trabajamos para conseguir una mejor organización del hospital y para ello priorizamos el “grupo”, ya fuera “grande” o “pequeño” en todas las actividades. También observábamos grupos familiares con la intención de dar alguna alta hospitalaria, unas propuestas difíciles de llevar adelante ya que en aquellos se planteaba el internamiento de por vida, y como decían los familiares acuciados por sus problemas económicos: “nadie quiere una alhaja con dientes”. Asimismo fuera del hospital realizábamos conferencias y actividades de psicoeducación para la población, sobre los procesos de salud/enfermedad mental, las crisis subjetivas, la importancia de la familia, la sexualidad, lo grupal, etc.

Encuadramos a diario “grupos grandes” en cada pabellón del hospital, y “grupos pequeños” terapéuticos con algunas pacientes psicóticas internadas; realizábamos tres grupos diarios. Esta práctica intensiva grupal nos permitió curtirnos en las prácticas grupales terapéuticas y en grupos con otras tareas, como la convivencia, la organización de las actividades en cada pabellón, etc. Estas experiencias me permitieron poco después organizar un grupo de neuróticos en una consulta de neuropsiquiatría en el ambulatorio madrileño de Getafe.

Fue una época muy agitada para la psiquiatría y los movimientos de reforma, y en la que tuve la suerte de asistir como tercera persona en la primera reunión entre Valentín Corcés y González Duro, que posteriormente fueron el presidente y vicepresidente de la primera Junta Directiva del cambio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (A.E.N), en 1977.

La A.E.N contribuiría de manera importante en las reformas psiquiátricas de nuestro país, y me siento orgullosa de haber participado en su Junta Directiva durante casi siete años, hasta el 93, los últimos casi cuatro, como Secretaria General. Posteriormente mi compromiso en una mejor asistencia en salud mental me lleva a proponer el proyecto de organizar una Sección de Psicoterapia de Grupo en la AEN en el 2012, que finalmente se funda en el mes de junio de 2015, y en la que participo como presidenta en la primera Junta Directiva hasta la actualidad.

El trabajo con grupos terapéuticos en los setenta me mostraba mis limitaciones y carencias teóricas, en 1977 tuve la oportunidad de conocer a Armando Bauleo e incluirme

varios años en sus grupos de formación sobre “lo grupal”. En estos grupos con Bauleo participábamos varios profesionales interesados en la Clínica Grupal, éramos psiquiatras y psicólogos que trabajábamos en los servicios de salud mental públicos. Y fruto del deseo de Bauleo, y de nuestra pasión por los grupos e interés en la teoría de grupo operativo se trabajó en un proyecto que se consolida con la fundación del Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal (C.I.R.) en 1981, del que fui miembro fundadora y del primer Secretariado.

En los años 80, trabajaba en los grupos de investigación en el Departamento de Clínica Grupal del C.I.R., además de participar en la Junta Directiva de la A.E.N. Y en el año 90 presentamos una de las tres ponencias del Congreso de la A.E.N., que posteriormente se publicó con el título “La Concepción Operativa de Grupo”, coordinado por Bauleo, Duro y Vignale, y en el que colaboré precisamente con un trabajo que nombraba con el título “Clínica Grupal”²⁸. En esos años nos dedicamos a coordinar grupos de formación en psicoterapia grupal, los coordiné junto a Susana Amilivia y en los mismos Bauleo tenía la función de informante. Desde el Instituto de Psicología Social y Grupo Operativo se dirigían a psiquiatras y psicólogos y tenían una duración de tres años. Y al mismo tiempo realizábamos grupos terapéuticos privados en el Centro de Psicoterapia Grupal, junto a Amilivia y Emilio Irazábal.

Desde aquellos años nos hemos dedicado con mucha ilusión y esfuerzo a la Clínica Grupal en lo público, tanto dentro del campo de la asistencia como de la formación e investigación. En los últimos años hemos realizado supervisión de profesionales, de equipos institucionales en algunos C.S.M y hospitales, y dentro de la formación de especialistas M.I.R., P.I.R. y E.I.R. en el Instituto Jose Germain de Leganés. Las tareas de formación e investigación también las hemos llevado a cabo y las seguimos realizando como miembros del Equipo Docente de Área 3, Asociación para el estudio de temas grupales, sociales e institucionales.

Este largo recorrido culmina con la aprobación de la Sección de Psicoterapia de Grupo dentro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y Profesionales de la Salud Mental (A.E.N), y desde su fundación hace cuatro años hemos realizado las I Jornadas, se ha publicado el libro “Psicoterapia de grupo en los Servicios de Salud Mental”, se ha organizado un Espacio clínico (“Pensando en común lo grupal). Se ha participado en diversas mesas en Jornadas y Congresos (Cartagena y Madrid), una de ellas sobre la “Formación en Psicoterapia de Grupo” y desde hace unos meses se están organizando las II Jornadas sobre “La Clínica Grupal en los Servicios Públicos” que se celebrarán en Madrid, el mes de octubre de 2019.

2.- La teoría operativa de grupo (la psicopatología individual es familiar, grupal, y social; Pichon-Rivière)

Nosotros trabajamos con la Teoría Operativa de Grupo, que se ha delimitado alrededor de las nociones de Pichon-Rivière, Bauleo, Quiroga, de Brasi, Foladori, Saidón, Adamson, Baz, Scherzer, Caparrós, y Ávila, entre otros. También nos han interesado mucho los conceptos de Lewin, Bion, Foulkes, Anzieu, Kaes, Lemoine, Pavlosky, Kesselman, O'Donnell, Fernández, y Baudes, entre otros autores²⁹.

La Clínica Grupal que realizamos se basa en la psicopatología grupal planteada en la teoría pichoniana, que plantea que el hombre no es comprensible en sí mismo, y que es el estudio de su contexto social lo que hace posible su comprensión, y da las bases para el conocimiento y tratamiento del malestar. Para su comprensión hay que partir de una psiquiatría de la vida cotidiana, ya que es en el contexto grupal, y más en concreto en el grupal familiar con su historicidad, donde la conducta del sujeto se hace significativa y, en tanto comprensible, resulta modificable.

En su teoría de la “enfermedad única”, Pichon-Rivière plantea que la enfermedad mental se vincula a situaciones depresivas, de pérdida y privación, que son vividas como una catástrofe interna porque se dan en un clima de ambivalencia y de culpa, debido a que el sujeto odia y ama al mismo objeto, y se siente amado y odiado por él.

Pichon³⁰ piensa la enfermedad como cualidad emergente de un proceso interaccional en el que el paciente es el portavoz, y a la salud mental como un proceso en el que se realiza el aprendizaje de la realidad que permite el enfrentamiento e integración de los conflictos. Y que, aunque aparezca en un sujeto siempre hace referencia a la historia de la sociedad y de los diversos grupos a los que ha pertenecido el mismo. Es decir, la psicopatología es social, grupal y familiar, es relacional, y por eso solo puede comprenderse en la red vincular en la que se configura.

Describe a la enfermedad mental como la enfermedad de un sujeto, pero también la de su grupo familiar, que es la unidad básica de la estructura social. Parafraseándole: “el enfermo mental es el portavoz de la ansiedad y de los conflictos del grupo familiar”. El enfermo es portavoz porque es quien se hace cargo de los mecanismos de “deposición” y “segregación” del grupo.

Descubre estos dos mecanismos grupales inconscientes y los da gran relevancia, con los mismos se refiere a que los familiares depositan sobre el enfermo aquellas representaciones y afectos que les ha generado angustia y no han podido elaborar. El grupo familiar mantiene la deposición a través de la disociación y proyección, hasta que en un momento posterior emergen los mecanismos defensivos de segregación. Este proceso grupal

defensivo termina segregando al depositario, que al hacerse cargo de la problemática no elaborada adopta el rol de enfermo³¹.

Estos mecanismos de depositación y segregación agravan los malentendidos en la comunicación del grupo familiar, pero con ellos alejan las representaciones angustiosas que no han podido significar, la estrategia defensiva incluye la interpretación de que es sólo una problemática personal. De este modo, preservar al grupo de la confusión y de la angustia, aunque sea a costa de producir la exclusión de uno de sus miembros.

Pichon y Foulkes coinciden en que las neurosis y psicosis se producen por perturbaciones del aprendizaje de la realidad, y que se desencadenan cuando el factor disposicional se articula con el conflicto actual. Ambos plantean hipótesis similares en temáticas comunes, entre ellas, que la enfermedad mental tiene una base social, y que surge a partir de las primeras experiencias en la familia, que a su vez está inmersa en una historia generacional y social. Consideran que las neurosis y psicosis se producen por bloqueos en los sistemas de comunicación y socialización.

También coinciden en el tratamiento, privilegian la “psicoterapia del grupo y por el grupo”, Foulkes afirma que el paciente es un síntoma de la perturbación en el equilibrio de la red, es decir, de las relaciones más significativas de las que forma parte. En su trabajo concluye señalando que el grupo es el tratamiento adecuado para aquellos trastornos que se originan en el grupo familiar y en las redes sociales más amplias. Parafraseándole: "la psicoterapia de grupo arranca a cada individuo de su red primaria y le mezcla con otros, formando así un nuevo campo de interacción en el que cada individuo empieza de nuevo". Respecto a las contraindicaciones de la psicoterapia de grupo solo excluye a los cuadros muy agudos, algunos graves, y a los trastornos paranoides importantes, en estos casos plantea que ha de priorizarse el tratamiento individual.

El Grupo Operativo y el Grupoanálisis se basan en la teoría psicoanalítica. Ésta como decíamos es un gran instrumento para la comprensión de las organizaciones y del funcionamiento de los grupos, y sus conceptos han permitido la comprensión de numerosos fenómenos que surgen en el proceso terapéutico grupal. Nuestro reto futuro es cómo vamos a seguir realizando la inclusión de los conceptos psicoanalíticos respetando al mismo tiempo la propia especificidad del nuevo campo de observación y análisis que es el “grupo”. Este objetivo sólo podremos conseguirlo si reconocemos los fenómenos grupales específicos que se dan en este campo del conocimiento, y no nos conformamos con realizar una mera traslación de conceptos de una disciplina a otra.

