



Asociación para el Estudio de Temas Grupales,
Psicosociales e Institucionales

ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

EXTRA Nº 3 – verano 2018

Materiales presentados en la II Asamblea Internacional sobre Investigación en torno a la
Concepción Operativa de Grupo, Madrid 26-28 de abril de 2018

EL DISCURSO GRUPAL EN LAS PATOLOGÍAS NEURÓTICAS, PSICÓTICAS, BORDERLINE Y ENFERMEDADES ORGÁNICAS.

Rosa Gómez Esteban

Índice

- 1.- Introducción
2. El equipo terapéutico
- 3.- El proceso de construcción del discurso grupal
- 4.- Grupos terapéuticos: Neurosis, T.L.P., Psicosis (melancolía y esquizofrenia) y enfermedades orgánicas
- 5.- A modo de conclusión
6. Bibliografía

1.- Introducción

El discurso grupal ha sido motivo de mi interés en los últimos años porque lo considero un factor terapéutico central en la psicoterapia de grupo. Me refiero al discurso que se construye en la interrelación entre los sujetos y el equipo terapéutico, un discurso que se produce en cada encuentro y se articula a lo largo del proceso terapéutico.

Estos diferentes discursos en los grupos terapéuticos emergen en función de la vinculación de los sujetos con el lenguaje, de la estructuración psíquica y de la patología del

sujeto, y en ellos se observa las diferentes maneras de interpretar el mundo, y los diversos modos de relación y vinculación con los otros.

En los grupos de neuróticos, el discurso grupal gira básicamente alrededor de las preguntas acerca del deseo, de los padres y de los propios. Y en la psicosis, a pesar de sus graves limitaciones para hacer discurso con los otros, se constata el cuestionamiento de sus certezas delirantes místico-religiosas. Como se evidencia en este emergente central: ¿Por qué todos pensamos que somos Dios, Jesucristo, la Virgen o algún profeta?

El devenir grupal les hace dudar de las certezas delirantes y relacionarlas con la ideología religiosa predominante en nuestro país. En el diálogo grupal pueden interpretar estas vivencias como una respuesta megalomaniaca frente a la impotencia e indefensión que sienten frente al mundo que les rodea.

En los grupos con pacientes denominados “trastornos límite”, el síntoma fundamental es el pasaje al acto, lo que muestra sus dificultades de simbolización. En el proceso grupal vinculan los intentos de suicidio con las intensas situaciones traumáticas vividas. El desamparo y el maltrato son dos significantes fundamentales en la vida de estos sujetos, ya que la mayoría de las pacientes ha sido objeto de maltrato y abuso sexual y/o físico por las figuras parentales o cercanas.

2.- El equipo terapéutico

El equipo terapéutico, para ejercer su función, ha de situarse en una posición descentrada de la organización grupal y no ofrecerse como modelo de identificación y de Ideal del yo. En las primeras etapas del proceso, el equipo dirige sus intervenciones al encuadre y a la creación de una estructura grupal que permita acoger a los sujetos y contener los intensos movimientos pulsionales.

El grupo se transforma en un espacio de significación y simbolización, si el equipo posibilita que circulen las necesidades, demandas y deseos de los sujetos, y si interviene para develar el latente grupal y las formaciones del inconsciente de los sujetos que emergen durante el proceso.

El equipo, en funciones diferenciadas, ha de observar y organizar las cadenas de significantes porque es en ellas donde el inconsciente y el sentido insisten, para realizar la lectura de aquello que fue reprimido, no dicho, no pensado o rechazado. Se orienta por lo que se repite, lo traumático, lo no verbalizado para que puedan emerger los significantes reprimidos o forcluidos.

El equipo terapéutico con funciones claramente diferenciadas propone la “libre discusión flotante”, que nombrara Foulkes, para detectar aquellos emergentes de lo individual o grupal que pueden entrar en el proceso de significación. Selecciona aquellos elementos que puedan interrelacionarse entre lo dicho, no dicho, los actos, el contexto, y los sujetos productores del discurso en su interrelación. Los emergentes “inicial, central y final” que describiera Bauleo son de gran interés para orientarnos en las líneas del discurso grupal.

El analista grupal/coordinador aunque interviene sobre la grupalidad sostiene el pensamiento y el discurso individual para que los participantes puedan interrogarse acerca de sus problemáticas, síntomas y deseos. Señala las repeticiones transferenciales que permiten presentificar el pasado, para incorporarlo al presente, y de ese modo proyectarse hacia el futuro.

Realiza intervenciones/interpretaciones simbólicas sobre los existentes, que son los fenómenos que se dan en la realidad existencial del grupo y que están organizados en base al registro imaginario y real de los integrantes. Unos existentes que se transformarán en emergentes gracias a la interpretación, como señalaran Pichon- Rivière y Ana Quiroga.

Las intervenciones del coordinador se dirigen a las incoherencias, dudas, ambigüedades, contradicciones, dilemas, equívocos, paradojas, inversiones, negaciones y denegaciones. Y asimismo a las exclusiones y disociaciones entre el pensamiento/afecto/acción, y entre lo común/y diferente. Se preocupa de sostener los cuestionamientos y preguntas de los participantes para que lo dilemático se transforme en problemático. El reconocimiento de las diferencias es un aspecto central porque es fuente de conflictos en los grupos.

A través de sus diferentes modalidades de intervención -señalamientos, preguntas, puntuaciones, cortes o interpretaciones- hace consciente lo inconsciente de los sujetos y posibilita el trabajo de elaboración, al aportar los elementos significativos para el proceso de significación. Estas elaboraciones son muy importantes para que los acontecimientos traumáticos y los secretos familiares sean pensados y simbolizados, y de ese modo pueda evitarse su transmisión a través de las generaciones.

El **observador**, desde su posición en la periferia del grupo, más alejado de la mirada de los otros, puede observar, escuchar y elegir los significantes/emergentes de la grupalidad que emergen en la interdiscursividad. En su función de escucha/escritura/y lectura construye el latente grupal desconocido para los sujetos.

Desde una posición de silencio y escucha atenta observa y visualiza la grupalidad, y detecta aquellos emergentes de lo individual o grupal que pueden encadenarse para

producir efectos de significación. Reflexiona sobre las posibles cadenas asociativas de emergentes, en movimientos sucesivos hacia adelante y hacia atrás en un intento de comprender y develar lo latente grupal, para finalmente concluir en el acto de la lectura de la emergentes.

Pensamos la lectura de emergentes como el eje fundamental del “discurso grupal de la sesión”, que se cerrará con la inclusión de los emergentes posteriores a la misma. Este acto de lectura se realiza después del corte de la sesión por el coordinador, establecido en el encuadre, y que divide la sesión grupal en tres diferentes momentos. El primero, de diálogo y “discusión libre” de los participantes; el segundo, después del corte, que permite al coordinador y a los integrantes la escucha del discurso producido por el grupo. Y el tercer momento, después de la lectura de emergentes y hasta el cierre de la sesión grupal, que es el tiempo de comprensión de lo acontecido para los integrantes.

La función del corte tiene gran interés, es un punto de inflexión en el grupo, marca el pasaje del momento de interacción y comunicación a la escucha del discurso compartido; es un momento reflexivo acerca del discurso producido entre ellos y el coordinador. Es un momento de separación, de soledad, que permite tomarse distancia de las palabras de los otros y de las propias; una separación de la dinámica grupal que posibilita escuchar lo que se dice en los enunciados, aquello que está más allá de las palabras como medio de comunicación y diálogo.

Es un momento de escucha de los procesos de significación producidos en esa sesión grupal, que vislumbra también la apertura de otros sentidos que podrán formar o no parte de la historia del grupo. Es un momento privilegiado para que los participantes aprendan que los discursos están abiertos a múltiples interpretaciones y que se producen en función de los vínculos puestos en juego. Un tiempo en el que se puede observar la implicación de cada uno en el discurso y aprehender cómo se realizan los procesos de producción de sentido.

