

Gómez Esteban, R.; Martín Vázquez, M^a J.; González López, A.;
Flores Álvarez, M.; Bote Bonaechea, B.; Güerre Lobera, M^a J.

REFLEXIONES ACERCA DE UN GRUPO TERAPÉUTICO CON PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

REFLECTIONS ABOUT A THERAPEUTIC GROUP WITH SCHIZOPHRENIC PATIENTS

■ RESUMEN

El artículo describe el uso en la esquizofrenia de la psicoterapia de grupo, coordinada con técnica analítico – operativa. Se concluye que es una herramienta de gran utilidad en esta enfermedad, y que su combinación con psicofármacos y sesiones grupales conjuntas de pacientes y familiares obtiene resultados favorables para su evolución.

Palabras claves: Esquizofrenia. Psicoterapia de grupo analítico – operativa. Grupos conjuntos de pacientes esquizofrénicos y familiares.

■ ABSTRACT

This article describes the use in schizophrenia of group psychotherapy, ombined with analytical-operative technique. We are drown to the conclusion that it is a very useful tool for this disease and its combination with drug therapy and families and patients group sessions obtains favorable effects for their evolution.

Key words: Schizophrenia. Analytical-operative group psychotherapy. Schizophrenic patients and families combined groups.

■ INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente artículo es describir la experiencia de un grupo terapéutico que lleva funcionando tres años, realizado con pacientes esquizofrénicos en el CSM de Alcorcón, iniciado poco antes del mes de Enero de 2000. El grupo quedó constituido por 12 pacientes, 4 mujeres y 8 hombres, entre 30 y 50 años, diagnosticados de esquizofrenia. El tiempo de evolución de la enfermedad era superior a 10 años en la mayoría de los casos, algunos de estos pacientes estaban incluidos en alguna actividad del Centro de Día de la propia institución.

El encuadre que se hizo fue de sesiones semanales de una hora y media de duración, los diez minutos finales eran para el control farmacológico y analítico. Nos planteamos un encuadre abierto y prolongado, aunque renovando el contrato terapéutico al iniciar el año lectivo, tras las vacaciones de verano. Se realizaban evaluaciones de los propios pacientes y de las coordinadoras a mediados del mes de Julio. Los objetivos que nos planteamos, por un lado, fueron: reducir las crisis, disminuir el número de ingresos y los síntomas psicopatológicos, mejorar la capacidad para reconocer sus síntomas y conseguir el cumplimiento del tratamiento. Y, por otro, mejorar la comunicación, y las relaciones interpersonales, facilitar la integración intrapsíquica y la incorporación en el mundo familiar, laboral y social (1).

Hemos utilizado la técnica analítico - operativa, de orientación psicoanalítica, con coordinación, observación y lectura de emergentes al inicio de la sesión grupal, realizada por el observador (M.I.R de psiquiatría). La tarea del grupo para los pacientes se definió en el encuadre al inicio del grupo, del siguiente modo: hablar de los síntomas que padecían, de sus ansiedades y temores, de sus afectos y sentimientos y de sus relaciones interpersonales, familiares, laborales y sociales. El enfoque del tratamiento psicoterapéutico fue grupal por el interés que supone este instrumento para el abordaje de estas patologías, que se caracterizan por el aislamiento e incomunicación con los otros. El grupo posibilita el tratamiento psicoterapéutico en las instituciones públicas, hecho importante ya que suelen contar con pocos recursos para una patología tan grave.

Queríamos ofrecer a cada paciente un lugar en el grupo y, a través del mismo, un lugar en la familia y en la sociedad, para que, de este modo, pudieran hacer una historia de la enfermedad, de su vida y así evitar la progresión del deterioro causada por la enfermedad. La psicoterapia grupal se combinaba con tratamiento psicofarmacológico y con entrevistas individuales y familiares, en los momentos de crisis. Asimismo se complementaba con un grupo conjunto de familiares y pacientes, una vez cada dos meses (2). Partimos de la hipótesis de que la técnica grupal en los pacientes esquizofrénicos amplía la relación dual de la psicoterapia individual y posibilita la inclusión del «tercero», a través de los otros compañeros, del coordinador, del observador o del propio grupo. Respecto a este último aspecto, señalar que el grupo conforma una «estructura» que se va organizando a lo largo del proceso grupal por las interrelaciones de los diversos miembros del grupo. Cuando se conforma esta estructura grupal, los miembros del grupo se refieren a ella y hablan de «nosotros». Esta estructura grupal facilita la contención y la estructuración intrapsíquica del psicótico y, a su vez, mejora la comunicación tan perturbada de estos pacientes lo que permite el vínculo con los otros.

Trabajamos con técnica psicoanalítica porque nos planteamos el grupo no sólo como un lugar de contención y apoyo al paciente esquizofrénico, sino como un espacio de reflexión e integración del afecto y el pensamiento que tan disociado está

en estos enfermos. En este trabajo es central la posición de escucha de los coordinadores, ya que ello es lo que posibilita la elaboración de las ansiedades de los pacientes. En las sesiones iniciales destacan sus dificultades para integrarse en el grupo, aparecen ansiedades de tipo paranoide, como hemos constatado en experiencias grupales previas con pacientes que padecen esta enfermedad. Asimismo, resistencias que tienen relación con la pertenencia al grupo familiar, en algunos pacientes se observa que su participación en el grupo supone una traición a la familia; ya que, por un lado, hablar es denunciar «*los secretos de familia*» y, por otro, participar es separarse e independizarse de la misma. Creemos que esta situación también es responsable de que algunos pacientes, durante dos años, sólo han hablado de los síntomas o se han limitado a dar consejos a otros, sin hablar de sí mismos. Cuando se hace referencia a los grupos familiares describen una dinámica en la que no se ha potenciado la comunicación a través de la palabra, siendo los malentendidos y la incomunicación habituales.