La fructífera relación entre teoría psicoanalítica y grupal exige reconocer la deuda que “lo grupal” tiene con la teoría psicoanalítica. No se debe confundir la crítica a la teoría con la crítica a la institución psicoanalítica, nuestro gran interés por la teoría psicoanalítica

nada tiene que ver con la aprobación acrítica de la institución, por lo que discriminar ambos aspectos es importante.

Dentro de la teoría de grupo operativo señalaremos el grupo familiar, que ocupa un lugar relevante; y entre sus conceptos solamente haremos alusión a la tarea y el emergente, que son centrales. Bauleo³² afirma que la psicopatología sólo puede pensarse a partir de una idea de grupo, del grupo familiar, del que con suerte pueden surgir los individuos. En la terapia grupal señala tres niveles implicados: la verticalidad de cada sujeto, que es su historia, que se cruza con la horizontalidad del grupo actual, pero a su vez una tercera línea completa esa cruz, que es la transversalidad. Estos niveles indican que hay dos historias o dos tiempos (individual/grupal), pero no puede olvidarse el tercero que corresponde a la historia político-social que ressignifica constantemente a los otros.

Lacan en su libro sobre la familia señala que ésta es fundamental en la construcción del sujeto, al proporcionar el soporte del entrecruzamiento de la imagen y de la palabra, y al dar un lugar en el mundo y un ser en relación a otros. La familia posibilita la entrada de la Ley a través de la función paterna, y permite al sujeto nombrarse como “yo” y el decir acerca de su deseo.

La teoría operativa piensa la estructura familiar como un modelo de interacción grupal que se configura a través de la interrelación entre tres funciones diferenciadas: padre, madre e hijo. Uno de sus principales representantes, Scherzer³³, la define del siguiente modo: la familia es, en nuestra sociedad, un grupo humano centrado alrededor de las tareas de procreación, afectivo-sexuales, educativas, de supervivencia, económicas y sociales... en base a la diferencia de sexos, edades y roles, sometido a una interacción dinámica interna y a un intercambio con el exogrupo social; que están determinados por la prohibición del incesto, la estructura edípica, y la estructura social, para renovar el parentesco por medio de la alianza heterosexual. Y nombra la multiplicidad de determinantes causales en la enfermedad: deseantes, ideológicas, sociales, históricas, económicas y políticas.

La tarea y el emergente son dos conceptos muy útiles en los grupos terapéuticos que hemos realizado, en diversas patologías y dispositivos de la red de Salud Mental. Mostraremos el material de un grupo terapéutico a través de los emergentes. El emergente es el indicador, el índice que orienta hacia lo latente grupal. En nuestros textos³⁴ hemos subrayado que el emergente por sí mismo no significa nada, y que lo es siempre en una asociación significativa con otros emergentes con los que organiza cadenas de significación. Es un concepto central en la teoría, el elemento mínimo del discurso grupal que por sí mismo no significa nada, y que adquiere su sentido en su relación con otros excepto emergentes. Este es el aspecto significante del emergente; en su lado de signo, sí tiene

sentido, como cuando el material producido en el grupo es un síntoma, un sueño, un lapsus, que tienen sentido por sí mismos.

La función del equipo terapéutico es observar y detectar la asociación de los emergentes, porque es su asociación y encadenamiento lo que genera cadenas asociativas que posibilitan organizar el sentido. Estos emergentes pueden ser palabras, enunciados, gestos o silencios, cuando los emergentes son significantes, no tienen significación por sí mismos, por ello necesitan encadenarse con los posteriores y anteriores para que se realice el proceso de significación. Bajtín³⁵ se refería al enunciado como la unidad y eslabón de la comunicación discursiva que se relaciona con los enunciados anteriores y posteriores. Estas cadenas asociativas de emergentes forman parte del proceso de significación y permiten al equipo realizar la intervención (corte, puntuación, señalamiento), y la interpretación.

Las intervenciones e interpretaciones individuales y grupales se realiza sobre el “discurso grupal³⁶ que se construye en el encadenamiento de los emergentes por el discurso entrelazado de los participantes y el equipo coordinador. En cada sesión grupal observamos los “emergentes centrales” que podríamos pensar como los eslabones que articulan la estructura grupal y el proceso terapéutico.

La construcción del “discurso grupal” incluye lo inconsciente que se produce entre los inconscientes de los sujetos y en el diálogo con el equipo (en el que es fundamental su propio inconsciente). Este discurso grupal muestra el entramado de vínculos que se conforman por las diferentes representaciones, actos y afectos, que incluye el entramado transferencial, los afectos del pasado que se actualizan en el presente, y que pertenecen a los grupos internos se externalizarán en el proceso grupal. Unas transferencias grupales que son complejas, múltiples y diversas, y que muestran los modos de vinculación de los participantes.

El emergente y la tarea son los elementos más específicos del campo grupal, permiten realizar la lectura del campo grupal y hacer inteligibles las relaciones entre los sujetos en el grupo. A través del emergente y de la tarea se construyen los dos factores más singulares del campo grupal terapéutico: el “discurso grupal” y las “transferencias grupales”, que están íntimamente relacionados y funcionan como los dos factores terapéuticos centrales del grupo terapéutico.

3.- Reflexión de la historia de Laura desde la Clínica Grupal

Laura realiza su primera consulta a los 33 años, refiere que había sido diagnosticada de Psicosis Esquizoafectiva y relata varios internamientos psiquiátricos, dos de ellos por

intentos de suicidio. Había padecido al menos tres crisis psicóticas, en ellas presentaba confusión, perplejidad, trastornos del pensamiento y de la sensopercepción, vivencias de despersonalización e irrealidad, trastornos de la identidad, de la sexualidad, alteración del estado de ánimo hacia el polo maníaco o depresivo, fantasías y actos de suicidio, intensa angustia e insomnio importante.

Las ideas delirantes estaban poco sistematizadas, eran ideas de difusión, lectura y control del pensamiento, ideas delirantes persecutorias, que eran las más relevantes, e ideas de grandeza. La paciente refería que podía leer los pensamientos de los demás y que los otros podían leer los suyos, tenía la certeza de que iban a matar a todos los miembros de su familia y a ella misma, le iban a envenenar, violar y descuartizar, y relataba su certeza de que había contra ella un complot.

Se observaba un pensamiento mágico-omnipotente, comentaba que ella iba a hacer una revolución para salvar el mundo, presentaba ideas delirantes de filiación ("sus padres no eran sus padres"). Tenía vivencias de intensa angustia al no poder clarificar su identidad y sexualidad, refería "soy mi madre, soy mitad hombre y mitad mujer". Presentaba ideas delirantes místico-religiosas ("Dios le hablaba", "Cristo le decía que cogiera la cruz y le siguiera...", "había vendido su alma al diablo". Tenía intensos sentimientos de extrañeza e irrealidad, "estaba muerta y los demás vivos"; en otros momentos, era al revés, "los otros estaban muertos y ella la única que estaba viva". Asimismo refería alucinaciones auditivas y gustativas.

La angustia persecutoria era muy intensa, en la calle todo el mundo la miraba, relataba que eran miradas inhumanas, observaba que los demás se reían y murmuraban de ella e interpretaba de manera muy autorreferencial todo lo que sucedía a su alrededor. Su problemática con la sexualidad era muy importante: frigidez, fobia al contacto sexual, fantasías de ser asexual o de promiscuidad, decía: "estoy indefinida sexualmente, no siento nada con los hombres/todos los hombres me gustan, fantasías de ser hombre/prostituta, de ser hombre y excitarse viendo mujeres; para después reconocer que tenía relaciones sexuales con su pareja para que éste la quisiera".

Todas sus crisis e intentos de suicidio tuvieron relación con alguna separación, el comienzo de una nueva relación, o con la sexualidad. La separación es un significante fundamental en su vida, la primera crisis se desencadena cuando se separa de los padres y sale del hogar familiar; en las otras, el inicio y posterior ruptura de su primera relación de pareja y la salida de una casa que compartía con otros compañeros.

Voy a tratar de analizar la última crisis, que se dio como participante en el grupo; en la misma la separación fue central, desencadenada por la ruptura de una relación

significativa para ella, la marcha imprevista por cuestiones familiares de una de las terapeutas del equipo terapéutico, un cambio en el encuadre que no pudo ser suficientemente trabajado por el equipo terapéutico.

Laura era una mujer muy dependiente, con una estructura psíquica muy precaria e imposibilidad para hacerse cargo de sus afectos y con grandes dificultades en sus relaciones interpersonales. Sus relaciones afectivas eran de una intensa ambivalencia, muy simbióticas, aunque ella reactivamente mostraba un semblante de mujer independiente. Presentaba intenso temor a los cambios, a lo desconocido, y a todo lo que significara compromiso y responsabilidad. En sus crisis psicóticas se observaba su imposibilidad para acceder al deseo, su disociación y disolución frente a aquellas situaciones en las que se sentía abandonada o cuando experimentaba la evidencia de su desamparo. Este significante también había sido muy importante en su vida.

En su historia familiar, se constata una infancia muy carenciada afectivamente, es la segunda de tres hermanos: la mayor, mujer, y el menor, varón. La madre estaba diagnosticada de una Psicosis Maníaco-Depresiva con episodios depresivos y maníacos, en los que decía que era la enviada de Dios. Como su hija, presentaba ideas delirantes de persecución y megalomanía, sintomatología que había motivado algunos internamientos. El ingreso materno más significativo para nuestra paciente fue cuando a sus dos años, la madre, a los dos meses de dar a luz al hermano menor es ingresada en un hospital psiquiátrico.

Después de un largo ingreso en una ciudad a 400 kms. de su lugar de residencia, le dan el alta para marcharse a casa de la abuela materna que vivía fuera de la Península. Laura no tuvo noticias de su madre durante varios años, estuvo interna en varios colegios; en casa les atendía el padre, pero sobre todo, cuidadoras que cambiaban constantemente. Laura describe al padre, al que se sentía muy ligada, como una figura muy débil, poco cariñoso, autoritario, y sometido a su propia madre, que era muy autoritaria. La paciente observaba que su padre no había podido separarse de su madre, y que había sido muy sobreprotector con los hijos. Su madre vuelve al hogar familiar, cuando Laura tiene doce años, al morir la abuela materna.

