

Universidad Adolfo Ibáñez

Escuela de Psicología

Programa de Magíster en Psicología Clínica Mención Psicoanálisis

**EXPERIENCIA PSICOANALÍTICA GRUPAL CON PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
DE ESQUIZOFRENIA DURANTE UNA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA EN
PERIODO DE PANDEMIA 2020-2021. INSTITUTO PSIQUIÁTRICO “DR. JOSÉ
HORWITZ BARAK”.**

Tesina para optar al grado de Magister

Alumna: CLAUDIA ALEJANDRA SÁNCHEZ MARTÍNEZ
Profesor Director: HORACIO CARLOS FOLADORI ABELEDO

Santiago, 2022

1. Introducción.

La hipótesis de que una persona se relaciona con otros de forma individual es falsa. Toda la teoría de grupo parte del principio contrario; el individuo es un esfuerzo de diferenciación de la masa. Existe una simbiosis inicial donde individuo y masa no se diferencian. El concepto de Bleger de sincretismo da cuenta de un estado de no discriminación que existe en la constitución del individuo; la individuación es un esfuerzo que se realizará toda la vida. Cuando un individuo entra en un grupo, lo adquirido como diferenciación se pierde y pasa a ser parte de la masa; este es el momento de la grupalidad sincrética. Hay cierta estructura que nos atraviesa a todos, es el estado de simbiosis, un estado de fijación regresiva. Para este autor, la grupalidad es una etapa previa a la fases esquizoparanoide y depresiva de Melanie Klein. La esquizofrenia paranoide habla de partes fragmentadas mientras que en la simbiosis no hay límites entre individuos. Cuando volvemos a ingresar a espacios grupales, regresamos al estado inicial indiferenciado (Bleger, 1978)

En los fenómenos de masa, no importa la cantidad de individuos ni quienes son. Bion le habla al grupo, a la estructura inconsciente (Bion, 2013). El grupo no es algo que se considera desde lo descriptivo, alude a un cierto grado de representación que los participantes tienen de sí mismos, a un sentimiento de afiliación, de pertenencia. El grupo como representación es un lugar de transferencia. Los miembros hablan en plural, hacen referencia a fantasías que como grupo pueden tener, llegando a la idea de la ilusión grupal que es una instancia delirante del grupo, una ilusión que todos abrazan (Anzieu, 1978).

El trabajo que se presentará a continuación es el análisis de ciertos momentos de un proceso grupal realizado con pacientes diagnosticados de esquizofrenia durante una hospitalización psiquiátrica. Este es un material cerrado, un proceso que concluyó hace casi un año. Al observar la evolución del grupo, se podrá ver como con el trabajo se constituye la identidad del grupo y la enfermedad grupal (Pichon-Rivière, 1971). Estas sesiones se muestran a través de los registros de los recuerdos, de la bitácora personal

de la terapeuta. Cada sesión irá acompañada de las interpretaciones y comprensión de lo ocurrido. Posteriormente estas se reunirán para establecer algunas hipótesis y conclusiones.

Se presenta siete sesiones tal cual fueron escritas y pensadas al momento de la intervención. Corresponden a distintos momentos del proceso. Partiendo por la segunda, posterior a la instalación del encuadre, y concluyendo en la sesión en que se informa la finalización del proceso. La selección ha sido realizada en base a la evolución de ciertos fenómenos particulares que se muestran al lector. El grupo de pacientes fue variando en la medida de sus altas y de nuevos ingresos.

Las personas diagnosticadas de esquizofrénicas van perdiendo gradualmente trabajo, amigos, familia y al llegar a hospitalizarse terminan perdiendo incluso su libertad. Trabajar estas pérdidas fue el motor central del proceso. Permitió elaborar las diferencias entre los pacientes: quienes tenían y quienes no, quienes se podían ir de alta y quienes seguían hospitalizados; ya que, al principio del trabajo, estas diferencias eran fuente de envidia. Las distintas reacciones a las pérdidas, a lo largo del proceso, permite ver cómo el grupo las fue resolviendo, y cuál fue el resultado que la constitución grupal y el trabajo tuvieron en sus cuadros psicóticos.

Este trabajo, realizado en la clandestinidad en el momento más álgido de la pandemia de COVID-19, permite, por una parte, ver cómo se instala un dispositivo grupal en esas particulares circunstancias y por otra cómo se hace un grupo analítico con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Esto último es probablemente la más interesante ya que es una práctica rara e incluso desaconsejada. Lo observado en el dispositivo permite plantear que éste podría ser un importante recurso terapéutico para pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Como se mostrará en el trabajo, un grupo de personas con este diagnóstico puede trabajar analíticamente del mismo modo que lo harían pacientes no psicóticos, sin necesidad de modificaciones técnicas. Finalmente se puede aventurar algunas hipótesis de cómo se logró la mejoría de los síntomas psicóticos de este grupo a través de la intervención.

Pregunta de investigación

¿Cómo se analizan los fenómenos clínicos que ocurren durante un proceso grupal de personas diagnosticadas de esquizofrenia durante una hospitalización psiquiátrica y la pandemia de COVID-19?

Objetivo general

Analizar un proceso grupal en un grupo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia durante una hospitalización psiquiátrica en pandemia.

Objetivos específicos

Mostrar lo que ocurre en un grupo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia a lo largo de la hospitalización

Revisar siete sesiones realizadas entre junio del 2020 y julio del 2021.

Mostrar las distintas reacciones de los pacientes a lo largo del proceso grupal.

Identificar mejorías en el funcionamiento grupal a lo largo de las intervenciones.

2. Desarrollo:

Antecedentes

Esta intervención se desarrolla en el Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”, uno de los cuatro hospitales psiquiátricos de Chile, cuyas formas de intervención están basados históricamente en modelos asilares, donde la intervención es principalmente desde la biomedicina dejando de lado otro tipo de procesos. En este contexto las intervenciones grupales se realizan habitualmente desde una perspectiva médica y no desde una participación social ni terapéutica.

Antecedentes de la intervención

La intervención que se presenta a continuación se desarrolló en una unidad de hospitalización de corta estadía para pacientes varones con descompensaciones agudas de patología psiquiátrica, al inicio de la pandemia por coronavirus. En condiciones habituales, allí se internaban personas con todo tipo de diagnóstico. Al debutar los primeros casos de coronavirus en el país, a las personas que consultaban al servicio de urgencia desde donde se ingresaban los pacientes a la unidad, se les informaba que, dadas las condiciones de hacinamiento en el hospital, existía riesgo de contagio al interior. Debido a esto, hubo un cambio de prevalencia en los diagnósticos de los pacientes internados. Se seleccionó, por decirlo de algún modo, a personas con patología más compleja, principalmente cuadros psicóticos descompensados, muchos de ellos ingresados contra su voluntad. Personas que no tenían la opción de poder elegir si querían correr el riesgo, o no, de morir al interior del hospital. Sé que hoy en día esto suena exagerado y dramático, pero esa era la situación en ese momento. Habitualmente las unidades albergaban a treinta y dos pacientes divididos en cuatro dormitorios. A cargo de ellos estaba un enfermero, tres técnicos paramédicos, cinco psiquiatras, dos psicólogos, un asistente social y un terapeuta ocupacional además de algunos alumnos en práctica de las distintas áreas.

Los primeros casos de la nueva variante de coronavirus (COVID-19) se presentaron en el mundo a finales del 2019, en Chile en marzo del 2020. El 18 de ese mes se decreta la primera cuarentena con restricciones amplias de movilidad que se extenderían por más de seis meses. En ese contexto, un grupo de pacientes quedó internado en casi absoluta desconexión del mundo externo, más que por un televisor y una llamada telefónica diaria de dos minutos supervisada por un funcionario de la unidad. Se suspendieron las visitas de familiares y las salidas con permiso de fin de semana. Los pacientes sólo podrían volver a salir al momento de su alta. Algunos pudieron irse, pero otros permanecieron durante más de un año en estas condiciones. Otros fueron ingresando durante este periodo.

En este contexto, a fines de abril del 2020, se produce el primer caso de coronavirus en esa unidad y gradualmente todos los pacientes se fueron contagiando. Esto significó tener que hacerse cargo del manejo del cuadro médico de los pacientes, en desmedro de las atenciones psiquiátricas. En ese momento poco se sabía de la enfermedad, vías de contagio, letalidad ni menos que ocurriría en la comorbilidad con patología psiquiátrica de alta complejidad. La mayoría de los pacientes internados, en ese momento, tenía el diagnóstico de esquizofrenia resistente y habían tenido respuesta parcial o nula a tratamientos como clozapina o terapia electroconvulsiva (electroshock).

Dada la situación de los contagios, la institución hospitalaria decidió que todo el personal no indispensable se abstuviera de asistir a la unidad y que los que quedaron se dividieran en dos turnos que se alternaban para evitar la eventualidad de que todo el equipo pudiese contagiarse y no quedar nadie disponible para atender a los pacientes. Esto fue implementado a nivel de todo el hospital y se mantuvo durante casi un año. Con esto quedaron en turno un enfermero, tres técnicos paramédicos y dos o tres psiquiatras. Se suspendieron todas las intervenciones terapéuticas, y los psiquiatras quedaron con más del doble de los pacientes que veían habitualmente. Debido a los contagios de los pacientes, se hizo necesario priorizar el manejo médico; ya que en ningún centro hospitalario médico fueron recibidos por su patología psiquiátrica.

A las particularidades habituales de las internaciones en esta institución se agregaron las determinadas para evitar la propagación viral: las medidas de distanciamiento social.

Marco teórico

Pinchon-Rivière (1978) se preguntaba qué lugar tenía el que hablaba en un grupo, en ese particular momento, cuál era la representatividad que los individuos tenían. Cuando un individuo habla es autorizado y encomendado a hablar, todo individuo en un grupo habla en representación. La identidad propia del grupo va más allá de la conformación que tengan como grupo de personas, el todo no es igual a la suma de las partes (Lewin, 1947).

Este no es psicoanálisis en grupo, si no del grupo. En el primer tipo de trabajo se interpreta individualmente, se trabaja con el colectivo y no con el grupo. El proceso realizado con estos pacientes sigue la línea de trabajo que Bion inició. Quien habla en un grupo no lo hace por sí mismo, lo hace en representación de todos. Por lo que todo lo expresado no es a título personal, es desde el inconsciente grupal (Bion, 2013).

Se encontró publicaciones que hablan del trabajo grupal en esquizofrenia desde otros modelos terapéuticos grupales, o desde ciertas modificaciones técnicas del trabajo psicoanalítico. Roques et al., en 2019 realizaron un trabajo con grupos psicoeducativos, por las dificultades que implicaría la técnica tradicional con pacientes psicóticos. González de Chávez et al., en 1999 proponen evitar las regresiones (por el riesgo de empeoramiento en la situación clínica), las interpretaciones transferenciales, los silencios y las situaciones de estrés o confrontación que pudieran generar mucha ansiedad a los pacientes, en los pacientes hospitalizados, que acaban de salir de una crisis psicótica o están aún en ella, los aspectos psicodinámicos de la terapia se circunscriben a la exploración de las experiencias psicóticas. Ivezić et al., en 2017, establece que, cuando se trabaja con grupos cuyos miembros hayan sufrido experiencias psicóticas, la interpretación de experiencias tempranas debiese ser evitada. El principal objetivo es fortalecer al yo y al self, particularmente mejorar la prueba de realidad. Se puede trabajar analíticamente con pacientes en remisión estable.

Específicamente en el campo de psicoanálisis grupal con pacientes esquizofrénicos existen algunas publicaciones donde se trabajó con grupo operativo. Vallejo, en 2006, presenta un artículo que muestra el trabajo de un grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y otras psicosis en tratamiento ambulatorio. Constata

que el grupo se muestra como un espacio privilegiado para la comprensión, contención y tratamiento de los trastornos psicóticos. Estos grupos trabajaron en torno a una tarea establecida en el encuadre, centrado en el aprendizaje para salir de los estancamientos. Las interpretaciones fueron del aquí y ahora de los mecanismos primitivos de defensa para incorporar lo escindido y disociado. Cuando los mecanismos más primitivos de la psicosis no estaban en primer plano, los pacientes podían realizar un acercamiento a conflictos más cercanos a su realidad externa y a su historia. Ahí se manifestaba una mayor conciencia de su situación personal. Con el trabajo se logró: fortalecimiento de las funciones yoicas reflejado en una modificación del contacto con la realidad, mayor conocimiento de la enfermedad, aumento de la capacidad de relación con los otros, favorecimiento del aprendizaje, disminución de hospitalizaciones y una implicación más activa en el tratamiento.

Lorenzo López, en 1993, realizó un trabajo que aborda el tema de la reforma psiquiátrica en España y el manejo de los pacientes psicóticos en un hospital de día. Habla de la dimensión psicosocial de la locura, las condiciones institucionales, sociales y técnicas necesarias en el tratamiento de la psicosis desde el contexto de la psicología social y la teoría de grupo operativo.