3.- El proceso de construcción del discurso grupal

La estructura del grupo terapéutico se constituye por dos variables: el discurso grupal y la transferencia grupal múltiple. El discurso grupal emerge en el diálogo y se construye con el material de los diferentes discursos subjetivos entrelazados; y nos muestra el deseo de pensar y buscar en común lo que hace sufrir a cada uno, ese “goce” desconocido para el sujeto que remite a la fijación pulsional. Como dijera Bejarano, el discurso grupal es el discurso de lo reprimido; siendo el grupo, el sujeto de ese discurso.

Es el discurso colectivo que se produce en el entrecruzamiento de los discursos producidos por cada sujeto, y no una mera sumatoria de discursos individuales, como plantearan O'Donnell y Baz. El **“discurso grupal de la sesión”** es la unidad mínima del discurso del grupo, y se construye a partir de la resonancia o disonancia de los discursos de los sujetos en cada encuentro grupal. Este discurso grupal de la sesión representa al grupo en ese momento y situación, y resignifica la historia previa del grupo.

Es un discurso abierto, ya que los significantes circulan libremente hasta que son señalados como emergentes de la dinámica grupal o individual y entran en el proceso de significación. Los emergentes no circulan en movimientos lineales ni circulares, sino por “retroacción”, ya que el acontecimiento posterior resignifica al anterior. Es un discurso que se construye y deconstruye, de acuerdo con Fernández y Foladori, y en el que la producción de sentido se da a partir de la lógica del discurso, y en coherencia con los límites del propio texto.

Es decir, surge del propio discurso porque sólo quienes lo enuncian construyen el discurso, de acuerdo con Foladori. Este proceso de significación incluye los diversos ejes de producción de sentido que se observan en los grupos, que corresponden a la verticalidad, horizontalidad, circularidad y transversalidad de los discursos; por ello Baudes de Moresco lo nombra de manera acertada “discurso crucigramático”.

El equipo terapéutico ha de mantener una posición de escucha silenciosa y de espera para que los participantes del grupo puedan proponer sus interpretaciones y sentidos. En sus intervenciones puntúa y subraya aquellos dichos, acciones, afectos, miradas, gestos y sonidos que son emergentes de la subjetividad o grupalidad, con el objetivo de descubrir aquellos nudos, puntos de goce y de displacer que muestran la fijación del sujeto.

Han de tener claro que el proceso de significación sólo puede darse si se fractura la lógica del signo que relaciona estrechamente significante y sentido. Por ello, han de rehuir de la rápida comprensión y de los sobreentendidos, y observar cómo se produce el deslizamiento de los significantes. De esa manera pueden detectar los emergentes que pueden asociarse y seleccionar la cadena/s asociativa/s, porque sólo desde ese lugar puede generarse la significación.

Es decir, el equipo ha de subrayar aquellas palabras y frases que sean capaces de generar relaciones con otras, y seleccionar aquellos elementos que al asociarse permitan decir aquello que no existe para hacerlo existir. El discurso grupal, por tanto, se produce en asociaciones significativas de emergentes, y en progresivas integraciones “entre” el pensamiento/afecto y acción; “entre” lo manifiesto y lo latente; “entre” la singularidad y la grupalidad; y “entre” lo común y lo diferente.

Es un discurso que se construye en función de movimientos pulsionales, transferenciales y transicionales que ponen de manifiesto los grupos internos de cada sujeto. Y que se produce en una multiplicidad de movimientos proyectivos e introyectivos, de identificación y desidentificación, de externalización del mundo interno e internalización del grupo externo, así como de disociación e integración.

Y también a través de movimientos transferenciales: verticales, laterales, horizontales y transversales; y de dinámicas con desplazamientos del pasado al presente y viceversa. Y asimismo en movimientos de lo manifiesto a lo latente, y “retroactivos” en los que los emergentes posteriores resignifican a los anteriores.

El discurso grupal, por tanto, se construye en los múltiples movimientos que se generan en el devenir del grupo, siendo fundamentales los que giran de la singularidad a la grupalidad y de la grupalidad a la singularidad. Y es efecto de la estructura grupal que se entreteje por la red de relaciones y vínculos que se conforman y complejizan a lo largo del proceso terapéutico. Estructuras complejas, a su vez, inmersas en movimientos de cambio y de resistencia, en función de los niveles de ansiedades confusionales y/o paranoides de los participantes.

El discurso grupal, podemos decir, es efecto del entrecruzamiento de los discursos individuales, duales, subgrupales, y grupales que se despliegan en el proceso terapéutico. Y que posibilita la emergencia de aquellos significantes/emergentes que fueron reprimidos/denegados/forcluidos, lo que a su vez permitirá la liberación de los afectos desplazados. Es un discurso que muestra las asociaciones de emergentes, que realizan cadenas multidireccionales de significación que permiten recuperar los eslabones perdidos.

El discurso grupal muestra el trabajo de elaboración del grupo y de los integrantes, es el texto de la historia del grupo. Este proceso de elaboración lo observamos en el emergente de un grupo de “trastornos límite”: ¿“Es una madre alguien que es cómplice de los abusos sexuales del padre? Este emergente nos muestra que las pacientes, en el proceso grupal, han vinculado sus síntomas a las causas que los producen; han podido hablar de los sentimientos hacia el padre y experimentar el odio hacia la figura materna que les dejó en el absoluto desamparo frente al padre cruel y abusador.

4.- Grupos terapéuticos: Neurosis, T.L.P., Psicosis (melancolía y esquizofrenia) y enfermedades orgánicas.

En los Servicios de Salud Mental de la CAM hemos realizamos grupos terapéuticos desde el año 1974 en diversas psicopatologías, y hemos observado que se producen discursos grupales muy diferentes en función de las diversas estructuras psíquicas de los

sujetos, de sus problemáticas, conflictos, mecanismos defensivos y diagnósticos. Los discursos difieren en función de que se trate de enfermedades somáticas o psíquicas, y dentro de éstas que sean subjetividades psicóticas, borderline, o neuróticas.

Estos discursos presentan mayor o menor coherencia en función de que se encuentren dentro del campo de la psicosis o de la neurosis y nos muestran la relación que el sujeto tiene el lenguaje, con su estructura significativa y con su modo de satisfacción particular. Es un discurso determinado por la implicación y el compromiso que tenga con sus propias palabras; el psicótico a diferencia del neurótico no se siente implicado en las mismas, son palabras que les vienen de los otros, les vienen impuestas.

Decíamos que el discurso grupal que se constituye a través de las diversas cadenas significativas de emergentes muestra las diferentes integraciones entre el pensamiento/el afecto y la acción. Y la construcción del mismo permite elaborar la historia del grupo, y resignificar la de cada uno de los integrantes, y por ello es un factor terapéutico central; lo es porque articula los diferentes discursos individuales, e incluye e integra el resto de los factores terapéuticos grupales que señalamos en anteriores trabajos.

4.1.- “Discurso grupal” en la patología neurótica

Los emergentes que construyen el discurso grupal en estos grupos son edípicos, la mayoría se refieren al triángulo edípico y a las relaciones familiares. En el grupo, algunos significantes son emergentes porque se repiten reiteradamente en un intento de satisfacción de la pulsión y de elaboración de las problemáticas de cada uno. Una de las reiteraciones más significativas es la pregunta por el vínculo entre los padres y con el sujeto. Son emergentes centrales los interrogantes acerca de estos deseos: ¿cuál es el deseo entre mi padre y mi padre?, ¿qué quieren de mí?

En los discursos de cada sujeto van emergiendo sus significantes fundamentales, los enigmas y preguntas que sean hecho a lo largo de su existencia o durante el proceso grupal; una que es central y compartida es la pregunta por los pactos y alianzas dados en el grupo familiar. Se preguntan sobre las consecuencias de estos pactos, básicamente el interrogante acerca de la dependencia y/o simbiosis hacia uno de ellos y, por tanto, la ambivalencia y dificultades con el otro miembro de la pareja. En el grupo familiar reconocieron y compartieron dos roles asumidos, el de “confidente” de uno de los miembros, o el de “depositario” de la problemática de la pareja; ambos también interrelacionados. El reconocimiento de estos roles asumidos se muestra en la intervención de uno de los portavoces: "me estoy dando cuenta del daño que una madre puede hacer a su hijo".