Describe una dinámica familiar muy conflictiva, con discusiones frecuentes y unas difíciles relaciones entre los padres. Refiere que se establecieron alianzas en el grupo familiar, que ella describe como dos subgrupos enfrentados, uno conformado por el padre y la hermana mayor, y el otro, por la madre y el hermano. Laura se sentía excluida de ambos grupos, y aunque se afanaba por incluirse en un grupo o en el otro no encontraba su lugar de pertenencia, se sentía en el medio o fuera de las continuas peleas familiares.

Si analizamos la crisis desde la verticalidad de Laura, de la problemática individual que le hace sufrir tanto, de sus interpretaciones delirantes del mundo y de sus relaciones, observamos que la crisis y los contenidos delirantes son un intento de simbolizar estas relaciones familiares cargadas de amor, odio, culpa, celos, sexualidad y agresividad. Básicamente describía relaciones duales, simbióticas, en las que era difícil la entrada de un tercero que significara que la separación del Otro y la autonomía eran posibles. En las crisis, Laura realizaba precarias identificaciones, mostraba una doble identificación con la figura materna y la paterna, y alternaba ambas, de este modo mostraba también su disociación como defensa frente a la imposibilidad de integrar sus objetos y separarse de ellos.

En la historia de Laura observamos que había sido afectada muy precozmente en el desarrollo de su estructuración psíquica, al año su madre queda embarazada de su hermano menor, y a los pocos meses padece la psicosis de la madre y la separación de ella bruscamente por un ingreso psiquiátrico. El padre, a su vez, muy dependiente de la madre, tampoco puede hacerse cargo de la situación; queda a los cuidados de diversas cuidadoras que no son figura de sostén y apoyo para ella.

Los frecuentes cambios sufridos y la separación de su madre es fundamental para comprender la angustia psicótica que experimenta frente a los cambios, los inicios y las rupturas de sus relaciones; angustia de la que se defiende con mecanismos de escisión del yo. Señalamos de su historia los numerosos contenidos edípicos de sus delirios (“mi madre quiere matar a mi padre”, “mi madre quiere matar a mi hermano”, “no quiero ser la mujer de mi padre”...), la tendencia a la despersonalización y a la reidentificación, la problemática en relación a la sexualidad, con identidades múltiples que remiten a la importancia de la bisexualidad “¿qué soy, hombre o mujer?”.

Ya reconstruida su historia trataré de analizar la única crisis psicótica que padeció durante el proceso del grupo terapéutico. En los emergentes vuelven a surgir la separación y el abandono como significantes fundamentales en la historia de la paciente, ambos reaparecen en la historia dentro del grupo y actúan también como desencadenantes de su crisis psicótica.

Estos emergentes nos muestra la articulación entre la verticalidad de su historia personal y la horizontalidad grupal; entrecruzamiento de dos historias, la personal y la grupal, que muestran la imposibilidad de elaborar los sentimientos de desamparo y abandono en Laura que fueron vividos en su más tierna infancia y no entraron en el proceso de significación, quedando como experiencias traumáticas. Asimismo observaremos sus dificultades para elaborar los cambios, para incorporarse al mundo, a las relaciones interpersonales y al mundo laboral.

4.- Los significantes/emergentes de Laura en el proceso del grupo terapéutico

El material del grupo terapéutico lo recojo a través de los emergentes (inicial: E.I.), central: E.C. y final: E.F. Priorizo aquellos que dan cuenta de la dinámica grupal y de la historia de Laura, básicamente son emergentes del acontecer grupal y de su historia personal. Los emergentes seleccionados corresponden a ocho sesiones del grupo: la inicial, dos antes de la crisis, cuando se informa de la marcha de la terapeuta, la última sesión de la misma, cuando se incluye el nuevo coordinador, y la sesión de incorporación de Laura después de su internamiento. En negrilla señalo las intervenciones de Laura.

Primera sesión: día en que se inicia el grupo terapéutico.

E. I. - *Laura: "Cualquier cambio me supone un lío completo".*

Segunda sesión.

E.I.- I.: *Interferimos poco los unos con los otros. El silencio no lo puedo soportar."*

E.C.- S.: *"Es una de las razones por la que me sirve el grupo, busco decir lo que me preocupa, caiga mal a quien caiga, y que me lo digan a mí también."*

E.F- *Laura: "He buscado toda mi vida una relación afectiva, pero tan unida que dejaba de ser yo."*

Tercera sesión.

E.I.-*Laura: "Me cuesta estar con gente".*

E.C.-*Laura: "Creo que ha cambiado la forma de hablarnos y relacionarnos. Nos estamos empezando a ver como personas. Estoy mostrando algo feo de mí, soy envidiosa."*

E.F.- V.: "Ha sido una bomba, he abandonado mi papel en el grupo. Quiero aceptarme como mujer, no me he aceptado nunca".

Cuarta sesión: después de las vacaciones de Navidad.

E.I.- *Laura.: "He vivido una especie de locura, he querido comprar pastillas. No sé quién soy. Ha habido muchos cambios. He cambiado de trabajo. Tengo mi primer trabajo serio. Quiero estar loca".*

E.C.-*Laura.: "Tengo unas relaciones de pareja que no quiero, somos dos extraños. Tengo miedo a que me echen del trabajo. Me he perdido con las relaciones sexuales".*

E.F.- V. "Tengo ganas de censurar a Laura, queríamos hacer un cambio en el grupo y ella no quería".

Quinta sesión: informamos de la marcha de la terapeuta.

E.I.- Silencio.

E.C.- *Laura: "Me pone en peligro que se vaya T (terapeuta)".*

V. *"Estoy notando agresividad".*

E.F.- *Laura: "Todos los días llorando y ahora la marcha de T".*

Sexta sesión: última en la que participa la terapeuta.

E.I.- *Laura: "Cada vez que empiezo un proyecto nuevo me cuesta una enfermedad. Estoy fuera de todo, ayer me dieron una patada en el metro, no sé por qué, me hicieron daño. Tuve un sueño, las terapeutas decían entre sí: Laura no tiene sentimientos".*

E.C.- *Laura: "La gente en la calle me mira mucho, que hago conmigo, me quitaré de en medio".*

E.F.- *Laura: "No soporto los cambios, me dan miedo. Es un cambio dado, distinto a la aceptación de algo propio".*

Aconsejamos el ingreso, pero la paciente como hacía su madre se niega al mismo.

Séptima sesión.

E.I.- *"Ausencia de Laura"*

Al terminar el grupo, llamamos a su casa y como no responden al teléfono llamamos a la familia, que nos informa de su ingreso.

Octava sesión.: reincorporación de Laura.

E.I.- *Laura: "Mi mayor deseo es no haber existido, lo de la marcha de T. no me lo planteé pero llevo cuatro meses sin regla".*

E.C.- *Laura: "Tenía miedo de ser una mujer. El otro día fue la primera vez que le dije a mi pareja que le quería".*

E.F.- *Laura: "Uno no puede vivir con uno mismo".*

III.- Parte: El equipo terapéutico y los grupos de reflexión institucional

1.- Análisis del proceso terapéutico grupal.

He seleccionado los emergentes del proceso terapéutico grupal de Laura, y alguno de otra compañera también diagnosticada de psicosis, ambas eran las únicas pacientes

psicóticas del grupo, los demás tenían diagnósticos de neurosis. En los emergentes individuales y grupales trato de mostrar nuestra concepción acerca de la crisis, como producto del entrecruzamiento de estructuras individuales, familiares, grupales, institucionales y sociales en un momento histórico determinado, como hipotetizábamos en el Departamento de Clínica Grupal.

La crisis de Laura evidencia los factores individuales, familiares y laborales, pero también es emergente de un cambio en el encuadre del grupo terapéutico y de la dinámica grupal, cambio del que es portavoz la compañera que comparte diagnóstico con Laura. La crisis se da en una paciente con antecedentes de patología afectiva grave en la madre, en un momento de dificultades en la relación de pareja, y en el inicio de un nuevo contrato laboral. A estos cambios se le añade el que se está dando en la dinámica grupal, y al que parece, Laura se resiste.

A este cúmulo de circunstancias personales que le generan angustia se suma el cambio de encuadre por la marcha de la coordinadora del grupo, es un factor desestabilizador y desencadenante de la crisis, una marcha que se vive como un abandono, al movilizar las experiencias traumáticas de la infancia. Es un momento en el que reaparecen las fantasías y temores del pasado, la paciente vuelve a revivir el desamparo y el abandono de la madre poco después del nacimiento, entre el primer año y el segundo de edad. En el grupo se observan las complejas interrelaciones entre las causas individuales, familiares, laborales, grupales e institucionales que desencadenaron el ingreso de la paciente, aunque a pesar de su gravedad es breve y en poco tiempo vuelve a incorporarse al grupo terapéutico.

La verticalidad, la subjetividad, se manifiesta desde la primera sesión del proceso grupal, nada más iniciarse el grupo, Laura habla de la confusión que le produce cualquier situación de cambio y de la angustia ante las situaciones nuevas. La desestructuración y despersonalización se hace manifiesta en la cuarta sesión, refiere su angustia por el inicio en un nuevo trabajo. Es la primera vez que consigue uno remunerado y ante tanta responsabilidad tiene fantasías de volverse loca, una situación que por un lado es temida, pero también deseada, precisamente para no hacerse cargo de esa responsabilidad que vive como una carga que no puede asumir.

En esta sesión también expresa sus dificultades en la relación de pareja, se siente extraña en la relación, es la primera vez que ha conseguido convivir con un hombre al que quiere, pero que también le produce una intensa ambivalencia de sentimientos, de amor y de odio. La angustia frente al cambio laboral promueve el cuestionamiento de su frágil relación de pareja lo que incrementa la angustia, la inseguridad, el desamparo y la aparición de fantasías de suicidio al no saber afrontar estos conflictos y, sobre todo, la intensa culpa hacia sus relaciones más significativas.