Es importante mencionar que en la evidencia recabada se puede encontrar distintas intervenciones grupales realizadas con pacientes psicóticos, estas se remonta incluso a periodos previos de las experiencias de Nordfield. Estas intervenciones son de múltiples disciplinas que incluyen psicoanálisis grupal, puestas en distintos contextos históricos desde el 1900 en adelante (Uric. I & Gonzalez de Chávez, 2019).

Sin embargo, es importante destacar que los criterios para diagnosticar esquizofrenia han cambiado a lo largo del tiempo. Por ejemplo, en el DSM 1 (1952) el trastorno esquizoafectivo quedaba incluido en el grupo de las esquizofrenias. Esto es importante de considerar, ya que estas sucesivas precisiones en los criterios diagnósticos implican que el cuadro clínico en la actualidad es de mayor complejidad y dificultad en el manejo. Sumado a lo anterior, es importante recalcar que la evolución del tratamiento farmacológico también ha tenido grandes variaciones. El diagnóstico de esquizofrenia resistente significa que se han realizado dos tratamientos farmacológicos con antipsicóticos en dosis suficientes y por un tiempo adecuado. Esta es una de las

indicaciones para el uso de clozapina. En Chile, recién el año 2000 se establece la norma técnica para su uso de este fármaco constituyéndose en la última línea de tratamiento para las personas con diagnóstico de esquizofrenia. Esto implica que el grupo de pacientes que participó en esta intervención no es comparable a los de épocas previas, por los diferentes criterios diagnósticos y por la diferencia en los tratamientos farmacológicos.

A partir de todo lo expuesto anteriormente, este trabajo se centró en grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (diagnosticados según CIE-10), en su mayoría resistentes al uso de clozapina, inicialmente contagiados de COVID en tiempos previos a las vacunas, en un contexto de hospitalización psiquiátrica en el Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”, durante la pandemia de COVID-19, año 2020 a 2021.

Aspectos éticos

La confidencialidad de los datos es dada por el uso indirecto de estos, a través del registro de la bitácora de la terapeuta, la cual fue transcrito inmediatamente después de cada sesión, esta es una tesina auto etnográfica (Blanco, 2012). Por lo tanto, no se utilizan datos de manera directa (no hay entrevista de paciente ni grabación de sesiones), ni se extraen datos de la ficha clínica.

En la transcripción de la bitácora se cambian los nombres de los integrantes del grupo a nombre de fantasía para que estos no sean identificables, además se elimina cualquier tipo de dato que haga identificable a un miembro del grupo. Por lo demás, podría no haberse usado ningún nombre porque lo que fue dicho en las sesiones pudo haber sido puesto en palabras por cualquiera de ellos y es esta, además, la forma en que se considera para la comprensión, es decir, cada voz que aparece es parte de un todo (Pichon-Rivière, 1978).

Metodología

Esta tesina se desarrolla a través de metodología cualitativa como resultado de la exploración del fenómeno de estudio, ya que se necesitó explorar los significados y construir la experiencia de este fenómeno. Esto supone una inmersión descriptiva de los hechos en primera persona a través de la narrativa construida (S. Taylor et al., 2015).

El enfoque de esta tesina es de tipo auto etnográfica, ya que es un fenómeno abordado a través de la narrativa de la propia experiencia a lo largo de varias intervenciones que dan el cuerpo narrativo, una conducción temporal y una mirada crítica de múltiples voces tanto internas como externas (Méndez, 2013).

La forma de recopilación de datos es a través de mi bitácora escrita inmediatamente después de cada sesión. La forma de escritura de ésta es reconocida como escritura narrativa, la que permite al investigador el cuestionamiento interno de la condiciones como sentimientos y emociones y condiciones externas como el ambiente y la dimensión temporal (Méndez, 2013).

El desarrollo de esta tesina está estructurado, a través de la exposición de las sesiones grupales elegidas, luego el comentario realizado por mi de dicha sesión para explicitar lo que ocurre internamente y posteriormente un análisis global de esta sesión. Finalmente se llega a una conclusión a partir de la concentración de los resultados y el resultado final de las sesiones intervenidas.

Debido al contexto pandémico es importante describir lo que se vivenció en ese momento, ya que el ambiente hospitalario que se ofrece a los pacientes es único en cuanto al contexto en que se dio. Por lo que a continuación se da un contexto vivencial de las modificaciones que tuve que realizar en mi lugar de trabajo para el abordaje terapéutico de estos pacientes.

Estas intervenciones grupales parten con los primeros contagios por COVID-19 en la institución. Nuestra unidad fue la segunda en recibir pacientes contagiados, desde los primeros casos progresivamente fue transmitiéndose la enfermedad hasta llegar a contagiarse la totalidad de los pacientes de la unidad.

Por lo anterior se suspendieron todas las intervenciones no biomédicas, de un día para otro, y los psiquiatras quedamos con más del doble de los pacientes que veíamos habitualmente. Debido a los contagios de los pacientes, se hizo necesario priorizar el manejo médico; ya que en ningún centro hospitalario médico fueron recibidos por su patología psiquiátrica. Habitualmente, los pacientes psicóticos son evitados en los servicios de urgencia del hospital general, se hace todo lo posible por no internarlos por temor a desajustes conductuales.

Se tuvo que volver a estudiar medicina y examinar con rigurosidad. Estaba el miedo de que los pacientes pudiesen empeorar y morir. Además, el equipo médico temía contagiarse y correr la misma suerte. La situación de miedo generó un clima difícil de describir, en que los pacientes ya no solo podían ser fuente de daño físico por las agitaciones psicomotoras producto de sus cuadros psiquiátricos; si no también, ser vectores de enfermedad. Perdiéndose de vista que quienes podían traerla, a un grupo de pacientes aislados, sólo podían ser quienes venían de afuera: sus tratantes.

Se tuvo que volver a usar delantal blanco. A esto se agregaron mascarillas, escudos faciales, cofias cubriendo el pelo, pecheras plásticas y guantes. Costaba distinguir quién era quién.

Se examinaba a los pacientes todas las mañanas, además de controlar sus signos vitales, en espera de variaciones desconocidas de una enfermedad nueva. Cada día era un escenario de agotamiento e incertidumbre donde se fue perdiendo la palabra. Las entrevistas psiquiátricas se fueron reduciendo a unas pocas frases cruzadas durante el examen físico, delante de quien estuviera ahí presente, perdiéndose la privacidad.

Pasó el mes de mayo de este modo, empecé a notar a mis pacientes cada vez más psicóticos y autistas. Es decir, desapegados de la realidad con la predominancia, relativa o absoluta, de la vida interior (Bleuler, 2011). Un día, por motivos que aún no tengo del todo claros, se me ocurrió entrevistar a todos los pacientes bajo mi cargo juntos. Por temas de tiempo, me resultaba imposible poder hablar con ellos todos los días además de examinarlos, hacer ambas cosas en conjunto me pareció que estaba siendo fuente de angustia.

Fue así como tuvimos, la segunda semana de junio, nuestra primera sesión sentados en torno a una mesa del comedor; ya que los pacientes no podían ingresar al sector de las oficinas de los funcionarios. Abrí la primera sesión con un “¿cómo están?” y empezó a producirse un diálogo con temáticas que partieron en torno a la situación de contagios de la unidad, lo que habían visto en televisión, qué estaba ocurriendo afuera y su situación psiquiátrica. Tuvo más el carácter de una conversación de cada uno de ellos en simultáneo conmigo que un diálogo entre todos. Varios pacientes no pudieron permanecer durante toda esta primera sesión, que debe haber durado aproximadamente media hora, y se fueron poniendo de pie para retirarse a sus camas.

En la segunda sesión, varios preguntaron cuando volverían a tener psicoterapia y se quejaron de que sus psiquiatras no hablaban con ellos. Se sumaron un par de pacientes de otros colegas, pero las quejas también venían de mis propios pacientes. En las dos sesiones que siguieron, hablaron del miedo al contagio y a morir, de las peleas entre ellos y del miedo a las agresiones: “X inventa las voces para pegarle a todo el mundo”. Me preguntaban qué estaba pasando afuera y qué pensaba yo que podía ocurrir en el futuro con la enfermedad. Me fui encontrando con un mundo de los pacientes que me resultaba desconocido y con una forma de conversación que no era la habitual, que se instaló al sentarnos a hablar todos juntos. Me di cuenta de que algo más ocurría en este espacio cuando un paciente, que acababa de irse de alta, me llamó un día por teléfono, en el horario en que nos habíamos estado reuniendo, para decirme que estaba bien. En ese momento me percaté de que se estaba constituyendo un espacio que no era exactamente una entrevista psiquiátrica y frente a mi total ignorancia en el tema decidí que tenía que supervisar la situación.

Encuadre e inicio del proceso

Como resultado de la primera sesión de supervisión, surge la necesidad de establecer un encuadre de trabajo. Se uniformó el tiempo de las sesiones a una hora, dos veces por semana, cuando yo estuviese en mi turno en la unidad. Esto significó, en el primer periodo del trabajo, que teníamos dos semanas de sesiones y luego una sin. Se sacó la mesa del medio, para generar un espacio vacío en el centro que se llenaría con lo que el grupo iría produciendo. La idea fue establecer un espacio de simbolización para introducir la palabra antes que la acción. Se debía mantener un círculo, nadie afuera, nadie adentro. El que quería participar debía formar parte de éste.

Asumí la tarea de buscar un espacio cerrado donde no hubiese tránsito de terceros. Pedí autorización para reunirnos en un pequeño auditorio, que nadie utilizaba, como sala para las sesiones. Tenía un par de vidrios quebrados, pero auguraba mayor privacidad. Mi lugar sería sentada al lado de la puerta regulando la entrada; el que ingresara lo haría para participar, no como observador ni visita. El grupo tendría que poder sentirse protegido por mí.

Mi función sería parecida a la de un director de estación de trenes, ayudaría a coordinar entrada y salida de la palabra. No dirigiría la conversación, ni propondría temas. Mi posición cambiaría, desde el lugar del conocimiento médico, al de la escucha. Debí dejar mi lugar como psiquiatra y no contestar las preguntas, para devolverlas al grupo y así ser pensadas por los miembros de éste juntos, aspirando a lograr una horizontalidad cooperativa.

Este no fue un grupo de pacientes seleccionado por diagnóstico, coincidentemente todos tenían el diagnóstico de esquizofrenia. Se definió como los que viven juntos durante la hospitalización, la consigna fue: “hablar de lo que quieran”. Comencé a darme media hora, posterior a cada sesión, para registrar el material y analizar lo ocurrido; para poner en palabras lo que iba sintiendo con ellos.

Dadas las características de la unidad de hospitalización fue un grupo tácitamente abierto. Si no, corríamos el riesgo de quedarnos sin grupo, ya que la población de la unidad se modificaba según su evolución clínica. Algunos pacientes se fueron de alta y

otros fueron ingresando. Esto planteó la importancia de poder despedir a los que iban partiendo, abriendo la posibilidad de que el grupo les dijera algo; así como también recibir a los nuevos integrantes, para evitar algún tipo de segregación. Se le preguntaba al grupo si le quería hacer alguna pregunta al recién llegado.

Terminada la sesión, se le preguntaba a éste si quería seguir participando y al grupo si lo aceptaban; corriendo el riesgo que esto pudiese alguna vez ser un no. Decidí realizar una entrevista previa al ingreso al grupo, que pensé inicialmente como una forma de ver si había algo que me pareciera pudiese ser una contraindicación para el ingreso; algo que pudiese poner en riesgo al grupo. Luego, lo fui pensando como una instancia para que el entrevistado pudiese establecer transferencia conmigo, si no me conocía antes de incorporarse.

Como no se puede variar al equipo de coordinación por el riesgo de modificar la transferencia y producir regresiones, asumí que iba a trabajar sola ya que, en esta etapa, los psicólogos aún no podían volver a la unidad y mis colegas psiquiatras miraban el espacio con cierta desconfianza. En ese momento, yo no sabía que nuestro trabajo se iba a extender durante un poco más de un año; no había pensado en un plazo. El trabajo debió realizarse en la clandestinidad para la institución ya que, por miedo a los contagios, no podían reunirse grupos. Se habían suspendido, incluso, las reuniones de equipo. Sólo sabía de esta actividad mi equipo de trabajo que la aprobaba a medias.

Sesiones grupales

Comenzamos a trabajar en el auditorio. Tuve que sacar copia de la llave para entrar y salir con cierta independencia. Ya que, al inicio del trabajo, en varias ocasiones tuvimos demoras para empezar las sesiones porque nadie encontraba las llaves y no podíamos ingresar a la sala. Y en un par de ocasiones, también fuimos encerrados con llave, constituyéndose un triple encierro: la sociedad, el hospital y la sala de reuniones. Tuve que llamar por teléfono a la enfermera para que nos dejaran salir.