Poco a poco, en el diálogo grupal y, por tanto, en el discurso de cada grupo surgen numerosas preguntas acerca de la parentalidad, de cómo ejercieron sus padres la función materna y paterna, de cómo fueron los vínculos entre ellos, hasta poder responderse a cuestiones que habían sido enigmáticas para ellos. Uno dice: ¿por qué mis padres se separaron?, y otro le responde; “mi padre estaba muy enmadrado, era muy dependiente de su madre, creo que por eso se separaron”. Los conflictos para separarse de los padres fueron compartidos, pero estas dificultades también pudieron observarlas en su padre, su madre o en ambos simultáneamente. Las dificultades de los padres en relación a la separación y discriminación de los otros fue una problemática compartida por la mayoría de los miembros del grupo.

El significante “separación” era vivido por algunos como imposibilidad, que poco a poco ponen en relación con los modos de relación de los padres, una manera de vincularse muy posesiva de la madre y/o del padre. Estos portavoces/emergentes lo muestran: “le dije a mi madre: vas a conseguir que no salga nunca, te vas a salir con la tuya...”; “mi padre no me dejaba salir a la calle, era muy posesivo, por eso nunca he tenido amigos...”.

Las dificultades con la parentalidad, la inmadurez de ambas figuras parentales o de alguna de ellas fue un significante fundamental. Los emergentes de la imposibilidad o de la dificultad para ejercer estas funciones los observamos en numerosos emergentes: “mis padres han sido como hermanos”; “mi padre era un inmaduro y un envidioso”; “mi padre era un madrero y un enfermo”; “mi madre es una enferma”; “para mí, mi madre era más una hermana”. La toma de conciencia de estas carencias de los padres y de los vínculos patológicos establecidos entre ellos y con ellos mismos les permitió explicitar los sentimientos ambivalentes que les habían generado y, sobre todo, la culpa por albergar dichos sentimientos.

La pregunta acerca del vínculo que habían establecido con cada una de las figuras paternas fue un punto de inflexión en el trabajo de elaboración. Reconocieron que las dificultades para ocupar el lugar de hijo en la pareja parental había tenido importantes consecuencias en su vida, y en su actual relación de pareja. En el momento actual les resultaba muy problemático ejercer la parentalidad, ocupar el lugar de padres y responsabilizarse de una función para la que no se sentían preparados.

En el proceso pudieron reconocerse en una problemática muy parecida a la de sus padres, tomaron conciencia que era una repetición de las mismas dinámicas parentales, unos modos de relacionarse y vincularse que ahora repetían en su actual vínculo de pareja. Esta problemática la mostramos en el siguiente emergente: “cuando tuve un hijo, quería dejar mi casa, mi trabajo,irme de peón a Linares con mi madre, sólo quería estar con ella, cuando la vi, me abracé a ella y no la quería soltar”. El significante “sobrepotección” es

fundamental en estos grupos y se observa junto a su reverso, “el abandono”, ya sea de uno de los dos miembros de la pareja parental, o de ambos simultáneamente.

En el discurso grupal se evidenciaba la dialectización de la problemática dependencia/separación de los padres, y se mostraban las intensas identificaciones con los padres que eran identificaciones muy alienantes, al no permitirles encontrar una identidad, un ser en el mundo. Referían sentirse atrapados en la identificación con el deseo materno o paterno, y con mucho sufrimiento mostraban su imposibilidad para salir de esa posición: “yo si intentaba ser diferente a como era mi madre y a como ella quería que yo fuese, me censuraba”. En el discurso grupal también emergieron los ideales familiares, y la influencia que tuvieron en sus propios ideales.

La verbalización de numerosas experiencias de decepción que habían sufrido con los padres les permitió posicionarse en una mayor distancia de sus figuras parentales y explorar las dificultades habidas en el vínculo con su pareja actual. En la conversación grupal, en el diálogo establecido entre los miembros del grupo, pudieron compartir sus problemáticas actuales en la relación de pareja. Hablaron y fueron nombrando los obstáculos, las situaciones ambiguas y confusas, los sentimientos contradictorios que les turbaba, entre ellos los más importantes, el amor/desamor, la ambivalencia afectiva, los celos, el narcisismo y la falta de deseo.

Otros significantes y emergentes individuales y grupales giraron alrededor de la sexualidad, la identidad sexual, las relaciones interpersonales y las limitaciones para reconocer sus propias carencias. También compartieron algunas problemáticas referidas a lo social e institucional, por ejemplo, las derivadas del campo laboral, las preocupaciones económicas, las cuestiones ideológicas, etc. El discurso grupal, que en las primeras etapas se construyó a través de los mecanismos de identificación, poco a poco, se orientó hacia las desidentificaciones y las singularidades de cada participante, es decir, al modo particular de satisfacción, que es imprescindible subjetivar para que el sufrimiento del sujeto disminuya.

4.2.- “Discurso grupal” en las patologías denominadas “Trastorno Límite de Personalidad”.

Los grupos terapéuticos con estas pacientes, todas eran mujeres, tienen una gran complejidad y su abordaje es muy difícil por las intensas pulsiones de muerte y sus pasajes al acto. En los inicios de estos grupos predominan las actuaciones, y en los discursos singulares y grupales surgen significantes y emergentes compartidos: los intentos de suicidio, las actuaciones y, sobre todo, las relaciones de violencia y agresividad. Todos estos síntomas mostraban el intenso sufrimiento padecido, y la violencia de la que habían sido objeto, y por tanto la imposibilidad para ser nombrada con palabras.

En el grupo fueron relatando y compartiendo sus trágicas experiencias personales, sus comunes sentimientos de abandono, soledad, y vacío; sus dificultades para separarse y discriminarse del otro y, por tanto, su intenso temor a ser abandonadas. El “abandono” es un significante fundamental en los discursos de estos grupos, y los movimientos afectivos que se realizan tanto singulares como grupales tienen como trasfondo esta vivencia; por ello frente al temor a ser abandonadas muestran defensivamente actitudes inconscientes de rechazo hacia el otro, que a su vez producen como efecto la tan temida ruptura de la relación.

Es un mecanismo defensivo inconsciente frente a la situación de desamparo y abandono que vivieron en la infancia, y que en una compulsión a la repetición, que nombrara Freud, se reproduce y reaparece en el momento actual. Es una repetición que se realiza como intento de elaboración de la situación traumática, pero también como reiteración de la satisfacción pulsional a la que se quedó fijado el sujeto, una fijación de la pulsión que les retorna una y otra vez a la situación traumática.

Estas personas repiten en sus relaciones actuales la situación de desamparo y abandono que vivieron en su vínculo con el Otro materno, un Otro abandonico que no les pudo acoger, probablemente por las circunstancias difíciles en las que, a su vez, vivieron. Estas mujeres repiten los acontecimientos traumáticos que vivieron de manera pasiva durante la infancia, y que sólo les ha permitido tener una existencia en la que son totalmente dependientes del otro. En su vida actual repiten la situación de abandono, pero de una manera distinta, la realizan desde una posición activa y no pasiva como en la infancia, en un fallido intento de resolución de la tragedia que padecieron.

El significante “separación” para estas mujeres no es separación del O/otro, por el contrario es un abandono que les deja desamparadas, es un desamparo, una ruptura que viven como la muerte, en una repetición de la experiencia que les constituyó en su infancia. Frente a la separación, los intentos de suicidio que realizan nos muestran la dificultad que tienen para la vida, ya que la existencia son continuas separaciones. Las actuaciones en forma de intentos de suicidio son deseos de tener otra forma de vida, no se trata de un deseo de muerte como el que observamos en los melancólicos y que algunos terminan realizando en un pasajes al acto. Estas pacientes se dañan o intentan matarse para no padecer los sufrimientos de la separación; toman una trágica decisión al no poder conseguir que el Otro materno les reconozca y les quiera, como señalaban en el grupo. Si se melancolizan terminan suicidándose, lo hacen en un 10%.