En el grupo, poco a poco, se ha dado importancia a la palabra, este proceso ha sido gradual y diferente para cada miembro del grupo; unos a otros se han ayudado a compartir sus experiencias de aislamiento. En dos pacientes, diagnosticados de hebefrenia, este proceso es mucho más difícil que en los otros de estructura paranoide. Es debido a las mayores dificultades que presentan en la organización de su pensamiento y lenguaje en forma de asociaciones laxas, y a veces, con un pensamiento disgregado, falta de sentido o bloqueado, síntomas, todos ellos, centrales de la esquizofrenia. *Insúa et al* (3), 2001, que han estudiado el discurso de estos sujetos observan que muestran información suficiente para la comprensión, distorsiones e información adicionales, errores en el orden de los hechos y conexiones inadecuadas entre los grupos de eventos. Nosotros, respecto a estas alteraciones en el pensamiento y en el lenguaje, nos planteábamos la hipótesis de si la comunicación familiar, alterada por cuestiones afectivas, había influido en el patrón de pensamiento y lenguaje de estos enfermos y, si el grupo terapéutico podía mejorar esta organización perturbada del pensamiento, del lenguaje y de la comunicación con los otros.

Estos pacientes, en los que la psicopatología predominante radica en el área del pensamiento y del lenguaje, son un desafío para el grupo terapéutico. A pesar de las enormes dificultades, hemos podido observar, más de tres años después que, gracias al grupo, el pensamiento y el lenguaje de estos enfermos se va organizando y aparece menos bloqueado, menos desintegrado y falta de sentido, al mejorar también el cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico. El tratamiento grupal les ha permitido percibir que el mundo es dinámico, y, de este modo, su experiencia de vivencia atemporal del curso de la vida ha disminuido. El grupo les ha dado la posibilidad de vivenciar el cambio, la temporalidad, el curso de los hechos en el tiempo, y la posibilidad de cambio de ellos mismos en este transcurso temporal. Asimismo, hemos observado a lo largo de esta experiencia grupal que el pensamiento y el lenguaje que

estaba anclado en el pasado, se haga más pertinente y logre referirse más al aquí - ahora del grupo. En este cambio es importante el hecho de ser escuchados y que su discurso sea respondido por los otros integrantes del grupo.

A lo largo del proceso grupal han surgido resistencias que se manifiestan en no querer hablar, comunicar sus experiencias o tomar la medicación, así como reivindicar una atención de tipo individual. Estas resistencias aumentan cuando hay algún cambio en el encuadre, como en los raros momentos en los que ha faltado uno de los coordinadores; de ahí la necesidad de que los terapeutas de grupo de pacientes esquizofrénicos respeten aún más el encuadre que en otras patologías menos graves. Para que puedan disminuir estas resistencias y producirse cambios, como la conciencia de enfermedad, la necesidad de tratamiento farmacológico y la importancia de comunicar y compartir las experiencias, un aspecto fundamental es el desarrollo de una transferencia de tipo amoroso durante el proceso grupal, un cambio de la transferencia negativa inicial de estos pacientes a una más positiva. Estos movimientos transferenciales consideramos que están en relación con el vínculo que estos pacientes tienen con sus respectivas figuras parentales, sentimientos de amor y odio que, en la mayoría, son muy intensos.

En el grupo terapéutico, en contraposición al tratamiento individual, al favorecer las transferencias laterales con los otros miembros del grupo, se disminuye la transferencia masiva hacia el terapeuta. De este modo, los afectos hacia el terapeuta no son tan intensos, lo que facilita los procesos de autonomía e independencia del paciente. En estos grupos, el coordinador hace más intervenciones y apenas interpreta y potencia la participación de los miembros del grupo para que cada uno pueda dar sus diferentes versiones acerca de lo que le acontece. Al año del proceso grupal los miembros del grupo empezaron a usar el pronombre «*nosotros*», demostrando la consolidación de la estructura grupal, que es fundamental para la contención de las ansiedades psicóticas y que permite que surja un proyecto terapéutico compartido. Hay una conciencia de enfermedad para todos los enfermos, excepto en uno de los pacientes con esquizofrenia hebefrénica, que muestra su ambivalencia intensa, parece que para poder aceptar su enfermedad lo tienen que aceptar sus padres y el mundo que le rodea, en este caso sus compañeros del grupo. La cohesión grupal ha sido muy intensa facilitada por el deseo de compartir una experiencia y unas vivencias penosas y difícilmente comprensibles fuera del grupo. Esta pertenencia al grupo ha disminuido las experiencias de desintegración psíquica y la fragmentación corporal de los pacientes, que se expresaban en algunos sueños. Actualmente todos están estabilizados en el proceso de su enfermedad, y en este último año, el cuarto del proceso, sólo se ha producido el ingreso de uno de los pacientes.

■ SITUACIÓN ACTUAL DE LAS INTERVENCIONES PSICOSOCIALES Y DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL CON PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

Los diferentes estudios en la bibliografía, (4-8) plantean que gracias a los avances en psicofarmacología, hoy en día se puede abordar, con ayuda de distintas intervenciones psicosociales, aspectos de la esquizofrenia que antes eran intratables. El objetivo de estas intervenciones es mejorar el cumplimiento terapéutico, las relaciones familiares, las habilidades sociales y favorecer la inserción en el mundo laboral a estos pacientes. Se ha constatado que estos tratamientos psicológicos aumentan el funcionamiento cognitivo y social en la esquizofrenia y previenen las recaídas. Los estudios favorecen la psicoterapia grupal frente a la individual, mostrando una vez más que la psicoterapia de grupo es un recurso clave en la asistencia psiquiátrica con la enfermedad esquizofrénica (9).