Sesión jueves 25 de junio del 2020

Participa: Bernardo, David, Gonzalo, Gustavo y Gabriel

Se informa al grupo que uno de los integrantes, David, se irá de alta y que esta será su última sesión con nosotros. Bernardo dice que le da envidia, pero que no le desea mal, es sólo que David se irá con su familia y él seguirá en la unidad. El resto del grupo le desea suerte. Todos le hacen sugerencias del orden de cuidarse, aprovechar las oportunidades que le den y le desean suerte en la batalla contra su familia. Cuando David dice que él no tiene problemas con su familia, Bernardo aclara que es la batalla contra la enfermedad. El ambiente se siente tenso.

En el transcurso de la sesión impresionan ausentes o derechamente lo están. Yo también me siento ausente y distraída. Miro por la ventana y pienso en mi familia con sensación de nostalgia. Les comento que estamos como ausentes. David me dice que, a veces, uno no necesita hablar; que los hombres se entienden con la mirada. Gabriel dice que él está bien, que siempre lo está; pero impresiona más autista que lo habitual y presenta risas inmotivadas¹. Gonzalo se saca los zapatos.

David dice que hay cosas que no se pueden hablar acá. Le recomienda a sus compañeros, como mensaje de despedida, que no le cuenten sus cosas a cualquiera; porque los otros pacientes los pueden juzgar. Cuando dice esto, siento que hablan de mí.

¹ Forma de paratimia particularmente frecuente en la esquizofrenia. (E. Bleuler, 2011. Página 85)

Gonzalo dice que él prefiere no hablar del motivo por el que llegó al hospital. Esto aparece cuando estamos hablando de que la próxima semana podrían incorporarse nuevos integrantes.

Bernardo se pone de pie y sale de la sala en varias ocasiones, finalmente no regresa. Durante la sesión, Gustavo y Gabriel también se ponen de pie y salen a buscar pan, pero vuelven. En un momento en que quedamos solos en la sala, Gonzalo me muestra su cuaderno de canciones y me dice que eso lo ayuda. En tres ocasiones, un paciente que no es miembro del grupo abre la puerta de la sala para que David salga a fumar con él; a la tercera se va con él y no regresa.

La sesión termina con tres de cinco pacientes.

Comentario de la sesión:

Lo primero que se va observando, al analizar lo ocurrido en sesión, es que salir de alta produce envidia. Esta es muy fuerte, es por las diferencias. Hay que ver por qué estas generan envidia, para salir de los pactos que son inconscientes. Se hace necesario hablar de las diferencias: pan, cigarros, familia. Los pactos inconscientes son acuerdo entre los sujetos afectados por el establecimiento de un consenso, que tiene como fin asegurar la continuidad de las cargas y de los beneficios conectados con la estructura del vínculo, y mantener los espacios psíquicos comunes, necesarios para que subsistan ciertas funciones ancladas en la intersubjetividad (Kaës, 1989).

Se observa una fantasía de chivo emisario: el que se va del grupo es el que no tiene amigos. Esta es una fantasía del grupo de quedar libre de lo que lo destruye. El problema del chivo emisario tiene que ver con un doble acuerdo. Hay contenidos nocivos para el grupo que los pueden enemistar. Alguien tiene que ofrecerse, inconscientemente, y ser el héroe reprimido portando lo que tiene que ser expurgado y el grupo lo designará masivamente. Es una mezcla de un ofrecimiento personal y un acuerdo del grupo de depositar, en este miembro expulsado, todo lo rechazado (Taylor & Rey, 1989). Es una idea omnipotente con la que me enfrentan ya que, en la realidad, soy yo la que decide quién se va de alta y no ellos. Hay también una fantasía de que él que se va de alta se lleva toda la comida: David se lleva lo que es de todos. El entrar y salir de la sala, durante la sesión, es una dramatización del alta. Así son ellos los que controlan la entrada y

salida, no yo. En el alta aparece la idea de portarse bien, y no de estar sano. Es cómo hacer lo que los papás quieren. Es portarse bien ante mí, pero que también puede ser pensado como un coqueteo. El portarse bien y mal se fue leyendo en el desarrollo del proceso.

Vamos viendo, desde las primeras sesiones, cómo se construyen escenas alrededor de un problema. A lo largo del proceso, se irán identificando las preocupaciones del grupo que sostienen ansiedades, ya que allí está el inconsciente del grupo. Surge la pregunta de si, al ser pacientes psicóticos, se iría a forzar más el encuadre.

Elegí ésta, como primera sesión, para mostrar el estado inicial del grupo. Da un punto de partida de lo que les ocurría en relación con las altas de los compañeros, las pérdidas. Y el modo en que las angustias sólo podían ser dramatizadas, sin la capacidad de ponerlas en palabras. Iremos viendo, a lo largo de las sesiones seleccionadas, cómo esto fue evolucionando.

Por ejemplo, en el desarrollo de las sesiones fui viendo cómo se constituía un alfa, líder del grupo, un beta que se oponía al alfa y un omega que apoyaba y reconocía al primero (Schindler, 1957). Si salía el líder, tenía que aparecer otro; lo que significaba negociaciones inconscientes en el grupo y reestructuración de éste. Estar en el lugar del alfa significaba la posibilidad de irse de alta. Se producían alianzas que debían ser interrogadas y esclarecidas. También hubo redefinición de roles en torno a cambios de reparto en la tarea, fueron apareciendo otras propuestas y liderazgos.

En las hospitalizaciones forzosas está el problema del control del Estado. Esta modalidad de hospitalización es la decretada por las autoridades de salud y gestionadas por el psiquiatra. Debido a su estado psicopatológico, alguien podría ser de riesgo para sí mismo o terceros, por lo que la autoridad sanitaria puede decretar la internación en contra de la voluntad de la persona. Se le fue mostrando al grupo que algunos podían querer estar ahí, pero que el Estado les robaba el deseo.

En ciertas ocasiones, la dramatización del grupo incluyó cambiar las sillas de posición dejándome fuera del círculo. Esto tuvo que ver con defenderse de algo que sintieron como un ataque mío. Esto sistemáticamente fue interpretado.

Cuando hablaban de los conflictos con los que estaban afuera del grupo, los otros pacientes de la unidad, se les mostró que los conflictos eran en el grupo, que adentro y afuera se mimetizaban. La organización del discurso se fue dando, en una primera instancia, como una necesidad de defenderse.

Se fueron poniendo en palabras las actuaciones. Cada vez que alguien salía de la sala se interrogaba al grupo acerca del motivo de esta salida y se les hacía asociar. ¿Por qué X habrá tenido que salir? ¿Qué está sacando del grupo? Se fue haciendo responsable al grupo de lo que ocurría al interior. No era X el que hacía algo por sí solo, era el grupo que hacía algo a través de ese individuo.

Sesión 14 de julio del 2020

Participa: Nicolás, Bernardo, Gonzalo y Gustavo.

Informo que el jueves no habrá sesión porque es feriado y pregunto cómo fue para ellos la semana en que no estuve (ya que, por sistema de turnos del hospital, me correspondía estar fuera). Nadie contesta, pero inmediatamente Gustavo empieza a contar un sueño que no logro recordar. Luego Nicolás cuenta que anoche soñó que un compañero de pieza lo golpeaba. Es el mismo que llevaba cuatro días consecutivos pegándole, por lo que fue cambiado de pieza. Bernardo dice que él ya no sueña desde que lo mataron. Gonzalo saca un cuaderno y muestra dibujos que dice que son sus sueños. Las primeras dos páginas son figuras geométricas coloreadas, va explicando a qué corresponde cada una. El tercer dibujo es una mujer desnuda que lleva una cofia de enfermera, tiene una pierna amputada desde la cual cae sangre. No logro recordar el resto de los detalles del dibujo, eran agresiones al cuerpo. Le pregunto qué lo motivó a traer los dibujos el día de hoy, dice que es para que todos lo conozcan más.

Pregunto al resto del grupo cómo ha sido para ellos el ser conocidos por el grupo, Nicolás dice que él ha hecho muchas amistades y compartido números de teléfono, además dice que es amigo de Gonzalo y Gustavo, quienes lo corroboran. Gonzalo y Nicolás chocan palmas. Luego Nicolás mira a Bernardo y dice que “con el tío” también habla. En el círculo, Bernardo se sienta hoy más apartado; pese a que el resto, incluida

yo, queda más cerca de la estufa. Frente al comentario de Nicolás, Bernardo dice que él no está de acuerdo, que no le parece bueno que el resto sepa tanto de uno.

Más adelante en la sesión les pregunto qué les pasa con las diferencias de opinión. No contestan, pero hablan de sus altas respectivas y tratamientos. Les señalo que ese es otro tipo de diferencia: los que tienen y los que no, los que saben cuándo se van y los que no, los que están obligados y los que están voluntarios. Nicolás dice que él comparte todo lo que le traen con los otros y que llevó dos sobres de jugo a sus antiguos compañeros de pieza, “yo ahí me crie”. Bernardo trata de hablar diciendo que él no tiene a nadie que le traiga cosas, pero es interrumpido por Gustavo. En varias ocasiones, las pocas en que Bernardo intenta intervenir, es interrumpido por otro miembro del grupo cambiando bruscamente el tema. Se refieren a él como “el tío”, mientras el resto se trata por su nombre. Nicolás a mí también me dice hoy “tía”, el resto mantiene “doctora”.

Hablan de agresiones físicas sufridas dentro de la unidad. Nicolás dice que su estrategia es hacerse amigo y regalar cosas. Bernardo dice que esto es cínico e hipócrita. Les pregunto qué pueden hacer como grupo frente a estas situaciones y Nicolás dice que ya lo están haciendo; que tienen un entendimiento de lo que le pasa al resto, por estar en comunidad. Bernardo mira el piso.

El tiempo se me hace largo y miro torpemente la hora, Bernardo me pregunta qué hora es. Faltan doce minutos para el término de la sesión. Pensé que se había desactivado la alarma que suena en mi bolsillo al término de la sesión. Esta particularidad tiene que ver con que, con la cantidad de capas de ropa y plástico era imposible mirar el reloj.

Les recuerdo al término de la sesión que el jueves es feriado y que no voy a venir. Les pregunto si tienen planes para ese día. Inmediatamente se apuran en hablar de problemas que están ocurriendo en la unidad. Nicolás dice que los auxiliares paramédicos los han fotografiado desnudos en la ducha. Bernardo acusa que otro paciente se está metiendo en sus casilleros y sacando cosas. Gustavo dice que roban. Nicolás dice que sacaron de la muralla unas cartulinas con una actividad que habían hecho de terapia ocupacional, “dicen que fueron las tías” (forma en que suelen referirse a los auxiliares paramédicos, pero también a mí el día de hoy). “Lo hicieron todos con mucho esfuerzo”.

Les digo que, así como tienen la posibilidad de informarme de esto a mí y al resto del personal, también podrían pensar en cómo apoyarse como grupo frente a estas situaciones.

Comentarios:

Cómo el grupo es un espacio regresivo, se debe plantear una cosa a la vez. Fue desastroso cada vez que traje más de una información por sesión, como ocurrió en la recién expuesta; se despertaron muchas ansiedades. En esta sesión puse a unos a llorar y otros a correr. Para algunos fueron ansiedades de pérdida y para otros persecutorias. Recibieron la suspensión de sesión por el feriado del jueves como un golpe, un ataque. Pero también la sintieron como un robo, les roban todo de los casilleros y yo les robo el espacio de sesión. Si yo no voy el jueves, es porque me voy de alta. Están enojados. Ellos son los buenos y solidarios, yo la mala que los deja sin sesión. Pude haberles mostrado que estaban envidiosos de que yo pudiese salir y ellos no. Y que estaban enojados porque el trato no es igualitario y sintiendo que yo no compartía con ellos.

El sueño de Gonzalo también es un ataque. Hay angustia y confusión por no tener la sesión, al punto de no saber si están vivos o muertos. Yo soy la que les quita los espacios de sesión y se sienten amputados. Quieren desquitarse con la mujer del dibujo y amputarle eso que les hice yo. Todos se pliegan a Gustavo con un sueño y se unen contra mí. Como transcurre así toda la sesión me siento extenuada, porque me están violentando todos. En la ansiedad que tienen por saber la hora, les pude haber mostrado, desde mi contratransferencia, que la sesión había sido densa y querían irse.

Con relación a mi pregunta de lo ocurrido en mi ausencia, esta debió ser abordada sólo si era traída por el grupo o si aparecía algo en el contenido con lo que se podía relacionar en esa particular sesión.