El discurso grupal en estos grupos terapéuticos se va construyendo con los significantes más significativos de los discursos singulares en los que nos muestran las vivencias traumáticas de las que han sido objeto, de aquellas experiencias de las que nunca

podieron hablar, y en muchos casos tampoco pensar. En el discurso grupal se entrelazan las experiencias de abandono, abuso sexual y maltrato físico, que son los significantes fundamentales que emergen en el proceso grupal.

Estas experiencias compartidas en el grupo nos muestran la infancia vivida con sus figuras parentales, expresan el horror y el sufrimiento vivido por el maltrato continuado que les ha llevado a desear el abandono de la vida, la destrucción y la muerte. En sus discursos se observa la objetualización que las figuras parentales realizaron de su persona, por eso los intentos de suicidio pueden pensarse también como una puesta en acto de su caída como objetos; una caída en sus intentos por subjetivizarse, por resolver una separación del Otro que les ha resultado imposible en su vida real.

Un momento de inflexión muy importante para el grupo se produce cuando pueden preguntarse acerca de las figuras parentales, y de lo que han significado para las mismas. El interrogante fundamental, ya señalado, es la pregunta por la figura materna: ¿Es una madre quien se hace cómplice de los abusos sexuales del padre? Un cuestionamiento que es uno de los emergentes más significativos del discurso grupal, y que permitió hablar de los abusos sufridos por el padre, y del abandono de la figura materna en este y otros aspectos. Un grave trauma que había sido silenciado por todos, que no se había nombrado por el “secreto obligado” por el padre, por el consiguiente temor a la pérdida de su amor, y en la complicidad de la madre con el padre que impide hacerla depositaria de este secreto.

En este grupo terapéutico verificamos la hipótesis de que la compulsión a la repetición de los intentos de suicidio lo que ocultaba era el maltrato realizado por las figuras significativas, las figuras parentales. Esta hipótesis la confirmamos en la mayoría de las mujeres, prácticamente todas habían tenido un maltrato continuado durante la infancia y la adolescencia, y al menos la mitad del grupo habían sido víctimas de abusos sexuales. Los abusos habían sido ocultados por todas debido al temor y a las represalias del abusador; habían sido obligadas a guardar este secreto a cal y canto por temor a perder el cariño de ambos padres, aunque por diferentes motivos.

Se trataba de un secreto que no podían ni pensar, porque el padre lo interpretaba como algo normal que hacían todos los padres con las hijas. Y en ningún caso compartir porque tenían la certeza de que nadie les creería, como les había hecho creer el abusador, que con frecuencia había sido el propio padre, los hermanos, o los cuñados. Los abusos físicos y sexuales de los que habían sido objeto, en una repetición de su historia, algunas lo volvieron a repetir y revivir en sus relaciones de pareja actuales, de manera esporádica o estable, con sus novios o maridos.

El discurso grupal en estos grupos terapéuticos, como hemos mostrado, está lleno de problemáticas alrededor del desamparo, el abandono, el vacío, la soledad, la sexualidad y promiscuidad, el consumo de alcohol y drogas, la violencia y los abusos físicos, sexuales, y psíquicos, la decepción, la traición, el engaño, la necesidad de castigo, la culpa y la tristeza. Gracias al apoyo y contención del proceso terapéutico grupal la mayoría pudieron estabilizarse y no volver a ingresar ni a realizar intentos de suicidio. Alguna se pudo incorporar al mercado laboral, y dos de ellas pudieron separarse de su pareja maltratadora, unos maltratos reiterados y violentos y que se habían ocultado durante los dos primeros años del grupo.

4.3.-- El discurso grupal en las Psicosis melancólicas y en la Esquizofrenia

4.3.1.- “Discurso grupal” en los denominados “Trastornos bipolares”

La melancolía es una psicosis, una depresión profunda, estructural, marcada por la extinción del deseo y el desinvertimiento extremo. Los pacientes melancólicos en su evolución pueden oscilar o no y tener virajes hacia la manía; las defensas maníacas predominan en la manía o hipomanía, y éstas surgen cuando se fracasa en la elaboración de la posición depresiva. Los pacientes bipolares de las clasificaciones actuales tienen una estructura melancólica, en ellos se muestra la “enfermedad depresiva básica”, que es la base de la teoría de la “enfermedad única” que formulara Pichón, en el marco del debate de la psicosis única.

En la melancolía, a diferencia del duelo, la pérdida del objeto recae sobre el yo, el sujeto renuncia a su yo, y si ésta es radical le lleva al pasaje al acto, al suicidio. De los melancólicos Burton decía: “Si existe un infierno en la tierra, cabe encontrarlo en el corazón melancólico de un hombre”. En la melancolía se observa la hemorragia libidinal, el agotamiento de la libido que produce una pérdida del yo, una situación muy diferente al repliegue libidinal de la psicosis esquizofrénica, en la que el yo se fragmenta, y, al de la paranoia, en la que se yo engrandece.

En el grupo terapéutico los discursos de los participantes giran alrededor de los síntomas que han padecido, unos discursos que en su interrelación se hacen grupales; al compartir estos síntomas pueden observar que la alteración del ánimo es fundamental. Los afectos comunes más significativos son la tristeza o la euforia, que aparecen con diferente intensidad, y en ambos polos; decían: “es una cuestión de extremos, o bajo-bajo, o alto-alto...”. En el grupo comparten con los otros ambas vivencias, las que experimentan en la fase depresiva con los correspondientes deseos de muerte: “yo empecé a caer, a caer... hasta el fondo, el fondo es cuando ya no quieres vivir, cuando ya no ves la luz..., piensas que tu familia se va a la ruina, que vas a vivir en el metro...”. O por el contrario, en la fase

maníaca, las vivencias de intenso bienestar: “no me daba cuenta que no estaba bien, nunca me había encontrado tan bien como cuando estaba enferma”.

El entrelazamiento de estos discursos sintomáticos les permitió observar el gradiente en las manifestaciones de la enfermedad, y su mayor gravedad si no eran tratados los síntomas al inicio. El portavoz que muestra la secuencia y gravedad de los síntomas cuando no se tiene tratamiento, hace este enunciado que es emergente del discurso grupal: “al principio el insomnio y el dar vueltas a todo, después el pensamiento acelerado, luego la agitación y la depresión y, si no me trato me viene la psicosis”.

Este discurso grupal se construye en la posibilidad de diálogo, en el entrecruzamiento de las diferentes subjetividades, y de las diferentes cadenas significantes que posibilitan el proceso de significación, de simbolización y la liberación de aquellos afectos negados o rechazados. En la expresión de estos afectos se muestra de manera significativa y compartida una intensa ambivalencia afectiva hacia los objetos significativos; ambivalencia que es característica de esta patología. En estos grupos de pacientes con patología maníaco-depresiva, los participantes se identifican en sus intensos sentimientos de amor y odio hacia los otros, como ya señalara Abraham.

El discurso grupal se construye a través de los mecanismos de identificación, de los discursos singulares que se hacen consonantes y resonantes, y del surgimiento de unos emergentes grupales que significan estos intensos afectos. Los significantes fundamentales de estos afectos son para algunos la angustia, la tristeza y la inhibición, y para otros, la euforia y la verborrea. Esta expresión les permite relatar los ingresos psiquiátricos y los síntomas psicóticos que comparten con sus compañeros. El discurso grupal muestra estos afectos compartidos, el portavoz grupal dice: “perdí el apetito, no paraba de llorar, no tenía ganas de hablar con nadie”. Algunos también comparten sus vivencias de desvinculación del mundo: “a mí lo que me pasaba era una desconexión de la realidad”; “yo veía que se acababa el mundo”.

El discurso grupal que se organiza en el entrecruzamiento de las diferentes subjetividades muestra la diversidad de ideas delirantes en esta patología, se relatan ideas de megalomanía (“yo era más importante que el rey”, “yo pensé que era Napoleón”, “yo pensé que era Dios”), pero también místicas, erotomaníacas, persecutorias o hipocondríacas. Se observan las mismas ideas que Pinel señalara como extravíos imaginarios de los maníacos, al creerse generales del ejército, monarcas o divinidades. Por el contrario, en la fase depresiva comparten el empobrecimiento del yo, la pérdida de la autoestima, la culpa, la indignidad, y la necesidad de castigo.