En la psicoterapia de grupo utilizada en la esquizofrenia hay tres enfoques fundamentales: el modelo psicoeducativo (10), el psicodinámico y el interpersonal (11). Estos modelos se han aplicado con buenos resultados en la evolución de la enfermedad. También se han estudiado los factores terapéuticos grupales en la esquizofrenia y se ha concluido que la cohesión grupal y el aprendizaje interpersonal, son los más valorados por estos pacientes (12,13). Respecto a los resultados de las diferentes técnicas, hemos encontrado que son contradictorios, para algunos, no está claro que el entrenamiento en habilidades sociales y el tratamiento cognitivo consigan un efecto beneficioso sobre la prevención de recaídas, ni con los pacientes con síntomas negativos crónicos (14). Sin embargo, para otros autores el entrenamiento en habilidades sociales ha demostrado una gran eficacia, mejorando la reintegración social, la resolución de conflictos y el cumplimiento terapéutico (15).

La psicoeducación, tanto con familias como con pacientes, sí parece tener un efecto beneficioso sobre el funcionamiento social de los pacientes y sobre el coste económico del tratamiento. La psicoeducación familiar fue el primer tratamiento psicosocial que demostró una clara evidencia empírica de la eficacia en la disminución de las recaídas en pacientes esquizofrénicos. Las intervenciones de tipo familiar parece claro que tienen un efecto beneficioso al disminuir el número de recaídas y de ingresos, siendo el tratamiento multifamiliar más efectivo porque aumenta la red social. El tratamiento cognitivo-conductual también parece tener un efecto beneficioso, al disminuir los síntomas y el coste económico del tratamiento (16). Se ha utilizado esta técnica con pacientes que padecen alucinaciones y son resistentes a las medicaciones (17). La terapia interpersonal se ha indicado en pacientes estabilizados y se ha conseguido un mejor ajuste social de los pacientes (18). Otra técnica utilizada, para mejorar el cumplimiento terapéutico, ha sido el role - playing, obteniéndose también resultados satisfactorios.

Los actuales protocolos y recomendaciones basadas en la evidencia recomiendan en la esquizofrenia un tratamiento que incluya avances en psicofarmacología, psico-

terapia, psicoeducación, apoyo en la comunidad y rehabilitación. La combinación de modelos de psicoeducación y psicoterapia permite que los pacientes con psicosis recurrentes sean capaces de conseguir una mayor independencia y vivir en la comunidad (19). Podemos concluir que casi todos los estudiosos coinciden en que los grupos constituyen una poderosa herramienta para el seguimiento de los pacientes con esquizofrenia, promoviendo en el paciente relaciones más funcionales, mejor contacto con la realidad, mayor adaptación al entorno y disminuyendo el riesgo de recaída de un 50% a un 15% (20).

A continuación, a partir del *discurso del grupo*, vamos a hacer una reflexión acerca de la enfermedad, la comunicación, la afectividad y las relaciones (familiares, sociales y grupales) de estos pacientes que padecen esquizofrenia.

■ ENFERMEDAD

Estos pacientes, aunque se identifiquen con el nombre de la enfermedad, «soy esquizofrénico», la mayoría, al inicio del grupo, no se reconocen como enfermos. Referente a la enfermedad, un aspecto central, ha sido el paso de la negación a la toma de conciencia y aceptación de la misma. En el proceso grupal, poco a poco, ha aparecido una cierta conciencia de enfermedad, más fuerte en unos que en otros, aunque todos han expresado su identificación y pertenencia al grupo. A partir del reconocimiento de su «estar enfermos», han podido empezar a valorarse a sí mismos y relatar algunos aspectos de su vida familiar, escolar y laboral. Asimismo han propuesto, al igual que en otros grupos terapéuticos con esta patología (21), varias teorías acerca de la naturaleza de su enfermedad, que pueden resumirse en tres: consecuencia de una afectación cerebral, por tóxicos, o debida a relaciones patológicas familiares. Para ellos, un aspecto nuclear de la enfermedad son las dificultades que tienen para afrontar la vida cotidiana.

En su relación con la enfermedad aparecen dos deseos contradictorios: por un lado, seguir enfermo, desprenderse del mundo y aislarse, y por otro, salir de la enfermedad. En el proceso grupal han aceptado que la medicación es importante para conseguir estabilizar la enfermedad y disminuir sus vivencias paranoides. También han definido la psicosis como un conflicto con el mundo, manifestándose en las voces la expresión de ese conflicto. Por otro lado, se han preguntado si uno de sus mecanismos defensivos es la proyección de los propios pensamientos y afectos.

Al inicio destacaron su imposibilidad de recordar, ni siquiera lo acontecido a lo largo de la sesión. Más adelante podrán hacer referencia a los primeros síntomas de la enfermedad: nerviosismo y agresividad en la infancia, personalidad extraña en la adolescencia y, a partir de esta etapa, en el servicio militar en los varones, desencadenamiento de los síntomas de la esquizofrenia. Asimismo, algunos pacientes relacionan el comienzo de su enfermedad con situaciones de muerte en la familia, pero

no es una vivencia de muerte que aceptan como algo natural, sino que es un acontecimiento provocado por «otro», que les quiere hacer daño; en algunos casos es una vivencia depositada en el médico.

Los síntomas que refieren son: el aislamiento, la depresión, el insomnio, las alucinaciones, la desconfianza hacia los otros y las vivencias de automatismo que les impide sentirse dueños de su actividad mental. Estos fenómenos de intrusión en la personalidad son lo que *Clérambault* definió como síndrome de automatismo mental, en el que se sustituye el funcionamiento mental propio por un proceso automático e independiente de la voluntad. Estos pensamientos y actos sometidos a una influencia exterior son un síntoma precoz de las psicosis delirantes y preceden a las alucinaciones. En el grupo durante mucho tiempo hablan de estas vivencias de control y de influencia, y poco a poco, gracias a las intervenciones de los pacientes que no las padecen, podrán reflexionar si estas vivencias de control son un síntoma de la enfermedad y del sufrimiento que les produce la relación con los otros.