Esta angustia se intensifica en la sexta sesión, la última en la que participa la terapeuta, es una situación grupal que pone en escena, dramatiza y reactiva las fantasías de abandono en Laura. La marcha de la terapeuta reactualiza el desamparo que sufrió cuando tenía un año ante el proceso de embarazo de la madre y el posterior nacimiento del hermano; lo que se agravó con la psicosis de la madre y su posterior ingreso en un psiquiátrico alejado de la residencia familiar.

En esta sesión expresa fuertes angustias paranoides: "la gente me mira mucho en la calle". Este emergente manifiesta la angustia frente a la pérdida de la relación con un objeto privilegiado y la reactivación de las angustias esquizoparanoideas, aquellas que señalara Klein en el principio de la vida. La pérdida de un objeto importante para ella la hace caer de nuevo en el desamparo, la falta, el vacío, y en esta fantasía de absoluto desvalimiento tiene que recurrir a la mirada de los otros para sostenerse, aunque ésta sea persecutoria.

En la crisis de esta paciente observamos la relevancia de los factores subjetivos, familiares y laborales, pero también la incidencia de los factores grupales, por un lado, los de la dinámica grupal, y por otro, los derivados del cambio de encuadre por la marcha de la terapeuta. Los cambios referentes a la dinámica grupal los observamos a través de los emergentes de la segunda y tercera sesión, la portavoz refiere que se ha producido un cambio en la relación entre ellos. Al inicio hablaban de la falta de interacción entre ellos, y en la tercera sesión que presentamos pueden hablar de sus problemas en relación a la identidad y sexualidad. V. manifiesta: "quiero aceptarme como mujer, no lo he hecho nunca", y reconoce que se han empezado a ver como personas, a hablar y a relacionarse de otra manera.

Este cambio señalado por V. en la cuarta sesión, parece que no ha sido asumido por Laura, por ello V. le reprocha y responsabiliza de oponerse al cambio que quería hacer el grupo. Parece que algunos miembros de grupo se hacen portavoces del cambio, y depositan en Laura la resistencia al mismo. Manifiestan querer tener una relación entre ellos más verdadera, menos imaginaria, una relación en la que puedan tener más en cuenta a los otros. Muestran algunas transformaciones en sus vínculos internos y externos, es decir, en las relaciones del grupo real. Laura ya había hablado de sus conflictos en las relaciones afectivas interpersonales, se quejaba de que en las relaciones duales dejaba de ser ella, que se despersonalizaba. En el grupo Laura por su historia singular es emergente de la resistencia al cambio grupal, por su historia personal y familiar se hace depositaria de las dificultades para enfrentarse al cambio que proponen algunos miembros del grupo, V. entre ellos.

En este acontecer personal y grupal, la marcha de la terapeuta pone en peligro el precario equilibrio de la paciente y precipita su ingreso, que se produce en la última sesión donde se hace real la primera ausencia de la terapeuta. La psicosis y el ingreso nos muestra

que la separación no es posible para Laura, muestra que ante la ausencia del objeto, ella se queda congelada, en shock, paralizada, y tan afectada que se vive sin sentimientos. Estas vivencias las manifiesta a través de la escena de su sueño en el que las terapeutas comentan: "Laura no tiene sentimientos", pero al no poder soportar la angustia, estas palabras son proyectadas y depositadas en las terapeutas, al no poder reconocerlas dentro de sí. La culpa intensifica la angustia, y le vienen fantasías de dañarse a sí misma, de realizar un "pasaje al acto", como había hecho en circunstancias anteriores.

Después del ingreso, muestra su tristeza ante la nueva separación que es vivida como un abandono, y que se reitera una y otra vez en su vida. Y ante este abandono, el surgimiento de la pulsión de muerte, de los deseos de no existir, la compulsión a la repetición en su historia que se inició con el abandono de la madre enferma en su más tierna infancia. Es una vivencia muy traumática porque se produce a una edad en la que no tiene ninguna capacidad de simbolización, de pensamiento, y el acontecimiento no puede ser significado, y queda como un vacío insoportable.

Pero, si analizamos el material del grupo observamos que no es pura repetición, también se replantea otras relaciones importantes para ella, la relación con su pareja. Y reconoce que es la primera vez que ha podido decirle que le quiere, para después enunciar el siguiente emergente: "uno no puede vivir con uno mismo", que lo leemos como promesa de salida del narcisismo y búsqueda del lazo social. En este sentido, el grupo es un instrumento terapéutico muy valioso, ya que le ofrece la posibilidad de múltiples situaciones de triangularidad, escenas muy importantes para esta paciente que sólo había podido establecer relaciones duales.

La crisis de Laura, la leemos también como emergente grupal frente a un cambio del encuadre, del equipo coordinador. El equipo terapéutico ha de cuidar muchos los cambios de terapeutas y mantenerse como equipo durante todo el encuadre grupal. En este caso las circunstancias no dependieron de nosotras, por ello no lo pudimos proponer con la suficiente antelación. Pero si queremos aprovechar para señalar los riesgos que se pueden producir cuando se realizan contratos breves a los profesionales en los servicios públicos; un riesgo que es aún mayor cuando los pacientes son más graves.

Frente a esta situación grupal de cambio los integrantes utilizan como defensa mecanismos de depositación y segregación, y en este caso Laura es la depositaria de las angustias y afectos movilizados. La marcha de la terapeuta, la separación, la ausencia, pone en evidencias las fallas de la función materna, pero también las de la paterna, refiere un padre siempre muy apegado a su propia madre. En el grupo familiar de Laura también se pueden observar estos mecanismos de depositación y segregación, unos mecanismos inconscientes que observamos en la dinámica generada entre los miembros de la familia, la

abuela materna, que es la que parece que impone su ley, y que junto al padre deja fuera a la madre de Laura, que tiene que irse a casa de su propia madre fuera de la península, dejando sus tres hijos, y que no podrá volver al hogar hasta la muerte de la abuela paterna.

Algunos compañeros a través de los mecanismos de depositación y segregación tratan de negar los sentimientos de abandono frente a la marcha de la terapeuta, aunque es Laura por su subjetividad quien se hace cargo de las angustias abandónicas que se movilizan en el grupo. Estos sentimientos y afectos que no pudieron elaborarse en ese momento, se significaron posteriormente con el nuevo equipo terapéutico.

Las nuevas exigencias laborales y de pareja en Laura contribuyeron a desencadenar su desestructuración personal y posterior ingreso, que por suerte fue breve. Por otro lado, el deseo de volver al grupo fue muy importante para su mejoría, reconocía que desde el inicio había sido un importante lugar de contención, simbolización y expresión del afecto hacia los compañeros.

Refería que en el grupo había encontrado su lugar en el mundo, que ahora disponía de un lugar en un grupo al que se sentía perteneciente, y en el que se sentía reconocida, comprendida y querida. Sentía que por fin había conseguido un lugar entre otros, un lugar con el que no había contado en su familia de origen (en las crisis refería un síntoma que se repetía, por las noches se acostaba compulsivamente en todas las camas de la casa porque no encontraba cuál era su lugar).

Hemos mostrado la crisis de una paciente psicótica y su relación con múltiples determinantes: individuales, familiares, grupales, laborales e institucionales. Este grupo terapéutico es una muestra de la práctica de la Clínica grupal que realizamos y de nuestro paradigma en relación a los procesos de salud-enfermedad mental. La hipótesis planteada es que la crisis que se produjo en este miembro del grupo terapéutico fue emergente de su psicopatología individual, pero también de la grupal, que incluye su historia familiar, de pareja y laboral, y del cambio en el contexto grupal terapéutico.

Aunque hayamos mostrado la crisis de una paciente y el cambio de encuadre como uno de los factores desencadenantes de esta crisis, lo hemos mostrado porque ha sido el caso que marca la excepción en nuestros grupos terapéuticos. En todas nuestras experiencias grupales a lo largo de muchos años, hemos constatado que el grupo es un potente agente terapéutico, y el encuadre un gran instrumento.

En el grupo se da una confluencia de subjetividades, pensamientos, afectos y acciones entre varios, comunicaciones entre los inconscientes de los participantes del grupo, lo que hace que el espacio grupal funcione como un potente agente terapéutico, al

funcionar como lugar de contención, acogida, escucha y simbolización de los conflictos, problemáticas, fantasías y deseos.

Y en los más carenciados el grupo funciona como un espacio de contención pulsional, de diálogo y comunicación con los otros, de pertenencia, y de posibilidad de simbolización. Como plantea Cocoz³⁷, la psicosis les arrebató del orden subjetivo necesario para habitar el ámbito de la comunicación, y este dispositivo simbólico les ayuda a volverse a alojar en el discurso sin ser condenados a la segregación.

En la Clínica Grupal observamos que además de la tarea y del emergente, el encuadre es un elemento central, que posibilita que se depositen las partes más indiscriminadas de cada sujeto, y el desarrollo del proceso. Sus componentes, espacio, tiempo, duración, equipo coordinador, han de permanecer constantes para la buena evolución del proceso terapéutico. En caso contrario, si no puede mantenerse, pueden producirse desestabilizaciones en los sujetos más frágiles, como hemos analizado en el caso de Laura. La relación entre encuadre y emergente es de gran interés, ya que los cambios en el encuadre pueden producir emergentes de gran significación tanto para el individuo como para el grupo.

Terminamos con la verificación de la hipótesis planteada, en la crisis de esta paciente se han contrastado las múltiples sobredeterminaciones individuales, familiares, grupales, institucionales y sociales. Esta confirmación vuelve a mostrarnos la multiplicidad de factores implicados en la nombrada “enfermedad mental”, que preferimos denominar problemáticas subjetivas. Esperamos que este mejor conocimiento de las causas posibilite una mejor prevención y planificación de las estrategias de intervención en la clínica diaria de los servicios públicos.