Aquellos que ponen en común las vivencias autoreferenciales tienen la certeza de que les observan, vigilan, miran, hablan de ellos, e incluso algunos sienten que les persiguen. Uno de los portavoces dice: “ése me mira, ése viene a hacerme daño...”. En los diversos emergentes hemos observado también la interrelación entre melancolía y paranoia; una propuesta que investiga Colina en la defensa, como algunos autores del siglo pasado, de la hipótesis de la Psicosis única.

Las alucinaciones auditivas era también un síntoma compartido por la mayoría, en menos casos referían alucinaciones visuales. En sus contenidos se evidenciaba la pulsión de muerte dirigida hacia sí mismo o a los otros, es decir, mostraban la difícil gestión de la propia agresividad que tienen estas personas. Los significantes/emergentes grupales más compartidos lo muestran: “las voces querían que yo me matase”; “me decían que matara a mi hijo”.

El grupo terapéutico es un espacio privilegiado para contener estas intensas pulsiones de muerte, los deseos de destrucción y de muerte ante lo insostenible que les resulta la vida. Las relaciones con los otros les perturba, les descontrola, les genera intensa agresividad y odio, unos fuertes sentimientos de amor y odio que no pueden gestionar y les hace sentirse muy culpables y con necesidad de castigarse (“en mi crisis pensaba que estaba en el infierno”).

La puesta en común de estas experiencias alucinatorias les permite cuestionarse sus certezas, y reconocerlas ya no como absolutas, sino como expresión de sus deseos o temores. Unos a otros las nombran como alucinaciones, un síntoma que es compartido por la mayoría en el grupo, y que al principio creen compartir con las denominadas personas normales. El discurso grupal, después de verbalizar su sufrimiento y sus síntomas, se centra en investigar los desencadenantes de las crisis para cada uno, y se constata que la pérdida de un objeto significativo ha sido el elemento central para todos ellos.

En el proceso terapéutico grupal, al inicio del grupo, estos síntomas alucinatorios los interpretan como fenómenos impuestos, vivencias ajenas, venidas del afuera; al ser vivencias internas que surgen en lo real. Pero en el desarrollo grupal, algunos las pueden pensar como consecuencia de hechos dolorosos de su vida, es decir, desencadenados por pérdidas y rupturas afectivas importantes para ellos, o por temores a pérdidas fantaseadas que pueden hacerse realidad. Sin embargo, otros presentaron una imposibilidad para realizar estas elaboraciones, o las realizaron de manera más precaria.

El significante “pérdida” y las dificultades para su significación, para su elaboración es clave en el análisis de estos pacientes y en estos grupos terapéuticos. En el grupo algunos sí intentaron y lograron reflexionar acerca de las posibles pérdidas que habían desencadenado

sus crisis psicóticas o depresivas. Así una de los portavoces relata: “mi primer brote fue después de la ruptura con un chico, pensé que era la Virgen, pensaba en la Virgen, en Dios y en Jesús, todo era bueno, era un mundo de alucinación positivo, me sentía muy querida”.

Los contenidos del discurso grupal varían en función de la fase de la enfermedad. Así, en la fase de depresión, el significante “culpa” es el fundamental, junto a los sentimientos de indignidad. Es una culpa monstruosa que no lleva a la subjetivización de la responsabilidad, que por otro lado, tampoco se da en la manía, en la que se da una transgresión y negación ciega de la culpa.

El discurso grupal en la fase depresiva gira alrededor de los sentimientos de empobrecimiento, indignidad y culpa, que en algunos casos llega a hacerse delirante. Es una culpa que les lleva a la creencia de merecer el castigo y el infierno, como se observaba en algunos miembros del grupo. Es una culpa intensa motivada por los fuertes afectos ambivalentes, los sentimientos de amor/odio hacia sus objetos, ya fueran los padres o las parejas, y en pocos casos hacia los hijos.

El discurso grupal favorece la elaboración de los acontecimientos traumáticos padecidos. Reconstruiré la historia de dos pacientes, una de ellas en los ingresos decía estar en el infierno y se daba golpes contra la pared, había tenido tres ingresos antes de incorporarse al grupo. En el proceso grupal no volvió a tener ninguno y pudo relatar sus ideas delirantes, sus vivencias de estar en el infierno; tenía la certeza de que era un castigo merecido porque se sentía culpable de los intentos de suicidio del marido antes de su separación. Posteriormente les puso en relación a los deseos de muerte hacia sus familiares que les abandonaron cuando casi mueren ella y su madre por la enfermedad del Síndrome Tóxico. Y, en su última etapa en el grupo expresó sus intensos deseos de muerte hacia una hermana menor durante la infancia; una hermana que posteriormente murió con 3 años.

Por otro lado, y con menor elaboración, y una evolución más lenta, aquella otra paciente que se había producido un aborto de una única relación con su jefe, poco después de casarse joven. Esta mujer, 20 años después, seguía con sus crisis depresivas e hipomaníacas, cada vez que el gobierno debatía la ley del aborto. Era una persona muy religiosa, y en sus alucinaciones veía al bebé totalmente formado en la papelera, y no podía perdonarse. Tres años después pudo contar que al no tener apoyo del marido, estar deprimida y tener que hacer el aborto sola en Londres, cuando se decidió a hacerlo, ya era tarde y estaba en el 5º mes de embarazo.

La influencia del discurso grupal es diferente en cada integrante, la primera, después de varios años de participar en el grupo terapéutico, pudo perdonarse y establecer una nueva relación de pareja, y no volver a tener ninguna crisis psicótica. La segunda no pudo

perdonarse, ni elaborar su responsabilidad en el hecho, era una persona de una familia muy numerosa con escasos recursos económicos, y se crió en el orfanato desde los 2/3 años.

Esta mujer ante su crisis subjetiva volvió a revivir la soledad y el abandono de la infancia, y repitió su historia, no pudo acoger a su hijo, y aunque posteriormente realizó varios tratamientos no pudo quedarse embarazada. Tampoco pudo perdonarse la muerte de su hijo, a pesar de las reiteradas confesiones con sacerdotes y personas significativas de la iglesia, a las que buscó a lo largo de su vida, y que en el acto de la confesión la exculpaban. Como no llegaba a responsabilizarse subjetivamente del hecho realizado, tampoco podía perdonarse, a pesar de las reiteradas demandas de los compañeros del grupo y de los sacerdotes a los que acudía para confesarse.

4.3.2.- "Discurso grupal" en los grupos terapéuticos en la Esquizofrenia.

Mi trabajo en grupos terapéuticos con personas diagnosticadas de esquizofrenia se inicia en 1974, con el rol de observadora, en el hospital de día de psiquiatría del Gregorio Marañón en Madrid. Posteriormente coordiné varios grupos terapéuticos en el hospital psiquiátrico de Arévalo, y en los CSM de Getafe, Parla y Alcorcón en la Comunidad de Madrid. En esta patología he utilizado diversos encuadres, grupos terapéuticos de pacientes combinados con grupo familiar, o combinados con grupos terapéuticos de familiares en sesiones quincenales; en el CSM de Alcorcón los combinamos con un grupo multifamiliar, en una sesión mensual.

Encuadres semanales o quincenales, pero cuando tuve que simultanearlos con otros grupos de pacientes melancólicos y borderlines sólo pude ofrecer una reunión mensual con estos pacientes. Al inicio tuve muchas dudas acerca de su eficacia, pero la experiencia me demostró que tenían interés ya que eran pacientes conocidos y el grupo les ofrecía la posibilidad de mantener un espacio lo suficientemente acogedor para que siguieran construyendo su discurso particular y pudieran establecer o mantener el vínculo con los otros.