Siguiendo a *Freud*, el delirio surge como un intento de restablecer los lazos con la realidad, con el mundo, después del aislamiento inicial, de su retracción del mundo. El delirio es una forma de relacionarse con los demás, aunque sea patológica, una forma de tener un lugar en el mundo, aunque sea imaginario. Ya sea, a través de los mensajes enviados por la televisión, o, como dos pacientes, que, ante la falta de ser, coinciden en la idea delirante de ser «el violador de Alcorcón». Algunos pacientes reflexionan que si se delira es para no responsabilizarse. El sufrimiento en las relaciones familiares, sobre todo con los padres, a veces, se experimenta como una agresión física que se sufre en el cuerpo y se manifiesta en forma de alucinaciones cenestésicas. Estas vivencias de golpes y puñetazos dados por los otros, algunos lo han podido aceptar como síntomas de la enfermedad.

El tema de las alucinaciones es muy importante en el discurso del grupo y hablan con frecuencia de las mismas. Avanzado el proceso grupal, algunos las relacionan con su propio pensamiento, como si fuera una sonorización de éste. A otros miembros del grupo les preocupa encontrar su origen, su procedencia interna o externa, es decir, si es una interpretación de los ruidos del exterior o su propio pensamiento. Estas voces que sufren, reconocen que se agudizan cuando tratan de relacionarse con el otro. Sin embargo no las experimentan mientras están hablando con los compañeros del grupo. A veces, dialogan con ellas y algunos señalan que surgen básicamente en su aislamiento o cuando la relación con el otro les es difícil. Para otros, estas voces se asocian con sentimientos de agresividad o culpa.

A lo largo del proceso grupal los pacientes hacen diferentes reflexiones de gran interés acerca de si el pensamiento puede hacerse realidad, de la diferencia entre el deseo y la realidad y como ello interviene en la alucinación. Asimismo se explican las vivencias de bloqueo en el pensamiento como una desconexión con el mundo. Se hacen preguntas sobre la realidad y la manera de acceder a ella y se responden, que

es a través del pensamiento y del lenguaje como pueden acceder a la misma. Algunos, a partir de estos deseos de desconexión del mundo, pueden pensar en posibilidades para no desconectarse del mismo: trabajar, relacionarse con la gente, tener actividades, tomar la medicación y, sobre todo, hablar y comunicarse con los otros.

Respecto a la enfermedad, un tema que les ha preocupado mucho son las limitaciones que les ha producido, sobre todo, en las relaciones familiares, laborales y sociales. La mayoría de los pacientes viven con los padres, no han podido hacer una familia, sólo uno ha tenido hijos, pocos han tenido una actividad laboral. A lo largo del proceso, algunos pueden reconocer la importancia de aceptar estas limitaciones y pedir ayuda a la familia. Aunque esta actitud es ambivalente algunos pacientes se preguntan sobre la relación entre la enfermedad y la carencia de afecto en la familia. Falta de relaciones satisfactorias que a algunos les ha llevado a refugiarse en un mundo imaginario, autorreferencial e incluso, inanimado.

■ COMUNICACIÓN

Las dificultades para la comunicación y la relación son el emergente primero y el central de todo el proceso grupal. Los pacientes expresan con frecuencia, a lo largo del desarrollo grupal, sus problemas de comunicación y su necesidad de comunicarse, pero también los temores que surgen ante esta posibilidad; por eso, al inicio del grupo, las ansiedades paranoides y las fantasías de que hablen mal de ellos son muy intensos. Poco a poco, con la continuidad de los encuentros semanales, experimentan el grupo como un lugar donde hablar de los delirios y descargar la tensión emocional que sufren, sin tanto temor a sentirse criticados. En el proceso, algunos pacientes relacionan sus síntomas y su percepción alterada de la realidad con esta limitación en la comunicación. Con el desarrollo del proceso terapéutico otros pueden manifestar que la mejoría de los síntomas depende de una mejor comunicación con los demás y que ésta facilita su contacto con la realidad. La mayor comunicación dentro y fuera del grupo aumenta las interrelaciones dentro del mismo y permite manifestar a algunos su interés por la sexualidad y por las diferencias entre hombres y mujeres. Esta sexualidad es vivida por los varones desde una posición de total pasividad hacia la mujer, que es quien en su fantasía tiene la postura activa. Asimismo, la relación con el otro sexo, la mayoría la viven con aspectos negativos, con fines de interés económico o de estatus aunque, uno de los pacientes casados definiendo también las motivaciones amorosas.

Manifiestan intensa desconfianza en las relaciones con los otros, un gran temor para expresar los sentimientos, fantasías de descontrol si hablan de sus afectos, aunque poco a poco, son capaces de relatar sus vivencias y ansiedades paranoides y persecutorias. Los pacientes, poco a poco, reconocen las alucinaciones como un síntoma de la enfermedad y las asocian con el aislamiento y la desconfianza que

sienten en sus relaciones. Lo hacen primero aquellos integrantes que han participado en otras experiencias, como los grupos de psicoeducación. Esta relación persecutoria con los otros, en un momento determinado del proceso grupal, es depositada en la figura del observador del grupo. En ese punto, es preciso señalar la importancia de la lectura de emergentes, ya que es una devolución del material trabajado por ellos, y una intervención que disminuye las vivencias de persecución y de desconfianza en la relación con los otros.

Después de tres años y medio podemos constatar que gracias al grupo los pacientes han mejorado la comunicación con los demás, han podido compartir los temores, los miedos, las vivencias de persecución y de burla y los deseos de huida ante el acercamiento de los otros. La mayoría han podido explicitar estas vivencias de desprecio y burla y ello les ha permitido entrar en la conversación y en el diálogo con el otro. Esta comunicación más adecuada les ha ayudado a descentrarse un poco de sí mismos y volver la mirada hacia el mundo. Del mismo modo han podido vislumbrar la importancia del humor en las relaciones y no sentir la risa del otro como algo persecutorio. Los pacientes han contado chistes y se han reído. Con el apoyo de los otros, poco a poco, han adquirido alguna confianza en sí mismos.