Al observar la actitud del grupo con Bernardo surge la pregunta de por qué no se deja hablar a un integrante o por qué se lo interrumpe. Se debe poner atención en proteger a los que no están dejando hablar. Si fuese un paciente nuevo se podría pensar en un rito de iniciación, pero siendo un paciente antiguo se debe pensar que están evitando que diga algo que saben que va a decir: lo reprimen. Lo que va a decir es muy importante, es eso de lo que no quieren enterarse. En esta sesión les pude haber

señalado que: “el grupo no deja hablar a Bernardo porque lo que va a decir es muy relevante”.

Aparece la ambigüedad persecutoria. Si saben mucho de ellos, los pueden ocupar. El grupo es un espacio peligroso porque se muestran ante los demás y se exponen.

Bernardo tiene un coqueteo melancólico conmigo para que yo le traiga algo al volver. Pude haberles mostrado que todos estaban esperando que yo les trajera algo a mi regreso.

La pelea del grupo con los malos de afuera ha fortalecido al grupo. Hacen el show de hacerse amigos de los otros pacientes, pero es una postura falsa. En la fantasía de regalo, ellos dicen que no son francos, que son cínicos.

Al término de la sesión tratan de convencerme de que no la termine con todos los problemas que traen en los últimos minutos. Mientras estén hablando están en sesión, por lo que traen cualquier cosa. Se les pudo haber mostrado que la finalización de la sesión los ponía ansiosos y tristes, que les daba miedo extrañar el espacio conmigo. Y que se sentían frágiles y abandonados, sin alguien que les diera seguridad. Hay fantasías de destrucción, con sentimientos de estar muy abandonados y ser muy débiles para defenderse. Con el robo de la actividad yo no los defendí.

Esta sesión es muy interesante porque muestra el despliegue defensivo frente al abandono. Para auto preservarse y luchar frente a la fantasía de destrucción del grupo, se organizan en ataque y fuga. Al adoptar una cierta organización interna, el grupo le da solidez a la defensa. Se organizan en torno al sueño de Gustavo en un ataque. Cuando aparece el temor a ser conocidos por otros, el grupo se organiza en torno a la fuga. A lo largo del proceso se verá cómo se va transformando desde un grupo de supuesto básico a un grupo de trabajo. La mentalidad de grupo es el recipiente de las contribuciones anónimas, les permite asumir una uniformidad. Los supuestos básicos son técnicas de autodefensa. Son modos del grupo para auto preservarse. El grupo lucha contra una fantasía de destrucción permanentemente, lo que los hace sentir frágiles. La muerte del grupo es su disolución. El supuesto básico es la técnica de como luchar frente a esta fantasía (Bion, W. 1980). El que se acaba de mostrar en esta sesión es el de ataque y fuga.

Sesión martes 27 de octubre del 2020

Participa Fernando, Benjamín, Bernardo y Gonzalo

Gonzalo me acerca su cuaderno para mostrarme algo. Le digo que lo lea al grupo. “Es una lista de potenciales regalos de cumpleaños: un pendrive de alta capacidad, un cuaderno grande para resolver el álgebra de Baldor, un mp3 o 4 y una once”. Le preguntan cuando está de cumpleaños y dice que el 29. Benjamín dice que él cumple 48 años el 22 de diciembre y lo quiere pasar con su familia.

Se preguntan quienes traen las tortas de cumpleaños. Fernando le pregunta Gonzalo si se la pidió a su familia, éste le dice que no. Benjamín dice que parece que las traen los tíos. Se produce un breve silencio y Gonzalo me pasa la lista “para que la vea con el equipo”. Bernardo le pide a Fernando la lista de los arriendos. Éste último comenta que llamó ayer al de ochenta mil pesos y ya se había arrendado. “Pedían antecedentes, por suerte yo no tengo”. Bernardo dice que él tiene por hurto y robo. Fernando me pregunta si le podemos buscar un arriendo a él y a Bernardo. Les pregunto cómo gestionaron esta lista de arriendos y dicen no recordar (yo estaba presente cuando planificaron a quien encargarle que trajera los avisos económicos del diario). Fernando pide que la búsqueda sea en Macul por ser más barato.

Benjamín le pide a Gonzalo que hable. Éste se encoge de hombros, sonríe y pregunta de qué. Le dice que de lo que sea y él lo escuchará con atención. Gonzalo habla del hallazgo de agua mineral en la luna y de las posibilidades de colonización que esto permitiría. Bernardo le dice que en Marte hubo vida en tiempos prehistóricos. Gonzalo contesta que la atmósfera de la luna hace esto imposible. Bernardo le aclara que se refiere a Marte y que los marcianos mandaron cápsulas bacterianas para alterar monos y crear la raza humana. Gonzalo le dice que no, que en Marte hay solo vida microscópica.

Se produce un prolongado silencio. Bernardo dice que es un “silencio mortal”. Fernando inmediatamente dice que siente angustia, que por favor le ayude a salir de ahí. Les digo que, frente a lo mortal del silencio, le encomiendan a Gonzalo que los saque y se ponen a hablar de la vida en otro planeta. Le encargan que los saque del hospital que los angustia. Que, además, no puedo evitar pensar que esto se relaciona con que hoy han dejado vacía la silla que ocupaba Sebastián (paciente que recientemente se había

ido de alta del grupo). Benjamín dice que se echa de menos, otro dice que sigue con nosotros y Fernando dice que va a volver porque se va a aburrir en el otro lugar. Benjamín dice que no, que no va a volver. Recuerdan también a “Pablito y su mirada penetrante”. Todos ríen. Fernando dice que a él le daba un poco de miedo. Se quedan silenciosos y cabizbajos.

Fernando pregunta por qué su hermano no lo quiere recibir, le pregunta al grupo. Bernardo le dice, retomando las palabras de Fernando, que estaban buscando una excusa para echarlo. Fernando argumenta que la cuñada le tiene mala. Bernardo le contesta que una mujer tiene más fuerza que una carreta de bueyes.

Benjamín dice que la terapia de grupo es muy importante para él y que la espera con ansias: “¿son los martes y jueves? ¿viernes?” Acto seguido me pregunta, “si usted quiere contestar”, si estoy casada y tengo hijos. Les pregunto por qué lo quieren saber. Dice que ellos (marido e hijos), tienen mucha suerte de tenerme, porque yo los puedo escuchar y darle ideas de lo que les pasa. Que él sería feliz con alguien como yo.

Gonzalo, tras un breve silencio, pregunta si alguien sabe por qué Júpiter es tan importante para la tierra. Nadie lo mira. “Ya pues, piensen... Por ser un planeta tan grande y tener mayor gravedad que la tierra atrae muchas cosas que si no nos llegarían a nosotros”.

Benjamín cuenta que habló con otro paciente pero no quiso sumarse al grupo, “él se lo pierde”. “Yo creo que sería bueno que llegue alguien más, sirven más ideas”.

Les digo que ellos temen que llegue otro paciente al grupo y destruya lo que acá tienen y por esto están tratando de reclutar a alguien de su agrado. Temen que yo no sea capaz de protegerlos, me engatusan con halagos para que los cuide. Fernando dice que él no está de acuerdo con que llegue ese paciente porque a él lo ha tratado mal. Dice que no es venganza, porque es un pecado. Benjamín le dice que dejen el tema.

Les digo que ellos sienten que yo no voy a ser capaz de tolerar su rabia. Y que tal vez teman que los pueda abandonar, como lo hizo Sebastián, a quien tratan de retener con una silla y a mí con halagos. Benjamín dice que sí, que tal vez todo esto pueda ser muy abrumador para mí.

Les digo que estamos en la hora y que los nuevos participantes llegarán según el protocolo establecido con sus médicos tratantes, tomando en consideración el cuidado y preservación del espacio terapéutico.

Comentarios:

Con los preparativos y planes de cumpleaños está el deseo de estar sostenidos por la institución, que alguien otro se encarga de traer una torta y regalos, da lo mismo quien. Pero por otro lado están las gestiones para conseguir un arriendo e irse de alta. Gestiones que de cierto modo son realizadas en secreto, no me dicen como las han ido llevando a cabo, tal vez por temor a que yo intente impedirlo. Su deseo de quedarse queda proyectado en mí. Algo de esto se cuela en la declaración de sus antecedentes penales, son capaces de robar si es necesario, me muestran que pueden ser peligrosos si trato de impedir su salida (o tal vez su permanencia). Persisten ambivalentemente los deseos de autogestión y de ser cuidados.

Cuando el grupo le encarga a Gonzalo que hable de lo que sea, le están pidiendo que los saque de la angustia de la sesión y del encierro. Pensar en la vida en otro planeta es pensar en la vida fuera del hospital. Por un lado, está el huir de las angustias del confinamiento hospitalario, pero por otras lo ominoso del mundo exterior al grupo, lo que podría motivar a Sebastián a volver. Se debaten entre si es mejor seguir adentro o probar suerte afuera, si es mejor estar en el grupo o fuera de él. Esto surge en los emergentes que dan como certeza el retorno y partida definitiva de Sebastián.

Con las cápsulas bacterianas dan cuenta de la transformación del grupo, ya no son los que eran y junto a la silla vacía esto es tomado en una interpretación. Se ha producido un movimiento, una transformación, en el grupo que permite simbolizar a los ausentes. Todos los que han partido están en la silla vacía. La integración de los afectos permite que puedan pensar en los que ya no están y eso importa. Rescatan recuerdos y el proceso se acelera. La vuelta de espiral aumenta de velocidad. Pichon-Rivière observa que el grupo va recorriendo una espiral cónica. Periódicamente vuelve a los mismos temas, pero con una amplitud mayor, enriqueciendo el análisis de la tarea con los nuevos elementos incorporados. El grupo va tomando cada vez una visión más amplia de la tarea (Pichon-Rivière, 1971).

En las preguntas de Fernando acerca de por qué no lo recibe su familia vuelven las fantasías de destrucción del grupo, de ser expulsado. Con la fuerza de la mujer como carreta de bueyes pueden estar hablando de mí, vuelven los aspectos persecutorios. Todo se hace confuso, no saben cuándo son las sesiones. Atacan el encuadre preguntando al analista por su vida personal, pero también en un anhelo de ser parte de ésta.

Con la atracción que ejerce Júpiter, están dando cuenta de cómo el grupo tiene la potencia de desviar lo que les haría daño: atrae cosas que si no les llegarían a ellos. El grupo los protege. Proyectan lo que podría investirlos como carreta de bueyes. Pero con la fuerza de la mujer, como carreta también pueden están aludiendo a la potencia del cuidado del grupo. Están preocupados por la llegada de un nuevo integrante, hay ambivalencia; por un lado, sienten que el grupo tiene la potencia para cuidarlos, pero por otro temen que el nuevo integrante pudiese poner al grupo en peligro, sienten que yo no sería capaz de protegerlos de las agresiones externas. Pero también fantasean con que llegue otro que piense para no ser ellos los que tengan que hacerlo.

Esta sesión es de particular importancia porque se observa, por primera vez, la integración de los afectos que posibilita el dolor por las pérdidas, el duelo. En esta sesión se inaugura la narración de la historia del grupo, la temporalidad, a partir del poder hablar de los ausentes. El tema de los planetas volverá a aparecer en una siguiente sesión, de un modo distinto.

Sesión jueves 19 de noviembre del 2020

Participa Benjamín, Bernardo, Gonzalo, Fernando y Carlos.

Al Inicio de la sesión informo de mi ausencia durante las dos últimas semanas de diciembre, les digo los días que no estaré, cuál será la última sesión y cuál será la sesión en la que retomaremos. Carlos pregunta si habrá algún reemplazo y si es que esto significará que ellos no puedan irse de alta durante este periodo. Dice que a él sólo le faltan algunos exámenes médicos para poder irse. Bernardo pregunta con qué médico quedarán, si es que alguien me reemplazará. Les digo que el tratamiento psiquiátrico será

con reemplazo, pero que las sesiones grupales quedarán en pausa durante ese periodo. Benjamín dice que se le va a hacer largo. Carlos me pregunta qué es lo que haré durante mis vacaciones, si saldré del país, si me quedaré en Chile.

Fernando cuenta que fue evaluado para un hogar protegido. Les dijo que él no consumía alcohol ni drogas, que estaba contento. Bernardo pregunta qué pasará con su propia situación habitacional. Es interrumpido por Benjamín que menciona que él se irá a un hogar protegido pagado. Refiere que va a estar de cumpleaños pronto y me pregunta qué fecha es hoy. Otro paciente le contesta. “Es para calcular la fecha de mi cumpleaños”. Me dice que espera que yo le traiga una torta. Cuenta que su cuñado no lo ha llamado en meses. “Ya no quiero saber nada de él, me desilusionó, yo le di todo y él me deja caer. Le voy a pedir al doctor V que lo llame para pedirle que me traiga ropa interior y poleras. Yo no quiero hablar con él”.