Nuestra posición en estos grupos es muy diferente a los de otras patologías, ya que el psicótico al profesional no le supone un saber, y la transferencia es mucho más compleja. La función de escucha es lo más importante porque es el paciente el que sabe sobre su vida, su sufrimiento, su falta de relaciones, su soledad en el mundo, sus angustias, temores, y su continuas decepciones en el encuentro con los otros. La distancia terapéutica en la relación clínica es fundamental, no nos podemos acercar demasiado, pero tampoco alejarnos, ya que en el primer caso se sentirán invadidos, y en el segundo rechazados.

En estos grupos nuestra principal función es escucharlos porque ellos son los que saben de lo que les hace sufrir, hemos de ser testigos de sus palabras, y preocuparnos de que salgan del aislamiento. El trato con estos pacientes es fundamental, ha de ser un trato discreto, humilde, sincero, espontáneo, y en el grupo daremos gran relevancia a las transferencias laterales en la búsqueda de que se relacionen entre ellos, y puedan pensar en alguna actividad que les ofrezca alguna satisfacción y el deseo de vincularse con los otros.

La posibilidad de relacionarse e interactuar es el factor terapéutico fundamental en estos grupos. Desde la coordinación se estimula que hablen de sus sentimientos, experiencias, vivencias y percepciones, de sus ideas delirantes y alucinaciones. Insistimos en que se trata de potenciar la interacción y la comunicación con los demás compañeros del grupo.

En el psicótico, al no haberse dado la represión, no hay inconsciente, no hay una intimidad, la estructuración psíquica es muy precaria, lo que prima es el Ello, el aparato pulsional. El registro imaginario está muy desarrollado en detrimento de lo simbólico. No ha habido un significante del Nombre del Padre que haya intervenido separando a la madre del hijo, quedando ambos fusionados, siendo el hijo un objeto para el Otro materno, no pudiéndose constituir como una singularidad. El sujeto es hablado por el "Otro", como se observa en sus alucinaciones, las voces que surgen del interior se escuchan desde el afuera, proviniendo de lo real; el inconsciente aparece a cielo abierto en sus delirios.

En las etapas iniciales, sus intervenciones se caracterizan por su fragmentación, dispersión, y en los más graves por su poca coherencia. Pero, aunque no hubiera conexión entre las intervenciones de los participantes, era impactante la actitud de respeto entre ellos, la escucha atenta y silenciosa que cada uno realizaba de las palabras del otro. Nos llamó gratamente la atención el respeto que se tenían, ya que en los grupos de neuróticos los pacientes se interrumpen unos a otros, no esperan a que el otro finalice y cuando se genera un silencio tampoco dejan espacio para el mismo.

En estos grupos terapéuticos no interpretamos, el propio grupo es el principal factor terapéutico, al ser un espacio de sostén, contención pulsional y expresión de sus palabras y afectos; un espacio en el que apoyamos también sus intentos de elaboración de las problemáticas personales y familiares. En la lectura de emergentes promovemos la escucha de sus propias palabras, que a lo largo de su vida han sido negadas o rechazadas por los otros, como lo hicieron en su infancia las figuras parentales.

Buscamos que expresen sus necesidades, decepciones y los sufrimientos que les ha ocasionado estas relaciones con sus figuras significativas. La lectura de emergentes es muy terapéutica, la escuchan con gran interés y atención, como en general hacen con las palabras

de los otros. Algunos pacientes muestran su asombro al escuchar sus propias palabras, y las reciben con alegría cuando las identifican como propias. Poco a poco, los relatos, en algunos más que en otros, se hacen menos fragmentados y más coherentes, las intervenciones son menos confusas siempre que les proporcionemos un encuadre de grupo terapéutico prolongado, y que se les posibilite la adecuada contención a sus profundas ansiedades.

En la medida en que se sienten acogidos y escuchados en el espacio grupal, y que sienten que sus palabras son deseadas tanto por el equipo terapéutico como por los compañeros puede disminuir su distanciamiento e implicarse más en el trabajo grupal. En el grupo expresan su temor a pensar, a tener un pensamiento propio, y a manifestar sus dificultades para estar con los otros, ya sea por el temor a sus palabras y acciones, o por tener expectativas de rechazo, crítica y burla de los demás. Estas vivencias de rechazo están enmarcadas por otras previas que fueron muy dolorosas y provocaron el aislamiento, y en algunos casos la autoexclusión de todo lazo social.

Cuando se sienten más seguros en el espacio grupal hacen referencia a su diagnóstico, y a los síntomas que experimentan. Sobre todo, hablan de los pensamientos que tenían en los momentos de crisis, y se hacen preguntas respecto a sus alucinaciones e ideas delirantes. En su relación con el diagnóstico y las ideas delirantes observamos su evolución, al inicio del grupo, en una identificación con el mismo dicen “soy esquizofrénico”, para después mostrar su identificación con Dios y afirmar: “soy Dios”. En el grupo posteriormente pueden reconocer su megalomanía, y pensar que la identificación con Dios en las situaciones de crisis es una forma de tener una identidad, una manera de defenderse de la profunda impotencia que sienten frente a un mundo que no les comprende y además les daña.

En el proceso terapéutico y en sus relatos van mostrando su mayor implicación, que también es compartida por la mayoría de los miembros del grupo. En el trabajo que realizan en común se identifican en sus síntomas, sobre todo, en sus ideas delirantes y relatan sus delirios más frecuentes, en este caso, las ideas de persecución y megalomanía. A través de este discurso compartido, en el que muestran su placer de escuchar y ser escuchados, la mayoría pueden salir de sus certezas y dar posibles significados a lo que les ha causado perplejidad.

Posteriormente hablan de sus problemáticas familiares, excepto una paciente que se quedaba en silencio cuando se hablaba de estos temas. Esta mujer refería insistentemente que en su casa no había ningún problema, que las relaciones familiares eran muy buenas y agradables, hasta que tiempo después tuvo una crisis de angustia cuando en el grupo multifamiliar su madre contó los graves problemas con su marido. Este relato de la madre en la primera sesión la impresionó muchísimo porque era “el secreto” compartido entre ambas.

Después de la ruptura del secreto estuvo muy afectada, y en el grupo de pacientes pudo explicitar, después de años, que había prometido a la madre que nunca hablaría de los graves problemas de relación que existían entre ambos.

En el proceso terapéutico y en el entrecruzamiento de sus relatos surgieron dos preguntas que fueron un punto de inflexión, y cuyos emergentes fueron: ¿Por qué todos en el grupo pensamos que somos Dios, la Virgen, o algún profeta?, ¿en esta creencia influye que en España seamos católicos? En estas preguntas observamos que han podido separarse de la certeza, que es lo que caracteriza al psicótico; constatamos que a través del trabajo grupal han podido transformar la certeza en una pregunta, que han podido dudar, hecho que es fundamental en la psicosis. Y, por otro lado, que también se han hecho cargo de su megalomanía y de su reverso, la impotencia, y preguntarse acerca de la influencia de la religión y de la ideología en sus pensamientos delirantes.

En estos grupos, mas avanzado el proceso, incluimos dos pacientes paranoicos, lo que facilitó hablar de los sentimientos e ideas de persecución y de este vínculo en el que prima la desconfianza hacia los otros. Ambos expresaron sus inamovibles certezas, la absoluta seguridad en sus creencias, sus actitudes reivindicativas, y su necesidad de buscar culpables fuera y proyectar todo lo malo en el exterior, unos mecanismos defensivos que ponen en acción frente a su intenso temor de ser atacados por los otros.

En los vínculos que explicitaban estos pacientes se pudo evidenciar la maldad del Otro significativo, en general de la figura materna, que les había manipulado y desvalorizado, que les había objetualizado desde el inicio de su existencia. Mostraban un Otro materno que les había hecho desconfiar del mundo, de ahí su permanente alerta ante el temor de ser atacado y agredido por los otros, y de ahí sus vivencias e ideas persecutorias.

En el grupo de familiares pudimos observar la estructuración paranoide de alguna de estas madres, una de ellas, ante la posible marcha de su hijo, enunció que si su hijo se marchaba de su casa le advertiría que nunca podría volver porque prefería verle muerto. Era una madre que a su vez había tenido muchos sufrimientos, desamparos, y carencias durante la infancia que vivió en la época de la guerra civil.