2.- La función del equipo terapéutico

La función del equipo es de escucha y lectura del proceso grupal terapéutico, apoyado en un encuadre interno (formación y análisis del profesional) y otro externo que ha de ser claramente explicitado en la primera sesión grupal, y reiterado en las siguientes sesiones. Las condiciones de espacio, tiempo, horarios, duración, y fecha de finalización del tratamiento ofrecen las coordenadas del desarrollo del tratamiento. El cierre, en los grupos con encuadres breves, suele suponer el alta del paciente, aunque en algunos casos se da la posibilidad de iniciar un nuevo tratamiento, si es demandado por el propio paciente, y el profesional lo considera pertinente. En los grupos de pacientes con psicosis es diferente, la mayoría continúan en el siguiente encuadre grupal terapéutico.

Los grupos de encuadres prolongados, tienen sus períodos de apertura y de cierre, y se incluye en las dos o tres últimas sesiones, una evaluación. El objetivo es que sus integrantes, individual y colectivamente, valoren su estado actual, el trabajo realizado, y reflexionen acerca de sus fantasías de enfermedad, tratamiento y “curación”, y cómo se han modificado a lo largo el proceso. Estos momentos de evaluación de los pacientes tienen mucho interés porque aportan criterios para la valoración del alta o la continuación en otro dispositivo.

La experiencia analítica grupal es una experiencia básicamente de palabra, de diálogo interior y exterior, en la que se movilizan los afectos y se liberan las representaciones reprimidas, lo que permite la integración entre el pensamiento, afecto y acción. El deseo y buen hacer del equipo terapéutico es imprescindible para que los participantes se arriesguen a desplegar sus conflictos y problemáticas subjetivas. Y también para que abandonen su pasión de “no querer saber” y se atrevan a transitar el camino para desear conocer lo más propio, lo desconocido, lo inconsciente, aquello que les hace gozar y sufrir, y que remite a la fijación pulsional del sujeto. Por eso, la función interpretante, no es sólo la interpretación de sentido, sino que ha de apuntar también al goce displacentero del sujeto.

El grupo es instituyente de la subjetividad porque interviene en la dialéctica entre los grupos internos y el grupo real. En este proceso, el equipo acompaña a los sujetos en una función de “copensor”, en palabras pichonianas, se posiciona con su escucha y lectura como causa para que los otros puedan construir un discurso subjetivo que les permita continuar su camino en la vida. Les apoya para que puedan adquirir un pensamiento más complejo, que incorpore la contradicción, la incertidumbre, la diversidad y la incompletud que tanta angustia produce a los sujetos.

Desde un posicionamiento descentrado de los sujetos y del grupo favorece el diálogo y las comunicaciones radiales, laterales y circulares, y facilita el interjuego de las transferencias que dan gran enriquecimiento al grupo, ya que cada uno se hace depositario también de la transferencia de los otros. Esta multiplicidad transferencial que se da en la Clínica Grupal, al situarse el terapeuta en un lugar descentrado del proceso, ofrece las condiciones de estructuración del grupo terapéutico y de los procesos de significación y elaboración.

Con la estructura del grupo terapéutico nos referimos a la urdimbre y matriz grupal que produce los efectos que observamos, portavoces, “chivos expiatorios”, mecanismos diversos, como los de identificación, proyección, identificaciones proyectivas, depositación, segregación, entre otros; y multiplicidad de transferencias complejas, diversos factores terapéuticos nucleares y generales, y entrelazamientos de discursos subjetivos que generan la construcción de un “discurso grupal”.

Una estructura grupal en función de los diversos elementos que la componen, que además de estar interrelacionados, pueden cambiar de lugar y adoptar roles y funciones diferenciadas en la misma. En la estructuración del grupo dos elementos son fundamentales, la complejidad de las transferencias grupales y el discurso grupal; es decir, una multiplicidad de transferencias que facilitan la producción de los discursos subjetivos y del discurso grupal, y permiten la elaboración de las conflictivas subjetivas e intersubjetivas que están en el origen de la psicopatología de los sujetos.

Los procesos de significación se enriquecen por el entrecruzamiento de los diversos discursos y experiencias, las elaboraciones grupales facilitan las personales y viceversa. Estos interjuegos discursivos y afectivos generan las condiciones de posibilidad para la producción de cambios en los sujetos que pertenecen al grupo.

Por otro lado, es preciso tener en cuenta la transferencia del equipo terapéutico, en la que se incluye la intertransferencia entre el coordinador y observador. Brevemente señalamos que no ha de manifestarse, ni analizarse en el proceso grupal, ya que su análisis ha de realizarse en otros espacios como la supervisión o, mejor aún, en la experiencia analítica del terapeuta.

Respecto a la interpretación³⁸, y a las interpretaciones transferenciales, estamos de acuerdo con Foulkes cuando plantea que si el terapeuta se centra en ellas, se puede reforzar la neurosis; y en desacuerdo con aquellos autores que señalan que sólo las interpretaciones transferenciales son mutativas.

El coordinador en sus intervenciones ha de procurar no atraer hacia su persona la transferencia sino referirla al grupo como totalidad y cuando sea pertinente señalar lo vincular e intrapsíquico. Ha de trabajar en el aquí/ahora y no hacer una búsqueda activa del pasado, que no quiere decir que no trabaje con el mismo, ya que el pasado siempre surge y se reactualiza en el aquí-ahora.

Por otro lado, como en la teoría operativa de grupo, el terapeuta no es el líder del grupo, su función no es solo interpretar, y por ello habitualmente realiza otro tipo de intervenciones que son fundamentales, como son las preguntas, los señalamientos y las puntuaciones (de las certezas, lapsus, contradicciones, ambivalencias, indecisiones, ambigüedades, doble sentidos...etc), Son intervenciones centradas en el discurso del paciente y del grupo, que favorecen la toma conciencia de lo que se hace y se dice, y por tanto, de las disociaciones que se realizan. Posteriormente cuando discriminen y observen la diferencia entre los dichos y los decires se podrá plantear el porqué de los pensamientos, afectos y acciones.

El grupo terapéutico es un espacio privilegiado para el análisis de algunos afectos que afectan al sujeto y que son más difíciles de abordar y analizar en el trabajo individual. Nos referimos a la envidia, la competencia, la rivalidad, los celos y la agresividad, y también a otras problemáticas como la omnipotencia, el narcisismo y la desconfianza en las relaciones interpersonales que se develan y manifiestan en el grupo en relación con los otros y en presencia de todo el grupo.

En el desarrollo del proceso terapéutico se dan fenómenos en espejo, se generan confrontaciones y resonancias entre las diversas imágenes, fantasías, sentimientos, relaciones y vivencias de los sujetos, y es en estas diferentes aproximaciones y elaboraciones como se producen los cambios en los grupos internos de los sujetos.

En el grupo terapéutico observamos un doble nivel de efectos terapéuticos, y estoy de acuerdo con Buzzaqui³⁹ en diferenciarlos en “efectos analíticos” y “efectos terapéuticos”. Los efectos analíticos se derivan de las intervenciones del terapeuta, y los efectos terapéuticos se producen en la interdependencia e interrelación entre los participantes y el equipo terapéutico.

El efecto analítico del equipo se potencia con las intervenciones horizontales de los participantes, y éstos con sus palabras, gestos o acciones producen efectos terapéuticos en sus compañeros. Este es un factor terapéutico de gran interés porque contribuye de manera importante a la potencialidad terapéutica de los grupos. Estas intervenciones de los participantes son efecto del aprendizaje que se producen en los grupos, los sujetos apprehenden el funcionamiento del inconsciente de los otros y del propio al realizar un trabajo de observación de las intervenciones e interpretaciones del equipo durante el proceso.

La función del equipo (una vez que se ha estructurado el grupo, que se evidencia en el “nosotros grupal” y muestra el denominado “narcisismo grupal”) es apoyar a los participantes a que intervengan y realicen sus propias intervenciones o interpretaciones tanto respecto a sus problemáticas como a las de los otros. Es decir, se interviene para causarles el deseo de que se abran a su inconsciente y al de los otros, para que quieran saber y conocer acerca de los modos de vinculación de cada uno en la situación grupal.

La triangulación de la organización grupal⁴⁰, que fue conceptualizada por Bauleo (coordinador-grupo-tarea), señala que el vínculo entre grupo y coordinador es mediado por la tarea terapéutica; una organización que se produce y modifica a lo largo del proceso. Un transcurso en el que se construye “lo grupal” y la “función de coordinación y observación”, siempre que el equipo terapéutico sepa orientar los procesos de significación en base a los encadenamientos de los emergentes grupales en movimientos sucesivos, hacia delante y hacia atrás, y a lo largo de la historia del grupo.

Es la dialéctica en espiral, de lo manifiesto a lo latente y de lo latente a lo manifiesto, lo que posibilita la recuperación y elaboración de aquellos elementos verbales o no, que habían sido reprimidos, denegados o rechazados. . Los procesos de elaboración son potenciados, como decíamos, por la multiplicidad de objetos y transferencias que se dan en las innumerables interacciones producidas entre los diversos integrantes.

Un instrumento de utilidad son las dramatizaciones, facilita la resonancia fantasmática entre los miembros, y ofrece mayores posibilidades de expresión y elaboración de los conflictos por la riqueza de las representaciones dramáticas, las inversiones de roles, los soliloquios, etc.

En los pacientes con enfermedades orgánicas⁴¹ y en aquellos que tienden a somatizar los conflictos y son vulnerables a padecer patologías somáticas crónicas, es fundamental el grupo como espacio de contención pulsional, y de simbolización de los conflictos. En estas patologías somáticas, los grupos terapéuticos son muy eficaces porque además de mejorar su salud física y mental aminoran los grandes costes económicos que suponen estas patologías cuando no son abordadas psicoterapéuticamente.

3.- Los criterios de evaluación del proceso grupal

En nuestra trayectoria profesional hemos constatado que el grupo terapéutico es la mejor herramienta terapéutica en los Servicios de Salud Mental, ya sean realizados desde cualquier dispositivo (Centros de Salud Mental, Hospitales de Día, Unidades de Agudos, Rehabilitación y Recuperación, Centros de día), o en cualquier psicopatología (leves, moderadas y graves).