■ RELACIONES FAMILIARES

Las dificultades en la relación con la familia son un hecho común para todos los pacientes. Algunos han manifestado un lugar contradictorio en el grupo familiar, con frecuencia un objeto degradado. La mayoría han expresado que la comunicación en el grupo familiar no ha sido posible. Algunos refieren que estas dificultades en la comunicación les producen dolores y malestares internos, por lo que evitar la misma les protege de ese malestar interior. Observamos que esta incomunicación con el medio familiar no les ha permitido contactar con el mundo exterior, de ahí el refugio en sí mismos, en su interior, en el aislamiento. Algunos han manifestado sus vivencias de sentirse maltratados dentro del grupo familiar y han expresado la indefensión en la que se encuentran. Quizás por ello, el acercamiento a la realidad de estos pacientes siempre es tan defensivo. Observamos que la ambivalencia de sentimientos en estos pacientes es nuclear, ya que la fantasía de perder estas relaciones familiares para algunos se manifiesta como un dolor insoportable, vivido a nivel corporal o psíquico. Esta ambivalencia tampoco les ha permitido organizar su propia familia, salvo excepciones, una mujer habla de su experiencia de maternidad, y de las intensas ansiedades que experimentó frente a la responsabilidad de ser madre.

Probablemente esta dificultad para ser madre tiene relación con el vínculo establecido con la propia madre. Algunos describen una dinámica familiar en la que la madre es una figura egocéntrica, contradictoria, arbitraria, rechazarte, intolerante, depresiva, irritable, exigente y con dificultades para la escucha. Asimismo, una difi-

cil relación entre los padres, de incomunicación y de falta de amor, con frecuencia se plantearon la separación pero la ruptura no llegó a efectuarse, salvo excepciones. A menudo estas dificultades se han depositado en el paciente, experimentando éste un deseo materno contradictorio, deseo frente al que no han tenido salida. La dinámica familiar, en casi todos los pacientes, se caracteriza por unas relaciones frías y distantes entre los miembros, con malentendidos y afectos contradictorios. En estas interrelaciones, a veces, los hermanos han sido los aliados de la madre, y ellos, el chivo expiatorio de la estructura familiar. Para muchos de los pacientes, la imagen personal que han recibido de la madre es una imagen devaluada, desintegrada y negadora de su existencia. Algunos han expresado la necesidad de ser autosuficientes para no ser dominados por una figura materna omnipotente, que contradictoriamente les hace sentirse culpables y responsables de su fracaso en la vida.

Algunos pacientes se sienten responsables de la situación de desequilibrio emocional que tienen los padres y de sus deseos de ruptura, pero también manifiestan la agresividad que les producen, a través del deseo de que los encierren en el manicomio. Que estos pacientes puedan expresar sus sentimientos de agresividad hacia los padres les permite reflexionar a todos sobre los motivos que pueden tener para tener una relación tan mala. Asimismo algunos se preguntan sobre la relación entre la enfermedad y la protección materna, en su exceso o defecto y manifiestan su queja por ser los depositarios de las frustraciones y sufrimientos de los padres. Están de acuerdo en que la sobreprotección materna es consecuencia de las dificultades emocionales de la madre y de su mala relación con el padre y que esto que denominan «sobreprotección», que no es protección, les ha generado sentimientos de inutilidad e hipersensibilidad en las relaciones con los demás. De la figura paterna comentan que es una figura ausente de la familia porque se refugia en el alcohol o en el pasado, siendo también una figura desvalorizada en la dinámica familiar.

Cuando el proceso grupal avanza varios integrantes manifiestan que la enfermedad tiene relación con la falta de afecto y la mala relación entre los padres. También han explicitado que la vida les resulta muy difícil, tanto si conviven con los padres o no, y que la independencia de los padres, en su mayoría no ha sido posible. Asimismo han manifestado que las intensas carencias de afecto que han tenido en el ámbito familiar no les han permitido aprender a querer y a relacionarse con los demás. Se observa como oscilan entre culpabilizar a los padres o sentirse culpables por las dificultades en la convivencia. Estas dificultades en la relación con los demás no han surgido todavía en el grupo, salvo alguna excepción. Refieren del grupo terapéutico que es un lugar donde pueden convivir con los otros, un lugar de pertenencia, contención, apoyo y relación.

A lo largo de los encuentros grupales, algunos pacientes han expresado vivencias angustiosas de estar muertos en vida, pero entre ellos se han estimulado para salir de esta situación de muerte y reflexionar acerca de que vivir es todavía posible para

ellos. A partir del reconocimiento de estas vivencias de muerte han reflexionado sobre otras muertes y pérdidas que han tenido a lo largo de la vida: salud, autonomía personal, trabajo, relaciones familiares, enfermedades depresivas de los padres y muerte de familiares. Hemos observado que reconocer estas vivencias y afectos, de dolor y de pérdida, a algunos integrantes les ha permitido percibir que los afectos están en función de las circunstancias y de las relaciones, y que además los afectos no tienen por qué ser eternos. En este punto se refieren a la agresividad y el odio experimentado por la falta de afecto vivida en la relación con sus familiares. Estos sentimientos, a su vez, consideramos que son responsables del sufrimiento, la inquietud y las vivencias de muerte que experimentan.

Los sentimientos agresivos ocupan un lugar nuclear en el material grupal. Se plantean si son hereditarios, para a continuación mostrar su ambivalencia y señalar que no forman parte de la naturaleza del hombre. Después, algunos la reconocen como un mecanismo de defensa, un impulso negativo, pero, una respuesta necesaria en la vida. Esta agresividad también la relacionan con la de los padres, y reconocen que algunas de las voces agresivas que escuchan, en su interior o exterior, cuando están solos, corresponden a las de sus padres. Para algunos pacientes, al quedar desligados los afectos de sus relaciones, éstos son vividos como generados y transmitidos a través de máquinas o de objetos inanimados. Esta agresividad también puede generar situaciones de crisis, si no se puede controlar, o ser desplazada a otras relaciones. Del mismo modo, en el proceso grupal varios integrantes han podido reconocer sus pensamientos y deseos de agresión y desprecio hacia los otros. Así, poco a poco, han podido aceptar estos sentimientos agresivos que al principio de la enfermedad eran negados, disociados o proyectados.