El discurso grupal de estos pacientes, una vez puesto en común los síntomas, delirios y alucinaciones se abrió sobre todo a las problemáticas familiares. Los contenidos giraron alrededor de la figura materna, paterna o de ambos; en general referían padres muy carenciados, maltratados y con los que habían establecido vínculos muy patológicos. Pudieron hablar de su desconfianza y desvalorización, compartieron experiencias vividas con unos padres muy desconfiados, juzgadores, y desvalorizadores de sus actos y palabras. Algunos compartieron la mala relación con el padre, o con un padre que no había tenido

presencia en la casa, y otros pusieron en común una relación muy apegada con la madre, a la que describían con rasgos narcisistas y autoreferenciales.

4.3.3.- El “discurso grupal” en enfermedad orgánica con síntomas psicopatológicos (Síndrome de Aceite Tóxico).

Esta enfermedad (SAT) se produjo a inicios de los 80 en Madrid, fue desencadenada por la manipulación y venta de aceite de colza con fines fraudulentos y causó más de 20.000 afectados, y numerosas muertes. Trabajé con estos enfermos durante tres años como psiquiatra en los equipos de salud mental que se organizaron, y como coordinadora de una de las Unidades de Seguimiento donde había más afectados, el barrio de Leganés, con una asociación de enfermos muy reivindicativa. Esta Unidad estaba constituida por numerosos profesionales pertenecientes a diversas disciplinas, medicina de familia, psiquiatría, psicología, rehabilitación, fisioterapia, asistentes sociales y administrativos. Como trabajábamos con una única patología decidí que la mayor parte de los tratamientos los realizaría de manera grupal, ya que consideraba que el grupo terapéutico es el mejor instrumento para abordar los diferentes factores biológicos y psicosociales implicados en el proceso de enfermedad.

Coordinaba dos grupos terapéuticos al día con encuadres de 6 meses, semanales, y de hora y media de duración con posibilidad de continuar en otro encuadre grupal. El objetivo de estos grupos era mejorar la frecuente sintomatología ansioso-depresiva más o menos grave que sufrían los pacientes. La sintomatología en algunos presentó mayor gravedad, por la propia estructura psíquica y/o por las difíciles circunstancias vividas, ya que la muerte fue real para muchos de ellos, y en numerosos casos había causado la afectación de varios miembros de la familia.

El discurso grupal en estos grupos se organizó alrededor de la enfermedad y de las problemáticas derivadas de la misma. La angustia se mostraba como un afecto compartido por todos, y en relación a diversos temores, los más significativos, hacia la muerte, los frecuentes dolores que en algunos resultaban insoportables, y la evolución hacia la cronicidad. Si los dolores eran muy intensos no podían dormir, y si se prolongaban se deprimían y se empeoraba el insomnio; un síntoma que también se vinculaba al temor a la muerte.

Este temor a morir emergía en el discurso grupal, era el más significativo de los temores y angustias producidos por la enfermedad. La incertidumbre del origen fue otro elemento que les generó intensa angustia; al inicio se pensaba que era una enfermedad contagiosa, y ello generó temor a ser abandonados por los familiares. Este abandono fue

real en algunos casos porque los familiares no pudieron soportar el temor al contagio y les dejaron solos al cuidado de los profesionales.

El sentimiento de “abandono” les afectó a cada uno de una manera particular, ya que la significación del mismo tenía relación con su historia personal. La creencia de que la enfermedad era contagiosa a algunos les asoló, ya que la sensación de soledad fue muy fuerte y abrupta; relataban que los profesionales en el hospital les dejaban la comida detrás de la puerta de la habitación. La incertidumbre les mantuvo en vilo durante mucho tiempo hasta que descubrieron la causa real de la enfermedad, el consumo de aceite adulterado.

El discurso grupal, durante las primeras sesiones, se centró alrededor del acontecimiento de la muerte, padecida directa o indirectamente; ya fuera la presencia más o menos brusca del familiar, la UVI, el sufrimiento y agotamiento de los cuidadores hasta ver morir a su ser querido; un mayor estrés si eran los únicos cuidadores y además estaban también enfermos. El temor a la muerte les conmocionó durante largo tiempo, y aunque dependió de las características de la enfermedad y de las circunstancias de la vida cotidiana de cada uno, les influyó mucho a aquellos que no recibieron el apoyo familiar que esperaban.

En estas vivencias personales influyó también mucho las creencias sociales respecto a la muerte, ya que la sociedad actual realiza una absoluta negación de la muerte, por lo que se hace muy difícil su reconocimiento y aceptación. Pero, en el temor a la muerte, además de las influencias externas, es fundamental la estructuración intrapsíquica del sujeto, su mayor o menor angustia está en función de cómo ha incorporado la muerte en la vida cotidiana. De tal manera que se hace más intensa si se ha negado intensamente a lo largo de la vida.

En el discurso del grupo, el temor a la muerte se relaciona con los objetos significativos internos, es decir, con el mundo interno de cada uno, con el grupo familiar internalizado. Si los objetos o los vínculos eran persecutorios, la situación se vivía de manera paranoide y con mucha angustia; por el contrario, si los vínculos eran menos patológicos o más saludables, la muerte podía vivirse de manera menos temerosa y con mayor aceptación.

La muerte fue un referente fundamental, el primer emergente de todas las sesiones en los dos primeros meses, (“se me quedó muerto en una hora”; “medio año sin salir de casa porque mi marido estuvo a punto de morir”; “se me ha metido en la cabeza que voy a morir pronto”...). El deseo de muerte expresado por algunos pacientes se relacionaba con el sufrimiento producido por el dolor, en dolores insoportables y continuados en el tiempo, lo que no les permitía vivir con dignidad (“cuando estoy con

dolores no puedo hacer las cosas de la casa, me deprimó, y en esos momentos me quiero morir”).

En el discurso grupal también eran frecuentes las fantasías de suicidio, que se relacionaban con el sufrimiento padecido, y con las perspectivas de un futuro de vida con mayores dificultades e incertidumbres. Este temor se manifestaba a través de los sueños, y en algunos casos había sido imaginaria y en otros real (E.I.: “ayer soñé que entraba un señor y me quería coger, tenía una caja negra”; E.F.: “he estado al borde de la muerte”).

El punto de inflexión en el discurso lo observamos cuando transcurridos dos meses empezaron a incluir otros discursos que tenían relación con los cambios que habían sufrido por la enfermedad. La pérdida de autoestima, los sentimientos de desvalorización, de dependencia, de ser una carga para los otros, y la culpa por haber comprado el aceite que había enfermado a sus allegados. Si la culpa era más intensa se generaban mayores deseos de desaparecer de la vida, sobre todo, si se asociaba a relaciones familiares más ambivalentes. El temor a la incapacidad, a la dependencia de los otros, a la cronicidad, y a la destrucción de la familia era mayor cuando el diagnóstico de la enfermedad había sido de mayor gravedad.

En el grupo explicitaron los cambios significativos acaecidos por la enfermedad, la mayoría describían numerosas pérdidas y rupturas, mayores en aquellas familias con varios miembros afectados; y algunos referían haber sufrido cambios bruscos en el modo de vincularse con los otros. En el discurso grupal se observaba que la mayoría habían sufrido graves problemas económicos, porque las familias con frecuencia tenían escasos recursos. Para algunos, la enfermedad había supuesto la pérdida del trabajo, el paro, la precariedad, la miseria económica o la pobreza; los mayores gastos generados para afrontar la enfermedad fue un elemento que empeoró mucho la situación, ya que además aumentaba las vivencias de incertidumbre respecto al futuro.

El discurso grupal se fue entrelazando, hablaban de los cambios familiares, los malentendidos importantes en la relación de pareja y la pérdida de la comunicación y de la sexualidad (eran frecuentes los dolores en las relaciones sexuales). La enfermedad también desencadenó muchas dificultades en el cuidado de los hijos y en las tareas de la casa, al ser las mujeres más afectadas que los hombres. Las dificultades fueron mayores cuando se afectaron ambos miembros de la pareja, por eso en algunas familias se observaba cierto abandono en el cuidado de los hijos; en otras se dio una importante sobrecarga del miembro sano o del menos afectado, ya que tuvo que hacerse cargo de los cuidados de los hijos, las tareas de la casa y del trabajo.