La Clínica Grupal, basada en una psicopatología grupal psicoanalítica tiene como campo de aplicación el grupo terapéutico, y plantea “el grupo” como el principal agente de la cura. En esta clínica, el “vínculo” y el “grupo interno” son dos conceptos centrales. El sujeto es pensado, de acuerdo con Quiroga⁴², como la síntesis de los vínculos que se han establecido a lo largo de la vida, y la noción de “grupo interno” hace referencia a la internalización de los vínculos familiares. El grupo interno se externalizará en el proceso terapéutico, y el sujeto podrá observar sus modos de vinculación internos en el grupo terapéutico real.

Los grupos internos de cada participante se manifiestan en los diferentes vínculos transferenciales que, a su vez, producen la “transferencia grupal múltiple”, que decíamos se caracteriza por su complejidad, multiplicidad y diversidad. El grupo interno se conforma por los vínculos establecidos en el grupo familiar, entre las figuras más significativas de la vida del sujeto y con éstas, y el grupo terapéutico real también se estructura en base a redes

vinculares. Y, por tanto, estas redes vinculares en el grupo externo se constituyen por los vínculos entre los participantes, pero están también en función de los grupos internos de cada sujeto.

La Clínica Grupal es una clínica vincular, que permite develar lo inconsciente de cada sujeto, y también lo inconsciente que se genera entre los sujetos. Facilita la observación de la estructura fantasmática de cada uno y conocer los vínculos que establece en el grupo real, es decir, posibilita observar y analizar los diferentes modos de relación con el objeto que se muestran en las diversas estructuras fantasmáticas que se interrelacionan en el grupo.

El equipo terapéutico observa el sujeto y el grupo, y dirige su mirada, escucha y lectura hacia lo que se produce en estas interacciones, relaciones y vínculos. El grupo terapéutico se constituye en esta mirada de sostén, en esta escucha y lectura analítica, y va creando un espacio, una red vincular conformada por los vínculos construidos entre los integrantes y con el equipo. Estos vínculos son efecto de la permanente dialéctica entre el exterior y el interior, y se juegan en un espacio transicional en el que los vínculos internalizados se externalizan, y los del grupo externo, real, se internalizan a lo largo de todo el proceso terapéutico.

En los Servicios de Salud Mental, el grupo terapéutico se ha evidenciado como un instrumento muy potente para aliviar el malestar y el sufrimiento de la población por la riqueza de la multiplicidad de vínculos que consueñan, resuenan, o se confrontan. Pero siempre que estos grupos sean coordinados por psicoterapeutas grupales que hayan realizado una prolongada y pertinente formación en psicoterapia de grupo. Ya que estos grupos centrados en la tarea terapéutica tienen gran interés porque permiten elaborar individual y colectivamente los conflictos y problemáticas de cada participante, en una tarea no lineal que tiene sus momentos de regresión y progresión a lo largo del proceso grupal.

En este proceso terapéutico, es importante que los participantes, tengan un rol activo, que abandonen la pasividad y se sitúen como protagonistas activos de su historia. En el grupo se facilita este pasaje por el encuentro entre las diferentes subjetividades, porque la interacción entre las mismas disminuye sus resistencias y genera un deseo compartido, que es fundamental realizar el cambio subjetivo. Este trabajo en común posibilita la disminución de las resistencias, obstáculos, angustias y conflictos, y permite aminorar la culpa y la inhibición, lo que facilita el proceso de elaboración ya que promueve la integración entre pensamiento, afecto y acción.

En este abordaje terapéutico, como plantea Pichon se da un doble nivel: el análisis de los grupos internos (que denomina psicosocial), y el estudio de la dinámica grupal e institucional (sociodinámico). Un proceso en el que se dan multiplicidad de miniprosesos de

interrelación e interacción, y miniprosos de significación y elaboración que permiten salir del registro de la necesidad y de la demanda. Este hecho propicia la emergencia de los deseos de cada uno, que en algunos casos serán puestos en acción y llegarán a convertirse en proyectos al finalizar el mismo.

Nuestro objetivo en el grupo terapéutico es disminuir la angustia de los integrantes para que puedan abrirse a conocer el significado de sus síntomas y comprometerse en el proceso de significación y elaboración de su malestar. La Clínica Grupal trata de resolver los obstáculos que frenan el desarrollo del individuo en el grupo, porque como decía Pichon: “el hombre no es comprensible en sí mismo y para su comprensión se precisa el estudio de su contexto social, que da las bases para el proceso terapéutico”⁴³.

La formación y la práctica en Clínica Grupal permite abordar la complejidad de la psicopatología en los grupos terapéuticos y visualizar aspectos significativos del sujeto que no son accesibles al trabajo individual. El campo grupal posibilita la producción de multiplicidad de escenas que pueden ser compartidas, permite observar los “fenómenos en espejo y de resonancia” entre los participantes. Este despliegue y multiplicidad de escenas y problemáticas tiene como efecto la multiplicación de las posibilidades de significación y elaboración de los conflictos de los integrantes.

A través de los fenómenos de resonancia que se dan en el grupo, Anzieu interpreta la tensión común, que es una interpretación en el aquí-ahora que permite aprehender el inconsciente en sus manifestaciones grupales. Estos fenómenos de resonancia entre los miembros ya fueron descritos por Foulkes, pero Anzieu añade que posibilitan que lo individual se resuelva por lo colectivo y lo grupal por lo individual.

Estos mecanismos forman parte de “lo inconsciente grupal” para Anzieu, y aunque en el modelo operativo se denomine “latente grupal”, ¿podríamos pensarlo también como un inconsciente grupal, que surge en el interjuego de los inconscientes de los sujetos y en la relación con los inconscientes del equipo terapéutico? ¿Un inconsciente grupal conformado en el interjuego de comunicaciones inconscientes entre lo colectivo y lo subjetivo y que influiría en el inconsciente de cada sujeto, si no es leído en el encadenamiento de los emergentes e interpretado por el equipo terapéutico?

En los grupos terapéuticos trabajamos para disminuir la resistencia al cambio y para que el sujeto realice un uso menor de los mecanismos defensivos para permitir la apertura al inconsciente. Nuestras intervenciones pueden posibilitar esa apertura y facilitar la manifestación de las formaciones del inconsciente que se presentan de manera permanente, como el síntoma, o aquellas expresiones inconscientes que surgen de manera más puntual, como en los sueños o en los lapsus. En los grupos promovemos la articulación entre

elaboración individual y grupal, y ello permite la toma de conciencia de los modos de relación y vinculación con los otros; unas elaboraciones que canalizarán el proceso de cambio subjetivo y del grupo.

La elaboración de los “criterios de evaluación del proceso terapéutico grupal”⁴⁴ siempre ha sido un tema de mucho interés en nuestra Clínica Grupal. su investigación fue uno de los primeros objetivos en los años 80, en el Departamento de Clínica Grupal del “Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal (C.I.R.)”, del que fui coordinadora durante cuatro años.

En este trabajo he reelaborado estos criterios y los agrupo en seis, cinco de ellos se refieren al proceso grupal, y el sexto a la medicación:

- I- Menores niveles de angustia, ansiedad y relato de síntomas en los sujetos. Y en el grupo, disminución de malentendidos, mayor comunicación y expresión de los afectos entre los integrantes.
- II- Disminución de los mecanismos de defensa subjetivos (menor represión, proyección, negación, depositación, denegación y rechazo), y también grupales. Menor dependencia del terapeuta con mayor integración de lo disociado y reintroyección de lo proyectado.
- III- Menor organización de subgrupos dentro del grupo como expresión de la resistencia al cambio. Y mayor movilidad de roles e interiorización de formas de vinculación menos patológicas.
- IV- Acercamiento a la Tarea Terapéutica. Mayor afiliación, cohesión grupal, pertinencia y pertenencia al grupo. Mayor cooperación, aprendizaje y aceptación de las diferencias dentro del grupo.
- V- Pasaje de la elaboración individual a la grupal con mejor insight individual y grupal. Producción de “efectos terapéuticos” en las intervenciones de los integrantes. Emergencia de proyectos individuales y mayor participación social.
- VI- Disminución en el uso de medicación ansiolítica, antidepresiva y neuroléptica.

4.- La relación clínica, el equipo institucional, los grupos de reflexión y la formación^{45 46 47 48 49 50 51}

El núcleo central en la práctica clínica es la relación psiquiatra/psicólogo-paciente. La evolución y pronóstico de los procesos dependen de variables que corresponden al enfermo y a la enfermedad, pero también de las referidas a la formación y subjetividad del profesional. Es decir, de sus conocimientos teóricos y prácticos, y de su habilidad personal para que la relación profesional-paciente se convierta en un vínculo terapéutico. Esta

variable es fundamental en los resultados del tratamiento, por lo que hay que cuidar la buena formación del psicoterapeuta, y promover espacios que contribuyan a un mejor conocimiento de sus modos de relación y vinculación con los pacientes, que están en función de su estructuración psíquica personal.

La formación teórica, la experiencia clínica y el análisis personal del psicoterapeuta son herramientas imprescindibles en su trato con los pacientes, y en el tratamiento que les ofrecen. Nuestra ética profesional nos compromete a conocer nuestros modos de vinculación, nuestra manera de relacionarnos con los otros, ya que es fundamental que el vínculo que establecen con nosotros no les produzca mayor estrés y tensión en su proceso.

Es preciso tener en cuenta que esta relación profesional- paciente como es una relación de ayuda y de necesidad para el paciente, también puede generar “angustia” en el profesional. Este afecto es central y habitual en la práctica clínica, como constaté en los resultados de mi tesis doctoral sobre la relación médico –paciente⁵². En la amplia encuesta que realicé con todos los médicos de Getafe, en la Comunidad de Madrid, pude constatar que el 90% de los médicos de Atención Primaria reconocían experimentar ansiedad o angustia en su práctica médica.

Esta angustia para el 70% era moderada, pero casi un 20% afirmaba que tenía un nivel alto. Estos datos nos muestran la relevancia de la ansiedad y angustia en la práctica de los médicos que, por otro lado, también se confirmaban en la investigación cualitativa; unas circunstancias que evidencian la necesidad urgente de que los gestores sanitarios promuevan metodologías de trabajo grupales que ayuden a su elaboración.