Las amenazas de muerte y la fuerte agresividad en la relación con los padres, ha sido motivo habitual de sus ingresos hospitalarios. Observamos que la relación con el otro es especular, por ello, la agresividad es muy intensa cuando se sienten cuestionados. Poder hablar de estos afectos «negativos» en el vínculo con los otros, les ha permitido considerar el llanto y la risa como expresión de otro tipo de emociones que también se ven afectadas por circunstancias externas, por las relaciones con los demás. La risa ha surgido a lo largo del proceso grupal, al inicio apenas se reían, ahora, con frecuencia, surgen temas en los que surge la risa, que es compartida con los compañeros. Esta diferencia es importante, sobre todo, para algunos de estos pacientes que presentaban risas «inmotivadas», como uno de los síntomas de su enfermedad. Algunos pacientes han reconocido su vulnerabilidad y extrema sensibilidad que les dificulta para enfrentarse a lo nuevo. A nivel grupal, se evidenció esta «sensitivity», como la denominaban, en los mecanismos defensivos que surgieron frente al ingreso de uno de los miembros del grupo. Esta carencia para enfrentarse a lo nuevo les hace sentirse extraños, diferentes, y, en ocasiones, experimentar vivencias de fracaso y deseos de suicidio.

■ RELACIONES CON EL MUNDO

La modalidad de relación con el mundo es similar a la del grupo familiar. Observamos que la relación ambivalente con los otros es proyectada tanto a lo social como al grupo actual, el grupo terapéutico, donde puede ser explicitado. Todos manifiestan su imposibilidad de vivir en el mundo como hacen los demás, constatándose una relación de absoluta dependencia de la familia, básicamente de la figura materna. Al no poder establecer un vínculo con los otros y con el mundo, al no poder establecer una relación de sentido, algunos pacientes construyen una relación a través de su delirio, pero es una relación en la que todo está preparado y controlado de antemano. Al no poder establecer una relación como persona autónoma, cuando se está en crisis o, en algunos de manera continua, se vive una relación en la que se es dirigido, controlado, perseguido o amado. Los que pueden aceptar estas ansiedades persecutorias y estas vivencias de control reconocen su necesidad y sosiego al estar en un ambiente protegido, ya sea el grupo, el Centro de Salud Mental o el Hospital, lugares donde los síntomas y su sufrimiento son menores.

El temor ante las relaciones humanas se concreta en el discurso grupal como ideas delirantes de perjuicio y persecución. Se observa una gran dificultad para registrar las emociones que se producen en las relaciones con los demás, por ello no pueden establecer relaciones adecuadas, ni representar y simbolizar los conflictos desencadenados por estas relaciones. Asimismo que la situación de estrés y tensión emocional en la relación con el otro desencadena el delirio, en la línea de la megalomanía o de la impotencia; también por el aislamiento que empeora la situación y el pronóstico de la enfermedad. Algunos reconocen que el grupo les ha dado la posibilidad de salir de ese aislamiento y les ha permitido vivenciar que la amistad es necesaria para el ser humano. Esta relación de amistad ha sido considerada como una relación de ayuda más importante que la familiar. Pero ante esta reflexión vuelven a surgir los temores a ser devorados y manejados por el otro, aunque más avanzado el proceso grupal algunos pacientes consideran que estos temores también pueden ser superados con el tiempo.

Su forma delirante de estar en el mundo es contrastada en el grupo, y algunos integrantes pueden reflexionar que los delirios son formas personales de vivir la realidad. De ahí surge la pregunta acerca de la realidad, y de cómo ésta es diversa en función del contexto en el que cada uno se encuentra. A lo largo del proceso grupal pueden reconocer que la relación con la realidad es diferente para cada uno de ellos, aunque algunos aspectos sean comunes. Esta realidad no es compartida por todos, ni siquiera la realidad que para ellos tienen las alucinaciones, que al inicio algunos pensaban era una experiencia compartida por todos los hombres sanos o enfermos. Consideramos que reflexionar acerca de que la realidad es distinta para cada uno, les ha permitido intuir su propia diferencia. Algunos pueden pensar que las dificultades para relacionarse con su realidad, les ha hecho refugiarse en un mundo imaginario,

del que no han sabido salir, aunque sí parece que han intuido que la posibilidad de hacerlo, es a través de la relación con los otros.

Todos reconocen, por un lado, como decíamos, una mayor «vulnerabilidad», una mayor sensibilidad, y, por otro, una mayor agresividad generada por sus relaciones tan ambivalentes y contradictorias. Algunos aceptan que esta mayor vulnerabilidad y agresividad les ha llevado a evitar las relaciones, a aislarse de la familia y del mundo. Es en este aislamiento afectivo, donde se puede comprender el drama que significa perder su delirio, ya que para ellos, renunciar al mismo significa el vacío, la muerte. Consideramos que gracias al contacto con el grupo pueden vivir la posibilidad de salir de este vacío, a través del diálogo con los otros. En algunos integrantes este proceso es más difícil porque presentan un afecto y un lenguaje más empobrecido, creemos que esta mayor dificultad en la circulación de los afectos familiares ha generado carencias mayores en el desarrollo del lenguaje y de un pensamiento propio. Aunque hemos constatado, en estos dos pacientes, que después de tres años de iniciado el grupo, su lenguaje se ha enriquecido gracias a la comunicación con los otros miembros del grupo.