El significante “pérdida” fue central en el discurso grupal, los emergentes grupales mostraban las pérdidas acaecidas como efecto de la enfermedad, algunas similares y otras diferentes en función de lo que hubiera significado para cada uno de los pacientes. Algunas habían padecido pérdidas extremadamente graves, la muerte de familiares; pero en todos había supuesto importantes cambios en sus relaciones más significativas, con el marido, los hijos, el trabajo, los amigos, y su pertenencia social. Las pérdidas económicas fueron compartidas por todos, y este hecho fue el motivo de recibir ayudas económicas por parte de la Administración.

Estas ayudas muy necesarias y que fueron muy bien recibidas, fue otra cuestión que les afectó enormemente al observar la respuesta de la comunidad. Los pacientes y sus familiares tuvieron que sufrir los ataques y la maledicencia de los vecinos, al devolverles el rol de privilegiados, negando el daño padecido y del habían sido objetos. Se les desvalorizó a nivel social y sanitario, algunos profesionales les calificaron como rentistas, olvidando el origen y las consecuencias de la intoxicación alimentaria que habían sufrido.

El grupo logró funcionar como un espacio de simbolización, al desarrollar su función de apoyo, sostén emocional, contención de las pulsiones de muerte, y a través de su función transferencial y transicional. La interrelación entre sus miembros y el trabajo con el equipo terapéutico permitió la elaboración y significación de las pérdidas acontecidas. En el discurso grupal mostraron sus diversas elaboraciones, al sentirse contenidos, escuchados, y aceptados pudieron referir e intercambiar las diferentes significaciones de lo que para cada uno de ellos había significado la enfermedad.

Estas experiencias vividas al ser compartidas tuvieron como efecto la disminución de la angustia y de los temores en relación a la enfermedad y a la muerte. El objetivo fundamental de estos grupos terapéuticos fue la elaboración de las sucesivas y numerosas pérdidas sufridas, tanto imaginarias como reales, es decir, la elaboración del duelo que había significado para ellos la enfermedad. En la mayoría, esta elaboración incrementó su autoestima, disminuyó su desvalorización e impotencia, y mejoró su sintomatología psíquica lo que permitió una evolución más favorable de la enfermedad orgánica.

5.- A modo de conclusión

El grupo terapéutico se estructura por dos factores íntimamente relacionados: la transferencia grupal y el “discurso grupal”. Respecto a la transferencia, las múltiples transferencias grupales ponen en escena la multiplicidad y diversidad de conflictos reprimidos/denegados/rechazados o no simbolizados de los sujetos.

El discurso grupal es producto del entrecruzamientos de los diferentes discursos: intrapsíquicos, vinculares, grupales, institucionales, y transindividuales. Y se construye en una interdiscursividad, complejidad, multiplicidad y diversidad de sujetos, interacciones, objetos transferenciales, identificaciones, comunicaciones, problemáticas, vínculos y discursos.

El discurso grupal es efecto de la grupalidad y se construye en la articulación entre las diferentes subjetividades con la anotación de lo dicho, de lo que se ha querido decir sin decirlo, y con aquello que no ha sido dicho, ni oído. También incluye el registro de lo no verbal, si éste ha quedado articulado en el proceso de significación.

Es efecto de las múltiples transferencias grupales que se ponen en escena por la multiplicidad y diversidad de conflictos reprimidos/denegados/rechazados o no simbolizados de los sujetos.

Es un discurso construido en la asociación y entrecruzamiento de aquellas palabras/frases/sonidos significativas para el sujeto y el grupo, y que en su articulación con las anteriores y posteriores darán la significación; y que se irá o no entrelazando en función de los momentos de cambio y resistencia al mismo.

El grupo terapéutico coordinado con metodología psicoanalítica operativa se propone como el instrumento de tratamiento principal en los servicios públicos, posibilita observar, conocer y transformar los modos de relación y de vinculación con los otros. Su gran eficacia se debe a que funciona como espacio de simbolización y significación, además de ser un dispositivo privilegiado de contención de las pulsiones de muerte.

Proponemos **“el discurso grupal” como objeto de la psicoterapia de grupo psicoanalítica operativa, ya que es el factor terapéutico central**, que incluye a todos los demás, tanto los específicos como los generales, señalados en anteriores trabajos. Es el factor terapéutico central en los grupos terapéuticos, produce cambios en la posición subjetiva y permite la elaboración y construcción de la historia del grupo y de cada sujeto.

6. Bibliografía

- ABRAHAM, K., en Sanfeliú Santa Olalla, Isabel, Karl Abraham o el descubrimiento de la melancolía, Madrid, Biblioteca Nueva, 2002.
- ANZIEU, D., El grupo y el inconsciente, lo imaginario grupal, Madrid, Biblioteca Nueva, 1986.
- BAUDES DE MORESCO, M., "Del significante y su circulación en el discurso grupal", en O'Donnell y cols, "El análisis freudiano de grupo, Buenos Aires, Nueva Visión, 1984.
- BAULEO, A., Contra institución y grupos, Ed. Fundamentos, 1977.
- BAZ, M., Enigmas de la subjetividad y análisis del discurso, internet.
- BEJARANO, A., "Resistencia y Transferencia en los Grupos" en El trabajo psicoanalítico en los grupos, México, Edit. Siglo XXI, 1978.
- BURTON, R., Anatomía de la melancolía, AEN, historia, Madrid, 1997
- CASTRILLO, D., "Lacan y la lingüística estructural de Ferdinand de Saussure", en Chorne, M.; Dessal, G., Lacan, J., El Psicoanálisis y su aporte a la cultura contemporánea, México, Fondo de Cultura Económica, 2017.
- COLINA, F., Melancolía y paranoia, Maird, Ed. Síntesis, 2011.
- FERNÁNDEZ, A., El campo grupal, notas para una genealogía, Buenos Aires, Nueva Visión, 1989.
- FOLADORI, H., Grupalidad, teoría e intervención, Santiago de Chile, Ed. Espiral, 2005.
- FREUD, S., 1924, "Psicología de las masas y análisis del yo", tomo VII, pp. 2563, Obras Completas, Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1974.
- GEAR, M, LIENDO, E., Psicoterapia Estructural de la Pareja y del grupo familiar, Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 1974.
- GÓMEZ ESTEBAN, R., "Factores terapéuticos en la psicoterapia de grupo" en Ceverino, A., coord., Salud mental y terapia grupal, Ed. Grupo 5, 2014.
- GÓMEZ ESTEBAN, R., "La interpretación en la psicoterapia de grupo psicoanalítica", Rev. AEN, 2017, 132:379-399.
- GÓMEZ ESTEBAN, R., La formación en psicoterapia de grupo, Rev. Siso Saude, en prensa.
- KAES, R., El Aparato Psíquico Grupal, construcciones de grupo, Barcelona, Granica Edit., 1977.
- KAPLAN, H., SADOCK, B., Madrid, Ed. Panamericana, 1996.
- LAPLANCHE, J., "Après-coup", Buenos Aires, Amorrortu, 2012.
- O'DONNELL, P. Teoría y técnica de la psicoterapia grupal, Buenos Aires, Amorrortu, 1974
- O'DONNELL, P., y cols, La teoría de la transferencia en psicoterapia grupal, Buenos Aires, Nueva Visión, 1984.
- O'DONNELL, P., Teoría y técnica de la psicoterapia de grupo, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1974.
- PICHON-RIVIÈRE, E., El proceso grupal, del psicoanálisis a la Psicología Social, Buenos Aires, Nueva Visión, 2007.
- PINEL. P., Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o la manía, Madrid, Ed Nieva, 1988.

YALOM. I., VINOGRADOV, S., Guía breve de psicoterapia de grupo. Buenos Aires, Paidós, 1996.