Los datos cualitativos los obtuvimos a partir de un trabajo grupal con médicos de un Centro de Salud de Parla, también en la Comunidad de Madrid. La tarea en estos grupos fue trabajar sobre las ansiedades, angustias, afectos, y las dificultades que tenían en la relación médico-paciente. Esta experiencia grupal les permitió hablar de la práctica clínica (de la enfermedad, del paciente, del equipo y de la institución), y les permitió algunas elaboraciones de estas problemáticas. El trabajo grupal facilitó la relación con los pacientes y familiares, y ayudó a una mejor resolución de la enfermedad.

Frente a la angustia que genera la práctica clínica, el trabajo en Equipo en la organización de la institución, es una variable muy significativa, en mi tesis se concluye que es un factor protector; el trabajo en equipo disminuye la angustia en un 50%. La coordinación con Atención Primaria y Servicios Sociales era otra variable significativa, por lo que reivindicamos la necesidad de revitalizar los programas entre Salud Mental y las Instituciones Sanitarias y Sociales del Área.

Los grupos de reflexión institucional son fundamentales para disminuir la ansiedad y la angustia de la práctica clínica, y también para que haya menor presencia de las pulsiones de muerte en las instituciones. Éstas pulsiones se hacen muy patentes en algunos centros, y promueven mucho sufrimiento a los profesionales que a su vez es transmitido inconscientemente a los pacientes.

Estos grupos, que en el momento actual se están apoyando por los responsables sanitarios, proponen encuadres en los que participan todos los profesionales con la tarea de abordar las problemáticas institucionales y abordar los obstáculos que impiden el trabajo clínico o social. Este trabajo grupal permite la elaboración de transferencias y elementos que obstaculizan la relación, y de ese modo se mejora la dinámica grupal y los vínculos entre los profesionales, lo que permite definir las tareas, objetivos y roles e ir construyendo el equipo de la institución. Si estos grupos tienen un encuadre pertinente podrán compartir y elaborar un ECRO común (esquema conceptual referencia y operativo).

Estos grupos han de ser coordinados por supervisores externos a la institución, y en los que hemos realizado ha disminuido la angustia de los profesionales y se han mejorado la realización de las tareas asistenciales. Estos dispositivos grupales han de ser respetados por la institución y encuadrarse con metodologías pertinentes, con una frecuencia y duración adecuada que permita facilitar a los profesionales la elaboración de lo no dicho o no significado.

Estos grupos de reflexión institucional se han coordinado con diferentes metodologías, entre ellos, los grupos Balint, Operativos, Grupoanalíticos y Psicodramáticos, porque han mostrado buenos resultados, y ser de mucha utilidad para el análisis de estas problemáticas. Estas experiencias grupales les permite vivenciar la eficacia de la palabra y su importancia en la resolución de los conflictos, además de promover la necesidad de formación en psicoterapia grupal.

Estos grupos permiten luchar contra la inercia de las instituciones que prefieren ofrecer tratamientos biológicos, el problema es que estas actitudes llevan a arriesgadas consecuencias personales y sociales, ya que de este modo quedan los conflictos reprimidos, denegados o forcluidos. Una ventaja de estos espacios de reflexión institucional y de discusión de casos, en la época de formación de la especialidad, es que promueve en los futuros psiquiatras y psicólogos el deseo de realizar grupos terapéuticos con los pacientes. El grupo les ayuda a vivenciar que la palabra es fundamental en la resolución de los conflictos de los pacientes y en la elaboración de su historia singular.

Estos grupos mejoran las dinámicas de las organizaciones asistenciales, facilitan el trabajo en equipo y generan ambientes más contenedores y terapéuticos; y son un

excelente instrumento para que los profesionales se acerquen a la Clínica Grupal y se sensibilicen para realizar una formación en Psicoterapia de Grupo que tan buenos resultados va a ofrecer en el ejercicio de su profesión. Insistimos en la necesaria inclusión de la Psicoterapia de Grupo en los Planes de Salud Mental, tanto a nivel nacional como autonómico, y en todos los Programas de Formación de las diversas especialidades en Salud Mental.

Hasta el momento actual, la formación grupal se ha realizado por la voluntad y el esfuerzo de los profesionales, y hoy en día son excepcionales los Servicios, como el de Salud Mental Parla en Madrid, que han implementado una Unidad de Psicoterapia de Grupo en la que ofrecen numerosos grupos terapéuticos y donde los residentes pueden participar como observadores y, posteriormente como coordinadores.

Este trabajo se ha hecho relevante por su larga tradición en psicoterapia de grupo. Los C.S.M. de Getafe y Parla en los años 80 eran centros pioneros de la psicoterapia de grupo en España, y en Madrid. En Parla, a finales de los 80, iniciamos con Mariano Hernández y posteriormente con Emilio Gamo, un amplio Programa de psicoterapia de grupo para pacientes con distintas patologías, y en el que se trabajaba también con familiares. Este programa se ha continuado y desarrollado por Cristina del Álamo, que es actualmente la responsable de dicha Unidad.

La formación en psicoterapia de grupo es fundamental si se quiere ofrecer psicoterapia a la población que lo demanda. Los datos de tratamientos en grupos terapéuticos es muy variable, si nos referimos a Cataluña las cifras oscilan entre el 0.5 al 50%, lo que evidencia que el tipo de tratamiento que se ofrece depende del interés y formación de los profesionales, y que no hay una política institucional que defina los tratamientos que son más eficaces a medio y largo plazo. Las políticas en Salud Mental han de ser equitativas, y no se puede dejar la oferta de tratamientos psicoterapéuticos grupales al interés de las instituciones y profesionales. Se deben ofrecer en todos los Servicios y a todos los pacientes que lo necesiten porque la psicoterapia de grupo ha demostrado ser muy eficaz en todas las manifestaciones psicopatológicas.

Es imprescindible que la psicoterapia de grupo se incluya en los Programas de formación de los especialistas M.I.R., P.I.R. y E.I.R., tanto en sus contenidos teóricos como prácticos, y que se lleven adelante en los diferentes dispositivos desde el “Programa de psicoterapia de grupo” del C.S.M. Un programa que ha de ser coordinado por un psiquiatra y un psicólogo con la formación personal y teórico-técnica pertinente⁵³, y que asegure la práctica clínica grupal en todos los años de la especialidad. Las Comisiones Nacionales de las especialidades de psiquiatría y psicología han de responsabilizarse y comprometerse en sus programas de esta formación, y realizar el seguimiento de estos compromisos.

Las Comisiones Nacionales de Psiquiatría y Psicología han de tener claro que la Psicoterapia de Grupo es una herramienta terapéutica esencial en los servicios públicos, y que los futuros especialistas han de aprender la observación y coordinación de los mismos en un largo aprendizaje teórico-práctico a lo largo de toda la especialidad. Han de promover y fomentar las metodologías grupales en la formación para que en los grupos los especialistas aprendan a escuchar la angustia y el malestar de las personas que consultan.

La formación en psicoterapia de grupo es uno de los objetivos de la Sección de Psicoterapia de Grupo de la A.E.N. y por eso en el mes de junio de 2018, en el último Congreso de la A.E.N. en Córdoba, organizamos una “Mesa de Formación en Psicoterapia de Grupo”, en la que participé con una ponencia que planteaba las líneas generales de la misma. Nuestro objetivo era que los profesionales se guíen en su trabajo por la Clínica Grupal, que incluye la individual, y cuyo campo de aplicación son los grupos terapéuticos que se han evidenciado como instrumentos de gran potencialidad para producir efectos terapéuticos y también cambios subjetivos en los sujetos.

5.- Otras referencias bibliográficas

- Bauleo, A., Boletín Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal, nº 8.
- Bauleo, A., Ideología, grupo y familia, Buenos Aires, Ed. Kargieman, 1974.
- Bauleo, A., Notas de Psicología y Psiquiatría Social, Ed. Atuel, 1988.
- Belaga, G., “Salud mental, una totalidad fallida”, Rev. Lacan Cotidiano nº 42.
- Bion, W.R., Experiencias en grupos, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1972.
- Bleger, J., Simbiosis y ambigüedad, Buenos Aires, Ed. Paidós, 1978.
- Bleger, J., Temas de Psicología, entrevista y grupos. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión. 1971.
- Caparrós, N., Las indicaciones de la psicoterapia de grupo, El grupo, lugar de encuentro y divergencia, Madrid, Gráficas Marte, 1988.
- Caparrós, N., De la psicoterapia individual a la Psicoterapia de Grupo, Rev. Clínica y Análisis Grupal, nº 8, Madrid.
- Caparrós, N., Teoría y práctica de grupos operativos, Psicología y Sociología del grupo. Ed. Fundamentos, Madrid, 1975.
- Corcés, V., Clasificaciones triaxiales en Psiquiatría, Rev. Psiquiatría Pública, vol. II, nº 3, Madrid, 1988.
- Duro, J. C., Salud Mental. Contribuciones a nuevas prácticas comunitarias, Rev. A.E.N., nº 25, Madrid, 1988.

Freud, S., La iniciación del tratamiento. Obras Completas, tomo V; Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico, op. cit. tomo V; Puntualizaciones sobre el amor de transferencia, op. cit. tomo V; Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica, op. cit. tomo IX; Análisis terminable e interminable, op. cit. tomo IX, Madrid, Ed., Biblioteca Nueva, 1972.

Gear y Liendo., Psicoterapia de la pareja y del grupo familiar, Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 1974.

Guattari, F., Psicoanálisis y transversalidad, Buenos Aires, Ed. Siglo XXI, 1976.

Jaques, Elliot y Menzies, Los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad, Buenos Aires, Ed. Hormé, 1980.

Kesselman, H., El misterio de la dinámica grupal, Lo grupal 2, Buenos Aires, Ed. Búsqueda, 1985.

Scherzer, A., Emergentes de una psicología social sumergida, Montevideo, Ed. de la Banda Oriental, 1987.

Winnicott, D.W., Escritos de pediatría y psicoanálisis, Ed. Laia, Barcelona, 1981.