Una manifestación de la dificultad de estos pacientes para significar la vida y la muerte, para elaborar el paso de una a otra, se observa a través de las alucinaciones. En éstas hablaban con sus familiares muertos y, de este modo, les traían a la vida. Algunos han señalado que estas voces también son efecto de los temores que tienen ante la vida. En el grupo, gracias a la palabra han podido contrastar sus ideas delirantes persecutorias con la realidad, y ello les ha permitido transformar algunas relaciones que durante años habían sido muy persecutorias, en relaciones más «normales», como ellos las definían. Asimismo algunos han tomado conciencia de que para no estar desubicados en el mundo, precisan comprender el significado de sus pensamientos, ya que si no, sólo les quedan las vivencias de fragmentación y falta de identidad. En las últimas sesiones han podido hacer una cierta elaboración de la muerte, pensar la vida con un principio y un final.

■ RELACIONES DENTRO DEL GRUPO

Los pacientes, después del primer período grupal en el que expresaron sus temores y ansiedades paranoides, han vivido el grupo como un espacio donde se han encontrado bien al sentirse reconocidos y poder hablar. En el proceso grupal ha ido surgiendo la necesidad de establecer una relación, es muy raro que falten a las sesiones terapéuticas. Aunque siguen experimentando temores y ansiedades persecutorias y depresivas, refieren que ahora son menos intensas. La imagen grupal que atemorizaba al inicio, ha cambiado a lo largo del tiempo, en la medida en que la interacción de los distintos miembros del grupo ha sido mayor. Así, poco a poco, han

surgido otras representaciones del grupo como lugar de contención, apoyo y descarga de tensiones emocionales. Asimismo como un espacio donde se sienten escuchados y, para algunos, un lugar de relación con los demás. Aunque actualmente ya sea para todos el único grupo de pertenencia fuera de la familia, se observa todavía que hablar en el grupo para algunos miembros, significa traicionar a su grupo de referencia, el grupo familiar.

A lo largo del desarrollo grupal todos han manifestado estos sentimientos de pertenencia al grupo y han reconocido la cohesión establecida entre ellos. Unos más que otros han podido dar sus opiniones y han experimentado confianza y tranquilidad dentro del mismo. Algunos han contrapuesto la dinámica participativa de este grupo de pertenencia al funcionamiento de su grupo familiar, en el que todos los miembros quieren dominar a los demás y llevar siempre la razón. Este emergente es expresado por un miembro que, a su vez, se excluye de este funcionamiento, pero es interesante que sea otro miembro del grupo terapéutico, quien le devuelva su propia participación en la interacción de su grupo familiar.

El grupo les ha servido para referir las dificultades que tienen para comprender lo que sucede en las relaciones. Poco a poco han descubierto la importancia de hablar, compartir las experiencias y vivenciar que éstas tienen sentido y significación, en la medida en que dialogan con los otros. Esta promesa de sentido también viene acompañada por la fantasía de adaptación y comunicación con el grupo familiar. Algunos refieren que el grupo ha sido un lugar donde han podido pensar, compartir y decidir, donde han aprendido el valor de la palabra para disminuir su sufrimiento y experimentar el bienestar de pertenecer a un colectivo.

Todos han reconocido que el grupo ha sido un espacio donde han hablado de sus ideas delirantes, de su aislamiento y de su necesidad de relacionarse, han podido relatar sus difíciles relaciones y sus sentimientos de desconfianza hacia los demás. Los más graves, que se quejaban de no recordar nada, han reconocido una recuperación de la memoria desde que participan en el grupo. Este reconocimiento se contrapone con lo expresado al inicio del proceso grupal, cuando los pacientes no podían reconocer sus propias opiniones y comentarios, no podían tomar como suyas las palabras que habían sido manifestadas por ellos mismos en la sesión grupal anterior, y que nosotros leíamos en la lectura de emergentes al inicio del grupo, la semana siguiente. Este hecho apoya nuestra idea de que el grupo puede ser un espacio donde el paciente esquizofrénico puede hacer su historia personal, la historia que no pudo hacer en su grupo familiar.

En el grupo han podido hablar de sus miedos y compartirlos y ello les ha permitido estabilizarse o mejorar de su enfermedad. La mayoría ha tomado conciencia de que tiene una enfermedad y unos síntomas que comparten, pero que también existen diferencias entre ellos. Algunos miembros del grupo han reconocido que la dinámica familiar ha cambiado a raíz de su participación en el grupo. Consideramos que ha

sido un cambio en la relación, a través de la palabra, de la expresión de sentimientos, del reconocimiento de su necesidad de ser queridos y de una menor agresividad hacia los otros; por supuesto un cambio diferente para cada miembro del grupo.

Finalmente reiterar que el grupo les ha permitido mejorar la relación con los demás, lograr que algunos vínculos persecutorios no lo sean y que otras relaciones sean de apoyo. Aunque siga surgiendo también la desconfianza hacia los otros, afectos y sentimientos que pueden observarse en las ideas delirantes que cada vez son más puestas en crítica, por ellos mismos y por los otros. A algunos el espacio grupal les ha ayudado a sentirse más dueños de su persona y a disminuir las vivencias de control. Asimismo a disminuir la indiscriminación en la relación con el otro y la difusión de la propia identidad. En las últimas sesiones algunos han empezado a reconocerse a sí mismos, mientras otros, tratan de buscar un sentido a las cosas y a la vida. Estos últimos han podido hablar de la falta de sentido de su vida y de las intensas fantasías de suicidio; durante muchas sesiones grupales han insistido en la búsqueda de sentido a su vida, aunque cada vez de manera menos dramática.