Bernardo me pregunta por que él no ha sido entrevistado para un hogar protegido. Le digo que pareciera saber la respuesta, ya que lo hemos conversado en el espacio individual, pero le digo que lo está trayendo al espacio grupal para ser conversado por todos. Luego dice que él no ha sido entrevistado porque su postulación se perdió. Fernando dice que su postulación fue tramitada por su doctora. Pregunta si es que la cachetada que le dio a su cuñado puede ser un impedimento para ser aceptado en el hogar protegido. Me pregunta insistentemente, no contesto y los compañeros le dicen que no tiene nada que ver. Insiste con la pregunta y Bernardo dice que por favor alguien le conteste para que se quede callado. Carlos le dice que esto pasa en la familia y que estas cosas cicatrizan con el tiempo. Benjamín le dice que eso no tiene nada que ver, que ya lo aceptaron en el hogar. Fernando se ofusca, se toma la cara, dice sentirse angustiado y esto sería porque Benjamín le recordó esta situación. Benjamín le dice que no, que fue él mismo quien lo mencionó, se generan momentos de tensión. Fernando me pregunta por qué no le contesto.

Bernardo pregunta cuándo será visto por un dermatólogo, dice que la lesión de la cara ha ido creciendo, me pregunta cuando lo voy a mandar al especialista, que por qué no lo mando. Carlos le dice que tiene derecho a ser llevado a dermatología, Bernardo insiste en que yo no lo quiero mandar, les digo que esto lo hemos hablado en el espacio individual pero que aparentemente ellos deciden llevar al espacio grupal para tener el

apoyo del resto y presionar por una respuesta. Bernardo levanta la voz, muy molesto: “Entonces me voy a a tener que quedar acá hasta que la cara se me pudra”. Les digo que están muy enojados, enrabiados, porque yo no les contesto, no les resuelvo sus necesidades, y los abandono sin justificación alguna con el riesgo de que esto implique que terminen encerrados acá hasta que yo vuelva. Bernardo insiste, levantando la voz, que yo les hablo raro, que yo no les contesto, que soy ambigua con ellos. Les digo que ellos están ambivalentes con la idea de salir del hospital y hacer su vida, pero por otro lado quisieran ser cuidados por mí como si fueran bebés. Benjamín llora, dice que no es así, que él no está enojado, les digo que ellos piensan que los estoy abandonando como represalia a la rabia que han manifestado en sesión. Fernando se toma la cara, se angustia. Benjamín sigue llorando, insiste en que soy muy precisa en lo que digo. Bernardo insiste en su enojo.

Bernardo dice que los médicos no se involucran con las emociones de sus pacientes. Yo les digo que sienten que además de abandonarlos me importa un carajo lo que ellos sientan.

Llega la hora del término de sesión, antes de que yo avise de esto, todos se ponen de pie menos Gonzalo y Benjamín. Les digo que parece que ellos quieren dejar ahí la reunión. Y me despido de ellos. Benjamín me dice llorando que los perdone, Carlos da las gracias y se retiran, Fernando me choca un codo como despedida, Bernardo también y me dice que no es nada personal. Gonzalo se queda dentro de la sala para preguntarme por un libro.

Comentarios:

El grupo les brinda a los pacientes la ilusión de que pueden resolverse allí más cosas que en lo individual porque pueden hacer fuerza, le atribuyen una ilusión de potencia que no tienen solos. Para Didier Anzieu formar parte de una grupalidad es una ilusión gratificante, la ilusión grupal está en todo grupo desde que tienen conciencia de tal, se hacen capaces de valorizar su constitución, miembros, recursos. Hay un sentimiento de orgullo, es una ilusión porque alimenta fantasías de los miembros del grupo, se sienten potentes. El autor dice que el grupo es un sueño, por lo tanto, es una realización de deseo, los ubica en un nivel grato, apoya el sentimiento de sí mismo y de

uno en el grupo (Anzieu, 1978). Como si sintieran que en el grupo lo pueden hablar y no en el espacio individual.

El emergente grupal (Pichon-Rivière, 1971) dice que “se le va a hacer largo”, esto da cuenta de una posición depresiva y de la importancia de mi ausencia, en esta sesión se pudo trabajar como éstas los ponían muy tristes y al no poder tolerar la tristeza se enojaban conmigo y con el hospital; así sentían que estaban peleando y no viendo su pena; se ve como burocratizan la reunión para no hablar de mi ausencia; sienten que los abandono por su rabia y porque se portaron mal; Se sienten niños.

Mis vacaciones van a abrir un espacio tan largo que los problemas se van a podrir, entre mi ida y regreso hay demasiado tiempo y se van a podrir todos, me están diciendo que mi ausencia es demasiado larga. La idea de putrefacción es lo más primitivo que se ha dicho, por lo que esto pudo ser tomado durante la sesión. Lo afectado con la dermatología es la piel del grupo, yo salgo y les dejo un agujero.

En esta sesión aparece más claramente el grupo en posición depresiva.

En las siguientes sesiones les fui mostrando que ellos sentían que yo estaba más preocupada por mis vacaciones que por ellos y eso les daba mucha rabia. Que sentían envidia de que yo pudiese irme cuando se me ocurriera y ellos no. Fui tomando también el asunto del llanto, formulando hipótesis de porqué lloraban, abriendo qué es lo que sentían que perdían y extrañaban además del espacio.

Más cerca de la fecha de mi partida, les fui señalando que ellos dialogaban conmigo cuando yo no estaba en el grupo, que no se quedaban sin nada, se quedaban con el grupo dentro de ellos, esa imagen se la llevaban esperando que los acompañase durante el tiempo que duraba mi ausencia. La figura mía y del grupo habrían de funcionar como objetos acompañantes.

Sesión jueves 03 de diciembre del 2020

Participa Bernardo, Benjamín, Gonzalo, Fernando y Carlos.

Entra Benjamín y Gonzalo. El primero pregunta dónde está Fernando, Gonzalo se encoge de hombros, Benjamín le pide que lo vaya a buscar, luego dice que Carlos no va a participar porque fue a hacerse unos exámenes. Llega Fernando y se empieza la sesión con los tres integrantes.

Cantan canción de ABBA: the dancing queen. Gonzalo dice que le gusta toda la música.

Les comento que hoy es la última sesión de Benjamín, porque el martes próximo es feriado y luego se irá de alta. Benjamín rompe en llanto y dice que tiene sentimientos encontrados. Les digo que cuando se van de alta, se llevan al grupo con ellos, pueden dialogar con el resto de los integrantes y conmigo cómo lo harían acá y para el grupo, cuando alguien se va, sigue estando presente en la experiencia del periodo que pasó con nosotros. Varios lloran, les digo que, además de llorar la partida de Benjamín, lloran por mi partida de vacaciones y así cómo el grupo sigue presente para el que se va, yo también sigo presente para quien se va y para los que se quedan. Pueden dialogar conmigo como si yo estuviese acá.

Gonzalo dice que quiere ver la nueva versión de la película Mulán. “Esta trata de la China, en que para ir a la guerra tenía que ir un hombre de cada familia. Pero el papá de Mulán era muy mayor, por lo que si iba a la guerra iba a morir con certeza. Por lo que decide ir Mulán, pero ella era mujer y fue igual”.

Cuentan que hay un televisor nuevo, pero no pueden ver cualquier película. “Por ejemplo no podemos ver Constantine porque hay mucha violencia y cosas bíblicas como exorcismos”. Les digo que parece haber cierta censura, que ellos están evitando ciertos contenidos en el espacio grupal.

Fernando dice que con la partida de Benjamín va a quedar huérfano: “Él me dijo que me iba comprar todos los útiles de aseo para cuando yo me fuera al hogar”.

Llega Bernardo que estaba fumando, luego llega Carlos que menciona no haber querido venir antes porque estaba enojado frente al fracaso de su viaje al hospital para

una interconsulta. Muestra sus antebrazos con varios parches producto de intentos fallidos de instalación de una vía venosa: “todo esto fue por nada”.

Hablan de cómo harán para reunirse afuera. Hay algunos desencuentros respecto al sitio de reunión. Carlos dice no estar de acuerdo con un picnic con pollo asado en un parque: “Yo me junto con mis amigos en una sandwichería, no voy a ir a otro lugar. Si nos pillan comiendo pollo en un parque, nos agarran de la camisa y nos encierran”.

Gonzalo dice que está aburrido.

Me preguntan por mis vacaciones. Benjamín me pregunta si iré al sur y Carlos si saldré del país, otro le contesta que eso en este momento no se puede por la pandemia. Les digo que sienten que con mi partida quedan huérfanos y tienen rabia de que yo prefiera a mi familia por sobre ellos.

Carlos me pregunta si me pueden llamar por teléfono una vez que se vayan de alta. “Le podemos mandar un mensaje para decirle que estamos todos bien, un emoticón o algo así”. Alguien le dice que esto no se puede hacer. Les digo que esto sería una forma de mantenerse presentes en el grupo, pero una vez que se vayan de acá se llevan el grupo con ellos. Bernardo dice que esto es cierto, que lo más importante es lo que ellos se lleven una vez que partan.

Carlos dice que “ya estamos en la hora”, todos hacen el gesto de ponerse de pie. Les digo que están optando por irse antes, ya que la sesión ha sido muy intensa y porque la idea de mi partida es intolerable, todos vuelven a sentarse. Se produce un silencio, Benjamín dice “silencio” y Carlos también.

Gonzalo habla de un videojuego en que un protagonista tiene que hacer todo para sobrevivir y eso implica la posibilidad de tener que matar a unos abuelitos; si no lo hace es él quien muere.

Benjamín habla de su casa, de todos los arreglos que le hizo y de cómo ésta fue el motivo por el que su hijo cortó relaciones con él. Bernardo le pregunta por qué no se va a vivir a esa casa y éste le contesta que prefiere probar en un hogar.

Hablan de Martín (un paciente externo al grupo) y su encierro en la sala de aislamiento. Gonzalo cuenta cómo a él le hizo una emboscada para golpearlo. Fernando comenta que a él también le pegó: “Me quedó el ojo morado una semana, pensé que se me iba a caer”.

Hablan de las vacunas del coronavirus; Fernando dice que hay una que tiene noventa y cinco por ciento de efectividad; Carlos plantea que esto es un negociado de las industrias farmacéuticas, que él no se va a vacunar, menciona como la gripe porcina y aviar fueron inventos para tener grandes ganancias. Les digo que tienen miedo a lo que puedan encontrar afuera tras estos meses o años de hospitalización, si es que ha sido cierto todo lo que ha pasado y como ha cambiado el mundo. Temen que la seguridad que dejan en este lugar se pierda y temen morir para el grupo al irse de alta.

Les digo que ellos tienen sentimientos encontrados con el irse de acá: Por un lado, quieren estar afuera y retomar sus vidas, y por otro tienen la pena de dejar el grupo y dejarme a mí.

Comentarios:

Gonzalo es un portavoz privilegiado, trae escenas, metáforas, del inconsciente grupal. Esto se ha ido observando a lo largo del proceso. Con la escena del videojuego están mostrando que sienten que están peleando contra todo el grupo, es la noción de matar algo para sobrevivir. Está de vuelta la idea de lo que pierden. En la medida en que se curan y mejoran, hay cosas que ya no pueden volver a hacer por más que las hayan hecho durante mucho tiempo, se pierden ilusiones y proyectos. Algo de esto se hace presente con mi partida de vacaciones, ya no soy la madre que provee, tengo que atender a otros intereses. El hacer cosas en el exterior, comportamientos de algún modo disruptivos o excéntricos, para ser encerrados nuevamente, sería un acting out para volver al grupo. El hogar protegido y la casa, es la oposición entre estar acompañado y vivir solo. Al decir que se quiere ir al hogar, le está diciendo al grupo que en éste (el grupo) se siente bien. Quieren saber si en el hogar protegido esta situación grupal se puede reproducir.

Cuando Benjamín me pregunta donde estaré, está diciendo que quiere reunirse conmigo afuera. Es un ataque al encuadre, ya que el terapeuta sólo se reúne con el grupo. Nuevamente la petición de mi teléfono es una forma de tratar de verme fuera del setting, pero se regulan horizontalmente. Hacen un intento de terminar la sesión antes, porque no quieren vivir hasta el último minuto la separación ya que les trae recuerdos desagradables, esto pudo haber sido analizado. Al hablar de las agresiones de Martín

están usando el último recurso para preocuparme: si yo no estoy, los van a tratar mal. Fantasean con la idea de que yo me quede con ellos.

Hablan de vacunarse ¿pero contra qué? Esto pudo ser amarrado a las pérdidas, a la depresión o también de vacunarse contra las agresiones. Se pudo haber incorporado en la intervención que el feriado los dejaba con una sesión menos y eso les daba rabia. También haber traído algo de la película Mulán, es la idea de que el que se va, muere. Es el fin del grupo. Ellos están planteando que irse de alta, es ir a la guerra, el grupo es un espacio de tranquilidad.

Presento este material como ejemplo de una buena sesión, traen asociaciones, ejemplos, proyectos. Se observa cómo ha bajado la represión.