Citas bibliográficas

- ¹ Jhonstone, L., Boyle, M., El marco de poder, amenaza y significado, The British Psychological Society, 2018
- ² Lamas, S., "El D.S.M. III y el Consenso, Boletín de Asociación Galega de Salud Mental", nº 8, 1987.
- ³ Álvarez, J.M.; Estudios de psicología patológica, Xoroi Ed., 2017
- ⁴ Gamo Medina, E., Gómez Esteban, R.; (coordinadores), Grupos terapéuticos y asistencia pública, Madrid, ed. A.E.N., 1997.
- ⁵ Gómez Esteban, R., El médico como persona en la relación médico-paciente, Madrid, Ed. Fundamentos, 2002.
- ⁶ Gómez Esteban, R., "El «discurso grupal», factor terapéutico central en la psicoterapia de grupo" en Castro Oller, M., Gómez Esteban, R., De la Hoz Martínez, A., La Psicoterapia de Grupo en los Servicios de Salud Mental, AEN, 2018.
- ⁷ Nacher, G., Loren Camarero, J.A., Del diván al círculo, Madrid, Ed. Tecnipublicaciones, S.A., Col. Continente/Contenido, 1985.
- ⁸ Freud, S., Psicología de las masas y análisis del yo, Obras Completas, tomo VII, Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1972.
- ⁹ Devereux, G., De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento, Ed. S. XXI, México, 1977.
- ¹⁰ Bleger, J., Temas de psicología, Entrevista y grupos, grupos operativos en la enseñanza, Ed. Nueva Visión.
- ¹¹ Lacan, J., Seminario II: "Le Moi". Biblioteca Freudiana de Rosario, Rosario, 1979.
- ¹² Segal, H., Introducción a la obra de Melanie Klein, Buenos Aires, Ed. Paidós, 1975.
- ¹³ Lacan, J., "La Psiquiatría inglesa y la tierra", *Levolutionpschyquiatrique*, 1974, vol. I.
- ¹⁴ Laurent, E., "Lo real y el grupo", *Rev. Ornitar, Digital*, n. 114, 2002.
- ¹⁵ Beyer, R., "El concepto de organizador grupal. La Escuela Francesa". Centro de Formación en Psicología Social, ficha 10, internet.
- ¹⁶ Bauleo, A., Lo Grupal 6, Ed. Búsqueda, Buenos Aires, 1988.
- ¹⁷ Paulovsky, E., Clínica Grupal, Buenos Aires, Ed. Búsqueda, 1974.

-
- ¹⁸ Departamento de Clínica Grupal. Boletín del Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal, nº 9.
- ¹⁹ Gómez Esteban, R., "Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo en los Trastornos Límite de Personalidad" en Gómez Esteban, R. y Rivas Padilla, E., "El psicoanálisis en lo social y en lo político. Consideraciones sobre "la verdad y la mentira en sendos campos". La cuestión de lo público y lo privado, Madrid, Ed. A.E.N., 2010.
- ²⁰ Gómez Esteban, R., "Agresividad, violencia y odio en el Trastorno Límite de Personalidad", en Irazábal, E., coord, Situaciones grupales difíciles en salud mental, Madrid, Ed. Grupo 5, 2014.
- ²¹ Gómez Esteban, R., "Una perspectiva psicoanalítica y grupal de los Trastornos Límite de Personalidad" en Experiencias terapéuticas grupales, Irazábal Martín, E., Hernández Monsalve, Madrid, Grupo 5, 2013.
- ²² Gómez Esteban, R., ¿Trastorno bipolar / psicosis maníaco depresiva o psicosis melancólica bipolar?: tratamiento con psicoterapia psicoanalítica grupal combinada con psicofármacos en Gómez Esteban, R. y Rivas Padilla, E., La integración del psicoanálisis en la sociedad de nuestro tiempo, Madrid, Ed. A.E.N., 2007
- ²³ Gómez Esteban, R. Psicoterapia de grupo psicoanalítica en la esquizofrenia, algunas fases del proceso grupal, en Gómez Esteban, R. y Rivas Padilla, E., La práctica analítica en las Instituciones de Salud Mental, la Psicosis y el malestar en la época actual, Madrid, Ed. A.E.N., 2006.
- ²⁴ Gómez Esteban, R., "Grupos terapéuticos con pacientes esquizofrénicos y familiares coordinados con técnica analítico - operativa", en Terapias e Intervenciones grupales, Madrid, ed. Duphar, 1998.
- ²⁵ Gómez Esteban, R.; Viña Guzmán, M^a J., Psicoterapia de psicoanalítica de grupo con pacientes esquizofrénicos en Gómez Esteban, R.; Gamo Medina, E., coordinadores, Grupos terapéuticos y asistencia pública, Madrid, ed. A.E.N., 1997.
- ²⁶ Gómez Esteban, R., Grupos terapéuticos con pacientes psicóticos en los S.S.M., en Ingala, A.; Gómez Esteban R.; Frére, J.; González Guillén, A.; El Malestar en la Cultura, libro de las II y III Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la A.E.N, Madrid, ed. A.E.N., 1992
- ²⁷ Gómez Esteban, R., "Factores terapéuticos en la psicoterapia de grupo" en Ceverino, A., coord., Salud mental y terapia grupal, Madrid, Ed. Grupo 5, 2014.
- ²⁸ Gómez Esteban, R., "Algunos aspectos y conceptos de la Clínica Grupal", en Bauleo, A.; Duro, J.C.; Vignale, R., La concepción operativa de grupo, Madrid, ed. A. E. N., 1990.
- ²⁹ Gómez Esteban, R., Concepción Operativa de Grupo y Psicoterapia Grupal Psicoanalítica Operativa, Rev. Área 3, Homenaje al profesor Armando Bauleo, nº especial 2, 2008.
- ³⁰ Pichón Riviére, E., El proceso grupal, Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 1975.
- ³¹ Gómez Esteban, R., Amilivia, S., "Algunas formas de la resistencia al cambio en el aprendizaje grupal", Rev. A.E.N., 1988, 26: 427 - 437.
- ³² Bauleo, A., Los aspectos terapéuticos vistos por la C.O.G.. El grupo, lugar de encuentro y divergencia, Madrid, Gráficos Marte, 1988.
- ³³ Scherzer, A., Grupo familiar, Grupo Operativo y Psicología social, Montevideo, Ed. Imago, 1980.
- ³⁴ Gómez Esteban, R., "Clínica grupal psicoanalítica/operativa y "emergente" , Rev. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales, 2014, nº 18.
- ³⁵ Bajtin, M., Las fronteras del discurso, Buenos Aires, Las cuarenta Ediciones, 2011.
- ³⁶ Gómez Esteban, R., "El discurso grupal", factor terapéutico central en la psicoterapia de grupo", Rev. Área 3, cuadernos de temas grupales e institucionales, 2018, extra nº3.
- ³⁷ Cocoz, V., Freud, un despertar de la humanidad, Barcelona, Gredos, 2017.
- ³⁸ Gómez Esteban, R., "La interpretación en la psicoterapia de grupo psicoanalítica", Rev. AEN, 2017, 132:379-399.
- ³⁹ Buzzaqui, A., El grupo operativo de Enrique Pichón Riviére: análisis y crítica, Tesis doctoral, Madrid, 1999.
- ⁴⁰ Escudero Álvaro, C., Gómez Esteban, R., "La estructura triangular en el proceso grupal", Rev. Clínica y Análisis Grupal, 1981, 28: 264 - 280.
- ⁴¹ Gómez Esteban, R., "El discurso grupal en las patologías neuróticas, psicótica, borderline y enfermedades orgánicas", Rev. Área 3, cuadernos de temas grupales e institucionales, 2018, número especial 3.

-
- ⁴²Pampliega de Quiroga, A., "El concepto de grupo y los principios organizadores de la estructura grupal en el pensamiento de E. PichonRivière, número homenaje al doctor PichonRivière. Rev. Temas de Psicología Social. Año I-nº1-1977.
- ⁴³Pichón Rivière, E., El proceso grupal, Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 1975.
- ⁴⁴De Felipe García-Bardón, V., Vílchez Trigueros, F., Larrosa Chacón, A., "Análisis cualitativo sobre los vectores del cono invertido en psicoterapia grupal". Rev. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales, 2018, nº 3.
- ⁴⁵Gómez Esteban, R., "Análisis de la relación médico - paciente y proceso grupal", Rev. A.E.N, 1990, 33: 191 - 203.
- ⁴⁶Gómez Esteban, R., "La relación médico - paciente, efectos sobre la salud del médico", Psiquis, 2003, nº 2, (24): 4-16.
- ⁴⁷Gómez Esteban, R., "El estrés laboral del médico: burnout y trabajo en equipo", Rev. AEN, 2004, nº 90: 41-57.
- ⁴⁸Gómez Esteban, R., Antecedentes y estado actual sobre la relación médico-paciente en Ingala, a.; Frère, J.; Mansilla F.; Melendo, J. J.; Rivas, E., La intervención psicoanalítica en la Institución Pública, Madrid, ed. A.E.N., 1995.
- ⁴⁹Gómez Esteban, R., "El equipo de salud mental", en Leal, J.; Escudero Nafs, A., La continuidad de cuidados, Madrid, Ed. A.E.N., 2006.
- ⁵⁰Leal Rubio, J., "Diálogo con Valentín Barenblit* acerca de la supervisión institucional en los Equipos de Salud Mental ", Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol. XIII, Suplemento I1, 1993
- ⁵¹Vallejo Jimenez, F., "Grupo, equipo e institución en los contextos actuales sanitarios" en Castro Oller, M., Gómez Esteban, R., De la Hoz Martínez, A., La Psicoterapia de Grupo en los Servicios de Salud Mental, AEN, 2018.
- ⁵²Gómez Esteban, R., Tesis doctoral sobre "Las ansiedades del médico en la relación médico - paciente", Octubre 2000, dirigida por el Prof. Enrique Baca Baldomero, Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid.
- ⁵³Gómez Esteban, R., "Formación en Psicoterapia de Grupo Psicoanalítica, Rev. Siso Saude, 2017, 60-61:113-141.