■ CONCLUSIONES

1. A lo largo del proceso grupal hemos constatado una mejoría de la capacidad de comunicación de los pacientes, su pertenencia al grupo les ha dado un lugar para hablar, un espacio donde han sido escuchados sin ser criticados, donde han podido contar sus síntomas de la enfermedad, como las alucinaciones o los delirios.
2. En el grupo se ha producido una mejoría de la psicopatología de todos los pacientes, aún de los diagnosticados de hebefrenia. En este último año sólo se ha producido el ingreso psiquiátrico de uno de los pacientes. Consideramos que poder hablar de sus sentimientos y relaciones ambivalentes en sus vínculos familiares ha sido fundamental.
3. Los pacientes, en ocasiones, funcionan como terapeutas de los otros, siendo sus intervenciones bien aceptadas. En el tema de la medicación lo hemos observado claramente, ya que ha sido muy importante la insistencia de alguno de los miembros hacia aquellos que no querían tomarla.
4. Los pacientes reconocen que en el grupo han recuperado la memoria que sentían habían perdido. Este hecho apoya nuestra idea de que el grupo es un espacio donde el paciente esquizofrénico puede hacer su historia personal, la historia que no pudo hacer en su grupo familiar.
5. Pensamos, por todo ello, que la psicoterapia de grupo para pacientes esquizofrénicos es una técnica muy útil, que facilita la integración de los pacientes en un grupo y, desde éste, en su familia y la sociedad. El grupo terapéutico además de facilitar la escucha y la comunicación, mejora el cumplimiento terapéutico y posibilita encontrar la identidad y el sentido de la vida al paciente.

■ NOTAS

1. Gómez Esteban, R., «Grupos terapéuticos con pacientes psicóticos en los Servicios de Salud Mental Comunitarios» en *El Malestar en la Cultura*, Madrid, A.E.N., 1992.
2. Gómez Esteban, R., «Grupos terapéuticos con pacientes esquizofrénicos y familiares coordinados con técnica analítica operativa», en *Terapias e intervenciones grupales*, You & Us, 1998.
3. Insúa, P., et al, «Alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia», *Rev. A.E.N.*, 2001, 78: 27 - 50.
4. Correale, A.; Celli, A.M., «The model-scene in group psychotherapy with chronic psychotic patients. *Int. J. Group Psychother*, 1998, 48 (1): 55-68.
5. Alanen, Y.O., «Vulnerability to schizophrenia and psychotherapeutic treatment of schizophrenic patients: towards an integrated view», *Psychiatry*, 1997, 60 (2): 142-57
6. Nugter, M.A.; Dingemans, P.M.; Linszen, D.H.; Van Der Does, A.J.; Gersons, B.P., «Parental communication deviance: its stability and the effect of family treatment in recent-onset schizophrenia», *Acta Psychiatr Scand*, 1997, 95 (3): 199-204.
7. Hassan, S.; Cinq-Mars, C.; Sigman, M., «Conflict in Group Therapy of Chronic Schizophrenics». *American Journal of Pshychotherapy*, 2000, 154, (2):.
8. Andres, K.; Pfarmmatter, M.; Garst, F.; Tescliner, C.; Brenner, H.D., «Effects of a coping - orientated group therapy for schizophrenia and schizoffective patients: a pilot study, *Acta Psychiatr. Scand.* 2000, 101(4): 318-22.
9. Guimón, J.; Erhensperger, B.; Fredenrich, A.L.; Vucetic, V.; Zanello, A.; Zinetti, A.; Maercker, A., «Evolución de la psicoterapia grupal en la asistencia psiquiátrica: la batería Bel Air», *Psiquis*, 2000, 21 (6): 277-288.
10. Rebolledo Moller, S.; Lobato Rodríguez, M^a J., *Psicoeducación de personas vulnerables a la esquizofrenia*, Barcelona, Fundación Nou Camí, 1998.
11. González De Chávez, M.; García Cabeza, I.; Fraile Fraile, J.C., «Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios, *Rev. AEN* 72: 573-587.
12. Rico, L.; Sunyer, M., «Análisis comparativo de los factores terapéuticos grupales en la esquizofrenia» I. Introducción y métodos, *Psiquis*, 2000, 21 (6): 301-316.
13. Rico, L.; Sunyer, M., «Análisis comparativo de los factores terapéuticos grupales en la esquizofrenia» II. Resultados y discusión, *Psiquis*, 2001, 22 (2): 57-72.
14. Brenner HD, Pfarmmatter M., «Psychological therapy in schizophrenia: what is the evidence?», *Acta Psyq. Scand.*, 2000, 102 (SUPPL 407): 74-77
15. Fenton, W.S.; Schooler N.R., «Evidence - based psychosocial treatment for schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 2000, 26, 1 : 17-19.
16. Brenner HD, Pfarmmatter M., «Psychological therapy in schizophrenia: what is the evidence?», *Acta Psyq. Scand.*, 2000, 102 (SUPPL 407): 74-77

17. Chadwick, P.; Sambrooke, S.; Rasch, S.; Davies, E., «Challenging the omnipotence of voices: group cognitive behavior therapy for voices», *Behav. Res. Ther.*, 2000, 38 (10): 993-1003.
18. Thornicroft, G.; Susser, E., «Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia», *British J. Psyc.*, 2001, 178: 2-4.
19. Nightingale, L.C.; Mc Queeney, D.A., «Group therapy for schizophrenia: combining and expanding the psychoeducational model uit supportive psychotherapy», *Int. J. Group Psychother.*, 1996, 46 (4): 517-33.
20. Muñoz, P.; Torres, M.A.G.; Anguiano, J.B.; Ruiz, E.; Mingo, A.; Sanchez, P.; Equíluz, I., «Un modelo de grupos psicoeducativos para la prevención de las recaídas en la esquizofrenia», *Psiquis*, 2001, 22 (5): 169-175.
21. Gómez Esteban, R.; De la Viña Guzmán, M^a J., «Psicoterapia psicoanalítica de grupo con pacientes esquizofrénicos», en *Grupos terapéuticos y Asistencia Pública*, Madrid, A.E.N., 1997.

Autores

Gómez Esteban, R.; Martín Vázquez, M^a J.; González López, A; Flores Álvarez, M.; Bote Bonaechea, B.; Güerre Lobera, M^a J.

Correspondencia a Rosa Gómez Esteban

Prado del Rey 71, 2º C

28223 Pozuelo (Madrid)

E- mail: rosagomezesteban@infonegocio.com