Sesión jueves 15 de abril del 2021

Participa: Gonzalo, Bernardo y José.

Les informo que me voy del hospital, que dejo de trabajar acá como psiquiatra, pero seguiré trabajando con ellos como terapeuta de grupo.

Gonzalo habla de la fuerza de atracción magnética y de la vida. Hablan de la bomba H. Luego siguen hablando de los planetas y que Plutón habría perdido la condición de uno y ahora sería un planetoide; Bernardo dice que se han encariñado conmigo. Varios bostezan; Gonzalo habla de la evolución del hombre desde los monos.

Alguien hace un chiste respecto a un caballo, todos ríen. Luego Gonzalo sigue hablando de armaduras y posteriormente hablan de la resistencia a antibióticos, todos colaboran con las teorías.

Otro paciente, que no participa del grupo trata de entrar durante la sesión. Le explico que hay un protocolo de ingreso, sale.

Comentarios:

Se produce una percepción psicótica de mi partido. Hay una fantasía onnipotente de que donde yo me voy nos vamos todos. Se instalan fantasías de abandono ¿Quién va a quedar en mi lugar? Esta noticia les cayó como una bomba. El problema de si todo se

destruye trae la pregunta de qué es lo que les queda. Lo que ellos ganaron en el grupo es de ellos, por más que el grupo desaparezca, se quedan con todo lo que produjeron estando en él. En las sesiones sucesivas se trabajará en hacer posible esa discriminación. El grupo teme que, en la medida en que no esté en el hospital, puede ser el inicio de la destrucción del grupo.

¿Cómo llegamos a hablar de planetas? Guattari habla de los “grupos en sí” que hacen el trabajo y los “grupos para sí” dónde, además de hacer el trabajo, se preguntan cómo lo hacen. Es un movimiento reflexivo. Son preguntas que hablan del “para sí”. Se convierte en un grupo reflexivo. Al hablar de los planetas, hablan del orden en que giran alrededor mío, yo estoy en el centro de ellos. Plutón es un planetoide, un planeta que no existe. Es un grupo real, pero no está legitimado por la institución; el grupo podría terminar como Plutón. Se preguntan cómo han evolucionado como grupo; cuándo uno termina algo, lo evalúa. Mi partida está mezclada con el fin del grupo, se preguntan porqué, si me voy de la institución, sigo en el grupo. Cómo esto no es lógico, levanta paranoia. En lo sucesivo se fueron explorando estas fantasías.

El bostezo fue una manifestación de angustia. Con el chiste del caballo se están burlando de la situación, tratan de bajarle el perfil a mi partida. Con la armadura y la resistencia antibiótica están dando cuenta de que esto no les impacta tanto, no es por desprecio, tienen experiencia. Me están tratando de tranquilizar, van a estar bien pese a mi partida.

Si bien, en esta sesión se observa que falta procesar preguntas, el grupo está funcionando. El hecho de que yo no cambié de conducta sirvió como argumento de que el grupo no se iba a terminar. En la medida en que yo discriminé mi partida del hospital de la continuidad del grupo, ellos lo pudieron procesar. El grupo fue muy acogedor conmigo. Pude separarme del hospital sin separarme del grupo. En esta sesión se observa cómo, pese a la dificultad por mi partida, se transforman en un grupo reflexivo.

Dejé de trabajar en el hospital a fines de mayo del 2021, pero mantuvimos las sesiones grupales. Trabajamos durante 3 meses sin yo ser funcionaria del hospital.

Sesión martes 27 de julio de 2021.

Participa Gabriel y Gonzalo.

Llega inicialmente sólo Gonzalo. Gabriel llega casi media hora después, su médico tratante me había dicho que se iba a ir de alta ayer, por lo que asumí que hoy no estaría presente y sólo sería Gonzalo y Daniel.

Entra Gonzalo y me dice que trajo mi cuaderno. Me habla de un metal que no sabe si es real o no. “Aparece en los videojuegos, tengo una lista de otros metales que podría usar para mi juego”. Me muestra también una tabla periódica. Le pregunto para que la usará y me dice que es para poner sus metales en ella.

Informo a Gonzalo que el grupo se finalizará en cuatro sesiones. Tras un poco más de un año de trabajo hemos logrado ciertos objetivos que nos permiten finalizar el proceso, además que con la cantidad de miembros actualmente se hace difícil sostener el trabajo. Gonzalo dice que lo más importante que tiene, se ha dado cuenta, es su hermano. “Yo creía que era Beatriz (chica que le gusta), pero no. Mi hermano es parte de mi familia, él siempre estuvo ahí. Cuando me llamó hace unas semanas, me asombré. Y ahora hablo con él casi todos los días”.

Saca una libreta del bolsillo y me dice que ahí tiene anotadas las direcciones de correo de algunas personas que conoció acá y me pregunta si le puedo dar el mío. “Cuando partió mi enfermedad yo estaba muy mal y necesité de muchas personas, del Gustavo (su psicólogo) y de ti. Aún tengo algunas crisis”. Le digo que me parece que su situación es muy distinta a cuando empezamos a trabajar hace un año. Me dice que es cierto, que está mucho mejor.

Gonzalo me dice que al alta piensa irse a vivir con su hermano, “él vive en Pucón, allá hace frío y me gusta el frío, podría hacer snowboard. Mi hermano me mandó un vídeo en que se caía haciendo snowboard el otro día” -ríe- “¿Qué va a pasar con el grupo después de que te vayas?”. Le pregunto qué cree él que va a pasar, mira hacia el piso y me dice que no sabe. Le digo qué tal vez se preguntan si al irme me los voy a llevar conmigo -se ríe- le digo que de cierta forma sí me los llevo, me llevo al grupo, así como ellos también se quedan con él. La experiencia que hemos hecho acá se queda para siempre con nosotros. Pero tendremos que pensar en lo que perdemos.

Llega Gabriel aproximadamente media hora después del inicio de la sesión. Gonzalo me dice que le cuente. Le informo del término del grupo, Gabriel dice que es una lástima, pero que creía que esto podía pasar: “Habíamos estado hablando hace algunas sesiones de la esperanza y yo creo que nos quedamos con eso, es poder esperar algo bueno porque tuvimos algo bueno, este es un espacio en el que hemos podido pensar, compartir cosas y salir de la locura de afuera. En ese sentido es un privilegio haber podido estar acá con usted”. Les digo que el trabajo que hemos hecho acá es una construcción en conjunto, y por lo tanto son ellos mismos que se han sacado de la locura.

Gonzalo se pone de pie algo inquieto y empieza revisar sus bolsillos, los revisa todos, mira debajo de su silla, alrededor, nos pregunta si hemos visto su lápiz. Después de algunos minutos lo encuentra en uno de los bolsillos de su parka, se ve aliviado. Pienso que este es el lápiz con el que quiere que escriba mi correo en su libreta.

Gabriel cuenta que estaba viendo las olimpiadas: “Es gente que se prepara mucho tiempo para llegar a competir, como que uno los ve, que son un equipo, que trabajan, que se preparan y a uno le dan ganas de hacer algo así. Como que uno se inspira y le dan ganas de hacer deporte”. Les digo que ellos acá han estado haciendo un trabajo, han estado entrenando durante todo este tiempo, han formado un equipo (grupo) y se han sostenido en él durante esta hospitalización, preparándose para el momento en que dejen de estar en él y tengan que desempeñarse solos. Gabriel dice que le llamó la atención que en la tele aparecía que eran las olimpiadas del 2020. Ríe y dice estamos en el 2021. “Las olimpiadas se han mantenido desde hace muchísimo tiempo, desde los griegos; y todo este tiempo después siguen presentes”. Les digo que por el grupo han pasado muchas personas. Muchas personas han entrado y se han ido, pero hay algo del espíritu del grupo que se ha mantenido todo este tiempo, espíritu que seguirá en ellos una vez que el grupo finalice formalmente. Gabriel dice que es cierto eso del espíritu. Que había estado pensando en Bernardo, que se fue hace algunos meses del grupo, pero es como si siguiera acá. “Igual va a ser triste cuando esto se acabe y ya no tengamos sesión”. Le digo que eso es algo que tendremos que ir pensando y tendremos tres sesiones más para hablar no solo de lo que el grupo nos deja sino también de lo que la finalización del grupo se lleva.

Gonzalo quiere mi dirección para poder contactarme si le pasa algo, no está seguro de estar mejor.

Comentarios:

En el grupo han aprendido a reconocer a los hermanos y a generar vínculos de colaboración entre ellos. Están agradecidos por esto. Me están preguntando cómo va a quedar el grupo como recuerdo en mí y en cada uno de ellos, quieren saber cómo los voy a recordar. En el grupo es como si fuesen hermanos, Gonzalo le pudo haber dicho mejor que yo a Gabriel lo que sentía con la finalización. Se pudo tomar la palabra lástima en una intervención porque la finalización del grupo los lastima. En las siguientes sesiones se fue mostrando también la rabia, porque yo estaba terminando el grupo que ellos hubiesen deseado que continuara.

El lápiz perdido es lo que perdieron, están mostrando que la historia del grupo no podrá ser más escrita. Sienten que no alcanzan a triunfar y el esfuerzo fue inútil. Pero terminan aceptando lo que hicieron, no hicieron y lo que van a perder. Como primer impacto a la noticia fue una buena reacción. No idealizaron ni se pusieron maniacos.

Se elige esta, como última sesión para efecto de este trabajo, porque permite ver el punto final de como el grupo reacciona frente a un duelo. Han perdido su lugar en la sociedad, su libertad por la internación, a sus familias, a amigos que se han ido de alta, sesiones suspendidas por vacaciones y feriados, y en este punto se enfrentan a la pérdida del grupo mismo. En las siguientes sesiones se trabajó los sentimientos de pérdida y de gozo por haber llegado al final del proceso. Como en las olimpiadas, lograron completar la carrera y tuvieron la sensación de triunfo porque pudieron completar la tarea y obtuvieron un producto final. En las últimas sesiones se observó una aceleración que les permitió procesar ciertas cosas con mayor rapidez.

3. Conclusiones

Recabar el conocimiento actual en psicoanálisis grupal con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (CIE 10) ha significado un desafío. Existe algo de información con pacientes psicóticos, más ampliamente; pero desde el punto de vista psicoanalítico todos sabemos, desde Freud, que la esquizofrenia no es cualquier forma de psicosis, por lo que me atrevería a decir que lo que hay en la literatura técnica para trastornos bipolares, autismo y trastornos graves de personalidad no aplicó para esta investigación.

Además en *Volviendo a pensar*, Bion (2006) sostiene que la esquizofrenia sería producto de ciertas condiciones ambientales asociadas a otras de la personalidad. Para esta última, se refiere a predominio de impulsos destructivos, odio a la realidad, pánico de aniquilación y formación de relaciones de objeto prematuras y precipitadas. El aparato hace uso de recursos del yo temprano, escinde y hace identificación proyectiva. Pero no sólo se escinde lo destructivo y libidinoso, también se escinde y fragmentan funciones del yo, las que permiten tener contacto con la realidad. Con esto se destruye lo que permite percibirla. Es una identificación proyectiva que obra sobre la conciencia misma. Cuando predomina la pulsión de muerte se escinde el órgano que permite tomar conciencia. Luego se proyecta en el mundo exterior para controlar un objeto externo, poniendo en éste una partícula de función yoica (atención, memoria, juicio). La conciencia es lo que vincula una impresión sensorial con la conciencia de la misma (linking). Cuando se equipara la palabra con el objeto y no con la representación, la comunicación ha sido escindida y proyectada en el objeto bizarro.

Para entender la gravedad de los pacientes con los que se constituyó el grupo, es importante remitirse a algunos conceptos psiquiátricos, en particular al de autismo. Como fue referido en los antecedentes de la intervención, se trataba de un grupo de pacientes en una profunda desconexión de la realidad, sea por estar sumidos en su mundo delirante o por las alteraciones afectivas propias de la enfermedad esquizofrénica. Eran pacientes que pasaban gran parte del día en sus camas, inmersos en sus propios pensamientos y con escasa interacción entre ellos. Habían sido sometidos a extensos y complejos tratamientos psiquiátricos con poca o nula respuesta, por lo que varios de ellos llevaban

años hospitalizados. Esto es muy claro al inicio del proceso. Los pacientes no establecían un diálogo entre ellos, se reían sin motivo, se sacaban los zapatos, se paraban y se iban en cualquier momento de la sesión.

A continuación la conclusión se dividirá en tres partes. La primera gira en torno al proceso, que da cuenta del tránsito del grupo; en segundo lugar se aborda la problemática de la simbolización que incluye todo lo observado en torno a la generación de pensamiento; finalmente emerge la temática de la ambivalencia con la hospitalización que hace referencia a los deseos contrapuestos de estar y no estar en el hospital.

A. Proceso

Aquí se da cuenta de los tránsitos del grupo mostrando los fenómenos clínicos en el orden en que se fueron observando. Partiendo por los que se producen espontáneamente en el grupo y mi interpretación de los fenómenos observados (aparición de emergentes, ataque y fuga, etc)

Evolución de los emergentes:

En las primeras sesiones los emergentes eran casi exclusivamente preverbales. En la sesión del 25 de junio del 2020, frente a la fantasía de que David se llevaba lo que era de todos, empiezan a actuarla saliendo a buscar pan para comérselo durante la sesión. Del mismo modo, se actuó la envidia por el alta de este paciente y el deseo por irse del hospital, entrando y saliendo de la sala; así, el resto del grupo también podía acceder al alta. En el proceso, cada vez que se producía una actuación esta era interrogada, se hacía asociar al grupo o era interpretada. Gradualmente, actos se fueron transformando en palabras.

Ataque y fuga:

Este mecanismo se observa en la sesión del 14 de julio del 2020 se ve cómo el grupo está organizado en torno al supuesto básico de ataque y fuga. En otras sesiones (no mencionadas en el presente trabajo), se les observa organizándose en función del supuesto básico de emparejamiento o de dependencia. En la evolución, fueron transformándose en algo más cercano a un grupo de trabajo, evidenciándose una actividad mental grupal y una organización en torno a una tarea ligada a la realidad con métodos racionales y casi científicos (Bion, 2013). Cuando empiezan a solicitar que se celebren los cumpleaños (sesión del 27 de octubre del 2020), comienzan a preguntarse como éstos se han ido gestionando hasta ahora. Surgen hipótesis y con éstas, las propuestas de logística. Del mismo modo, frente a la falta de diligencia de la institución para devolverlos con sus familias o reubicarlos en un hogar protegido, empiezan las

gestiones para que les traigan el diario o los asistan usando internet, para buscar arriendos al alcance de sus pensiones (sesión del 27 de octubre del 2020). Ya, en total independencia de mi coordinación, hacia el final del proceso, inician las gestiones para construir una huerta en el patio del sector: hablan con la enfermera, paramédicos, psicólogos y terapeutas ocupacionales para que les traigan los implementos. Consiguen semillas, hacen almácigos, trabajan la tierra. A mi partida, estaban consiguiendo plásticos y madera para hacer un invernadero y así proteger lo sembrado.

Las envidias:

Otro fenómeno observado es que al inicio del proceso las diferencias entre unos y otros eran fuente de envidia; el tener familia, cigarros o un hogar al cual volver, los dividía. En la evolución del proceso, y con la constitución de la grupalidad, aparece el trabajar para lograr objetivos en conjunto. Gestionan para que se les celebre los cumpleaños, para buscar un arriendo, para reunirse afuera una vez dados de alta. El trabajar en un objetivo común les da potencia a las ideas. Es lo que trae Anzieu con el concepto de ilusión grupal, la unión hace la fuerza (Anzieu, 1978). En los últimos meses de proceso, llegan a gestionar la creación de una huerta y logran que los funcionarios del sector y los familiares los ayuden a conseguir insumos. Previo a esto, salían al patio esporádicamente y con muchas restricciones. Varias veces se quejaron de ser “locos de patio”, y que ni siquiera se les daba permiso para salir. Pero con la huerta aseguraron tener diariamente tiempo al aire libre. Lograron cambios en la dinámica de la unidad de hospitalización. Habitualmente, allí se hacían las cosas para los pacientes, pero sin que estos participaran; pudieron conseguir que las actividades se realizaran con los pacientes e incluso algunas en total independencia. Fueron demandando participar en las gestiones de las celebraciones de festividades, manifestando a los funcionarios de la institución cuando algo no les parecía adecuado o ajustado a sus necesidades. Esta salida de la infantilización y pasividad trajo la resistencia institucional que fue parte de las causas de la finalización del grupo.

El afuera y el adentro en el grupo:

Desde el inicio del proceso se interpreta lo que los pacientes traían respecto al afuera, para hablar del adentro del grupo. Cada vez que se referían a lo que ocurría con otros pacientes, con la institución o con el mundo exterior, esto era utilizado para dar cuenta de lo que ocurría al interior del grupo (Bejarano, 1978). Fui rastreando, a través de mi contratransferencia, lo no simbolizado, usando ocurrencias y sensaciones corporales para entender lo que el grupo no podía poner en palabras. Los elementos proyectados fueron interpretados y devueltos. Esto les permitió integrar aspectos escindidos y acceder a afectos que se asumían arrasados por la enfermedad. Se le pudo ir dando al grupo, paulatinamente, elementos alfa cada vez más complejos (Bion, 2015).

La evolución en espiral:

Al observar el proceso se nos hace presente la espiral cónica de Pichon-Rivière que nos permite ver como los mismos temas van apareciendo a lo largo del proceso, pero enriquecido de nuevos elementos y análisis (Pichon-Rivière, 1971). Esto se ve en lo que ocurre en torno a las altas que pasan, de ser un dato anecdótico, a la posibilidad de pensar una pérdida y elaborar un duelo. Del mismo modo, permite analizar las distintas reacciones frente a mis ausencias. En un principio se producía psicosis (sesión del 14 de julio del 2020); luego, el grupo evoluciona a una posición depresiva, incorporando la falta que les haré al estar ausente (sesión del 19 de noviembre del 2020) y, al final del proceso, se suma el poder pensar en lo que han ganado y como se han enriquecido con el trabajo del grupo: logran reconocer a los hermanos y generar vínculos de colaboración (sesión del 27 de julio del 2021).

La pérdida del grupo:

Durante el proceso, cada vez que me ausenté apareció la fantasía de pérdida o destrucción del grupo. Por ejemplo, cuando yo me fui de vacaciones (sesión del 3 de diciembre del 2020) se perdió la ilusión de mi cuidado, dejando de ser la madre que los

cuida y provee para atender a otros asuntos. Se encontraron con la realidad, se cayó la idea omnipotente de que yo existía sólo para ellos. Intentan reunirse conmigo afuera, traerme de regreso al grupo.

Algunos meses después, cuando informo mi partida del hospital (sesión del 14 de abril del 2021), son capaces de reconocer que es una noticia explosiva, pero que van a estar bien. Traen de vuelta, en la metáfora de los planetas, su preocupación por la legitimidad y continuidad del grupo al yo dejar de ser parte de la institución: el grupo pudiese quedar como Plutón perdiendo su estatuto de planeta. Pero también son capaces de dar cuenta que el grupo ha evolucionado y pueden tolerar esta separación.

Cuando les informo de la finalización del grupo (sesión del 27 de julio del 2021) son capaces de reconocer que el término los lastima, pero que han ganado al grupo, a los hermanos. Logran dar cuenta del estado de necesidad al inicio del trabajo y del deseo de poder mantener el contacto conmigo con el reconocimiento del desvalimiento. La preocupación por la continuidad del grupo es puesta en palabras y no en acciones. Se les abre al futuro, la posibilidad de tener algo bueno, porque han construido algo bueno en el espacio con los pares: pueden pensar en el proceso, en cómo se prepararon y alcanzaron una meta como equipo. Se jactan de cómo han logrado sostenerse en el paso del tiempo, lograron llegar al 2021. El tiempo dejó de ser eterno e incuantificable durante la hospitalización, la constante a lo largo de este periodo ha sido el grupo que se ha mantenido pese a entradas y salidas de sus participantes. Han adquirido la capacidad para pensar en lo que perdieron.

La transferencia institucional:

Terminando el apartado de proceso, como parte de las conclusiones, se muestra lo ocurrido al término de éste. En la medida que los pacientes del grupo fueron ganando autonomía y movilizandolos a otros con sus gestiones, la institución hospitalaria se puso en guardia. Desde un inicio hubo toda suerte de saboteos, como no poder entrar a la sala o encerrarnos dentro de ésta. Y con el avance del proceso los ataques se fueron incrementando. En una ocasión, en pleno invierno, la estufa a gas de la sala no encendía y el grupo fue acusado de haberla dañado; pasamos varias sesiones trabajando a una

temperatura en que la piel dolía por el frío. En otra, llegué a la sala y ésta estaba ocupada por varios colchones y sacos con frazadas. Sin aviso nuestra sala de reuniones había sido transformada en una bodega. Hubo sesiones en que algún funcionario llegaba y abría la puerta de la sala durante la sesión para luego decir que habían olvidado que había alguien adentro o derechamente para preguntar cuanto faltaba para que la sesión terminara. Y finalmente dejaron de enviar pacientes al grupo. La llegada de nuevos integrantes dependía de que sus psiquiatras tratantes los derivaran. Esto era más fácil mientras yo trabajé en el hospital, pero una vez fuera esto se estancó por completo. Los miembros del grupo trataron de movilizar esto hablando a otros compañeros de unidad para que solicitaran ser derivados sin tener éxito.

¿Qué habrá motivado esta reacción por parte del hospital pese a que los psiquiatras hayan reconocido la mejoría de los pacientes? Se me ocurren algunas posibilidades. Una es que en el grupo se cuestionó fuertemente a la institución hospitalaria cuando se analizó la transferencia institucional (Baremlitt, 1991) y se analizó su forma de funcionar; se cuestionó la estructura de poder. Los pacientes fueron viendo cómo el hospital, en algunos aspectos, en vez de curar los enfermaba. Pero también se cuestionó a la institución psiquiátrica: estos pacientes, desahuciados desde lo médico, tuvieron una mejoría sin la intervención farmacológica

B. Simbolización

Aparición de la simbolización:

En *Aprendiendo de la experiencia* (2), Bion postula que el aparato para pensar es llamado a existir por la presencia de pensamientos. Con grupos y con psicóticos se dio cuenta de que no todas las experiencias constituían pensamientos. Un pensamiento es algo que es susceptible de comunicar; permite traer a un objeto ausente, representarlo. Y así dar cuenta de que se está en presencia de una ausencia. El pensamiento genuino debe ser representativo, un símbolo. Se requiere de una función alfa para poder pensar. Los pensamientos beta van a ser evacuados, se convierten en objetos para identificaciones proyectivas, son lo que quedó indigerido. No todos los pensamientos son oníricos, muchos son evacuativos. Los primeros son los comunicativos. La función alfa alude a la actividad mental. Permite establecer relaciones de sentido entre pensamientos y emociones. Para Bion lo inconsciente va a estar formado por pensamientos. Por lo que se requieren para su constitución de la función alfa. Si sólo hay elementos beta, sería sólo identificación proyectiva y evacuación. Se trabaja para que las emociones puedan convertirse en elementos alfa: elementos que logren ser transformados, que puedan ser digeridos, que sean alimento para el crecimiento de la mente. Sólo los elementos alfa o pensamientos oníricos son susceptibles de ser reprimidos. La represión obra sobre elementos significativo y para esto tiene que existir una función pensante. Los pensamientos se tienen que volver significativos mediante función alfa. Esto es aprender de la experiencia: digerir, transformar en nutrientes los elementos para crecer psíquicamente. La experiencia emocional y su verdad nos permiten crecer.

En el grupo se fue trabajando con elementos cada vez más complejos. En un principio, el trabajo consistió más bien en describir las escenas que se estaban desplegando vinculándolas a mis sensaciones contratransferenciales. Esto inicialmente generaba rabia, gritos, llanto y miembros del grupo arrojados al piso. Se trabajó sobretodo en torno a mis ausencias. Cada vez que yo tuve que alejarme del hospital por más tiempo que el habitual entre una sesión y otra (fines de semana largos, vacaciones, sistema de turnos) las sesiones se hacían caóticas y más psicóticas. Sistemáticamente el dolor, la

rabia y la envidia por mis ausencias fueron interpretadas. Hasta que llegó un punto en que esto empezó a ser verbalizado por los emergentes del grupo. A esto se sumó que el contenido de las sesiones daba cuenta de una transformación del grupo: en cierta sesión dejaron una silla vacía y hablaron de como la vida humana en la tierra pudo haber sido creada por cápsulas extraterrestres que produjeron una mutación en especies animales. Con estos elementos les señalé que con esa silla vacía estaban dando cuenta de una ausencia. Por primera vez empezaron a hablar de los miembros del grupo que se habían ido de alta. Nunca antes, incluso al yo mencionarlos, habían podido ser recordados. De ahí en adelante en el grupo se estableció una temporalidad. Pudieron hablar de la historia de la formación del grupo, de los que se habían ido y gradualmente pudieron también ir hablando de las ambivalencias que a ellos les producía irse de alta. Querían la libertad pero también temían el mundo que podían encontrar afuera del hospital, lejos del grupo y de mí. También logran poner en palabras lo que el grupo les da. En la metáfora de Júpiter, dan cuenta de la protección que el grupo les brinda, al ser más grande de lo que cada uno de ellos es por sí solo. Con el “silencio mortal” muestran que en el grupo están vivos. El diálogo con los pares los saca del ensimismamiento de la enfermedad, de la muerte. El grupo se ha constituido, asimismo, van experimentando la potencia de éste, lo que no pueden resolver individualmente lo llevan al espacio grupal y lo gestionan entre todos.

Otro fenómeno que se produjo con el trabajo de simbolización fue el establecimiento de la temporalidad que es de vital importancia, no sólo para efectos de la historia grupal, si no también, porque el discurso atemporal y abiográfico, es uno de los síntomas de la esquizofrenia. Esta posibilidad, de recuperar su historia y construir un futuro, marca algo que no se había podido lograr con los tratamientos psiquiátricos. El grupo les permite salir de la enfermedad.

En *Volviendo a pensar*, Bion(2006) afirma que aprender de la experiencia es pensar las emociones. La verdad de las propias emociones es lo que alimenta. La metabolización es lo que llama función alfa. Dice que somos artífices de nuestra constitución anímica y somos protagonistas del cambio psíquico, la modificación de una escena inicial. Transformar sentido en un pensamiento es crear un pensador, un continente, para los pensamientos (el contenido). Con esto le da un lugar originario a los

pensamientos. Estos están llamados a generar un aparato para pensar, se le adelantan. Entonces, que haya pensamientos no garantiza que haya un pensador. Si hay pensador es porque hay pensamientos que empujan al gestor: los contenidos producen un continente. El análisis se trata de generar un pensador para esos pensamientos que requieren continente. El analista va a ofrecer la comprensión para que el paciente pueda desarrollar su propio aparato para pensar pensamientos, hacer función alfa.

No venimos equipados con un aparato para pensar, antes de eso hay proto pensamientos. Melanie Klein dice que el bebé viene el mundo con una percepción innata del pecho. Bion lo va a poner como expectativa: va a existir algo para succionar otra cosa que le va a dar algo al bebé para su vida. Esa expectativa de pecho es lo que Bion llama preconcepción, es un pensamiento vacío. Hasta que no lo conozca, no haya algo en la realidad que lo refunde, hasta que no se produce un encuentro, es solo una preconcepción. La expectativa de pecho se va a enfrentar a dos cosas. Una posibilidad es que aparezca un pecho: la concreción de conocerlo va a dar origen a una concepción, darse cuenta del objeto. Aquí la conciencia está capturando la experiencia personal. Parte importante de nuestro aparato tiene concepciones, es el equivalente de la vivencia de satisfacción en Freud. Vivimos con concepciones y expectativas. Cuando podemos nombrar una concepción, tenemos un concepto, lo podemos fijar. Los conceptos pueden ser preconcepciones de realizaciones más sofisticadas. La otra posibilidad es que el pecho no llegue. Los pensamientos genuinos, o propiamente dichos, reprimibles, comunicables, son productos de una preconcepción con una realización negativa.

Un no pecho, un pecho ausente, implica frustración. Una preconcepción más una frustración negativa, obliga a que la experiencia sea pensada, pensar en el objeto que no está. Son las necesidades que no se han satisfecho. Se hace necesario representar al objeto ausente, algo que ayude a tolerar la frustración y no solo evacuar. En *Formulación sobre los dos principios del acaecer psíquico (4)*, Freud decía que la actividad mental que permite postergar la acción es el pensar. El proceso secundario hay que construirlo, para poder pensar en el objeto que ausente. Todo está en la inclinación a eludir la frustración o modificarla, evacuarla o transformarla en un pensamiento. Que el aparato se incline por modificar la experiencia frustrante versus evadirlo por expulsión.

La personalidad va a estar relacionada con la capacidad para tolerar la frustración, pero también está el objeto: el continente con su rêverie va a hacer una función. El bebé va a expulsar y la madre, con su capacidad de rêverie, va a metabolizar lo expulsado como algo pensable. Va a metabolizar una frustración, un pensamiento inmodificado, un elemento beta. Así, la angustia de aniquilación del bebé podrá transformarse en una experiencia emocional. Si no se encuentra ese objeto (la madre), se evacúa el elemento beta sin que el continente pueda realizar la función pensante. Luego, al bebé se le devuelve un terror sin nombre. Lo evacuado retorna peor, no se pudo pensar ni digerir, solo se transforma en identificación proyectiva. Las madres que no son capaces de contener las necesidades del bebé, las hacen rebotar.

Se requiere de un objeto que sea capaz de hacer la función pensante, tiene que haber contacto, vínculo, algo que se comunica y comprende. Así se produce la función de rêverie, el contacto humano y se comunican experiencias internas a otros. Aquí se diferencia del concepto de Klein de identificación proyectiva que es considerado un mecanismo patológico. Bion postula que esta es una base de comunicación rudimentaria, un mecanismo realístico. La llama identificación proyectiva realística, comunica un contenido de necesidad a un continente que lo comprende. En el otro extremo está la psicosis donde hay evacuación pura que no es comunicativa.

Pienso que mis ausencias fueron para el grupo la frustración que permitió un trabajo para generar los pensamientos para contener el dolor. Cuando yo me iba a ausentar aumentaban los fenómenos psicóticos y actuaciones en el grupo, yo fui señalándolos y nombrándolos como dolor, rabia, tristeza, etc. Primero trabajamos construyendo el aparato para pensar. Luego el grupo se fue apropiando de las interpretaciones y siguió construyendo asociaciones en torno a estas. Con el tiempo lograron asociar en cadena, equivalente grupal de la asociación libre, traer sueños y trabajar de una forma bastante parecida a la que se observa con pacientes neuróticos.

C. Ambivalencia con la hospitalización:

Para finalizar, se observa en la sesión del 3 de diciembre del 2020 algo inesperado en el análisis; en esta sesión, por primera vez, se pudo poner en palabras espontáneamente la ambivalencia respecto a la hospitalización. Benjamín, cómo portavoz, dice tener sentimientos encontrados con irse de alta. Aparece, también verbalizada, la fantasía de volverse a hospitalizar mediante un acting out. A lo largo del proceso, se fue cuestionando el lugar del hospital; se fue discriminando la hospitalización forzosa del deseo de ser cuidados. En el hospital se suele hablar de una puerta giratoria de las hospitalizaciones, los pacientes están constantemente volviendo, sea por abandono de tratamiento o reagudizaciones del cuadro. ¿Pero porqué se produce esto? En esta sesión se muestra, en torno a la fantasía del picnic en el parque, el deseo de volver una vez dados de alta; si no se ajustan a la norma, los traen de regreso. También, en la partida de Sebastián (sesión del 27 de octubre del 2020), aparece la idea de que éste se va a aburrir de su nuevo hogar y va a volver. Esto podría interpretarse como un regresar al grupo, pero también como un volver al hospital. En el grupo, pudieron ver que existían ambivalencias con el irse de alta. Esto permitió trabajarlas y en el tiempo, tal vez, disminuir las rehospitalizaciones por acting out para volver al lugar de ser cuidados.

Surge también la idea de lo que se pierde al mejorar, de las cosas que ya no podrán volver a hacer; con la entrada de la realidad, pierden la omnipotencia del mundo delirante. En varias ocasiones, previas a esta intervención, me tocó ver pacientes que se deprimieron y suicidaron al salir de los estados psicóticos, es una pérdida para la que no están preparados.

Estas líneas, que articulan las sesiones, permiten seguir lo que le ocurrió al grupo en torno a las pérdidas y cómo, en conjunto, pudieron trabajarlas. Desde la psiquiatría se asume que, con la desintegración de la personalidad, los pacientes se sumen en el autismo y sus afectos pasan a ser desconocidos o inexistentes. Apareció en el grupo el sufrimiento, traído desde las acciones que fueron gradualmente interpretadas. Actuaciones de dolor se transformaron en palabras. Estas pudieron ser integradas a las angustias y se posibilitó elaborar las pérdidas. Con el trabajo de simbolización y la

aparición de la temporalidad, se posibilita el rescate de los recuerdos y la proyección del futuro. A esto se asocia la observación del cambio de las dinámicas del grupo, que pasa de un funcionamiento psicótico a algo más parecido a un grupo de neuróticos con todos los fenómenos transferenciales descritos por Bejarano (1978).

¿Fue el trabajo de *réverie*, el generar un pensador, lo que permitió a este grupo de pacientes salir de la locura? Es una pregunta difícil de responder, pero si es un hecho observable que este grupo de pacientes tuvo una mejoría que no se había logrado pese a los tratamientos con fármacos antipsicóticos. Tal vez la vuelta al origen, al grupo sincrético, a un tiempo previo al sujeto individual, el retorno a lo indiferenciado le permitió a este grupo de pacientes recuperarse de la enfermedad juntos.

Para finalizar las conclusiones, otro aspecto que emerge es que, si la esquizofrenia tiene que ver con los mecanismos paranoides, todo el enfoque kleiniano podría ser aplicado a los grupos, como lo observamos a propósito de la teoría del pensamiento de Bion. El grupo es, de por sí, un espacio psicótico ya que se mueven las ansiedades más primitivas (Jaques, 1965).

Surge para mí la pregunta de por qué no se hace psicoanálisis grupal con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Tal vez por prejuicios teóricos y técnicos. Pero es innegable que, desde lo observado en otras publicaciones y desde esta intervención, los dispositivos psicoanalíticos grupales podrían ayudar a disminuir o erradicar la hospitalización psiquiátrica.

4. Referencias bibliográficas:

- Anzieu, D. (1978). *El grupo y el inconsciente* (Biblioteca Nueva).
- Baremlitt, G. (1991). La concepción institucional de la transferencia. El espacio institucional. 1.
- Bejarano, A. (1978). Resistencia y transferencia en los grupos. In *El trabajo psicoanalítico en los grupos* (Vol. 2, pp. 120–232). S. XXI.
- Bion, W. (2015). *Aprendiendo de la experiencia*. 1era edición. Paidós.
- Bion, W. (2013). *Experiencias en grupo*. 1era edición. Paidós.
- Bion, W. (2006) Volviendo a pensar. 6ta edición. Horme.
- Blanco, M. (2012). Autoetnografía: una forma narrativa de generación de conocimientos. *Andamios*, 9(19), 49–74.
- Bleger, J. (1978). *Simbiosis y ambigüedad* (4th ed.). Paidós.
- Bleuler, E. (2011). *Dementia Praecox o el grupo de las esquizofrenias*. Polemos.
- González de Chávez, M., García Cabeza, I., & Fraile Fraile, J. C. (1999). Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, XIX(72), 573–586.
- Ivezić, S. S., Petrović, B. R., Urlić, I., Grah, M., Mayer, N., & Stijačić, D. (2017). Guidelines for individual and group psychodynamic psychotherapy for the treatment of persons diagnosed with psychosis and/or schizophrenia. *Curr. Med. Res. Opin*, 29, 432–440.
- Jaques, E. (1965). Los sistemas sociales como defensa contra a las ansiedades persecutoria y depresiva. In *Nuevas direcciones en psicoanálisis* (pp. 458–477). Paidós.
- Kaës, R. (1989). Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones. In *La institución y las instituciones*. Estudios psicoanalíticos. Paidós.
- Lewin, K. (1947). Frontiers in Group Dynamics. *Human Relations*, 1(1), 5–41. <https://doi.org/10.1177/001872674700100103>
- Lorenzo López, D. (1993). Aportaciones de la psicología social y la concepción operativa de grupo en el tratamiento del psicótico en un hospital de día. *Apuntes De Psicología*, 38–39, 151–162.

- Méndez, M. (2013). Autoethnography as a research method: Advantages, limitations and criticisms La autoetnografía como un método de investigación: ventajas, limitaciones y críticas. *15*(2), 279–287.
- Pichon-Rivière, E. (1971). *Del psicoanálisis a la psicología social*. Galerna.
- Pichon-Rivière, E. (1978). El concepto de portavoz. *Temas de Psicología Social*, *2*(2).
- Roques, M., Proia-Lelouey, N., & Chabas, G. (2019). Schizophrenia, psychoeducation and group psychoanalysis: Contributions and limitations. *Psychodynamic Practice*, *25*(2), 144–161. <https://doi.org/10.1080/14753634.2019.1604467>
- Schindler, R. (1957). Basic principles of psychodynamics in the group. *Psyche – Journal of Psychoanalysis*, *11*, 308–314.
- Taylor, F. K., & Rey, J. H. (1989). El tema del chivo emisario en la sociedad y sus manifestaciones en un grupo terapéutico. *Ilusión Grupal*, *1*.
- Taylor, S., Bogdan, R., & DeVault, M. (2015). *Introduction to qualitative research methods*. Wiley-Blackwell
- Uric. I & Gonzalez de Chávez. (2019). Terapia de grupo en las psicosis. Fundacion Para La Investigacion Y Tratamiento De La Esquizofrenia Y Otras Psicosis.
- Vallejo, F. (2006). Espacio grupal para pacientes psicóticos en un Centro de Salud Mental. *Apuntes De Psicología*, *24*(1–3), 331–343.