

Análisis en grupo con pacientes psicóticos: la experiencia del “grupo vida”
Análise em grupo com pacientes psicóticos: a experiência do “grupo vida”
Group analysis with psychotic patients: the experiences of the “life group”

Recibido: 21/03/2019
Aprobado: 14/10/2020
Publicado: 17/02/2020

Araceli Albino
Maria Teresa Mendonça de Barros
Silvia Herszkowicz
Mónica Abete

El objetivo del presente trabajo es relatar la experiencia de la constitución de un grupo analítico, desarrollado con sujetos que poseen estructura psíquica psicótica, el “*Grupo Vida*”. Este grupo tiene como propuesta la mejoría de la calidad de vida y el establecimiento de lazos sociales. Existente desde 2001, con reuniones semanales desde entonces, esta experiencia viabilizó el desarrollo de una nueva dirección en el tratamiento que consta de la intercalación de analistas y pacientes, tres analistas reproduciendo un núcleo familiar, la constitución de la transferencia activa y la aplicación de técnicas creativas y proyectivas. Esta dirección de tratamiento presentó resultados significativos posibilitando la disminución de las internaciones psiquiátricas y de los excesos de medicación, dejándolos en la realidad y aumentando el nivel de simbolización y promoviendo la reintegración social.

Descriptor: Psicoanálisis; Trastornos psicóticos; Práctica de grupo; Estructura de grupo.

O objetivo do presente trabalho é relatar a experiência da constituição de um grupo analítico, desenvolvido com sujeitos que possuem estrutura psíquica psicótica, o “*Grupo Vida*”. O grupo tem como proposta a melhoria da qualidade de vida e o estabelecimento de laços sociais. Existente desde 2001, com encontros semanais desde então, essa experiência viabilizou o desenvolvimento de uma nova direção de tratamento que consta da intercalação de analistas e pacientes, três analistas reproduzindo um núcleo familiar, a constituição da transferência ativa e a aplicação de técnicas criativas e projetivas. Esta direção de tratamento apresentou resultados significativos possibilitando a diminuição das internações psiquiátricas e dos excessos de medicação, deixando-os em realidade e, aumentando o nível de simbolização e promovendo reintegração social.

Descritores: Psicanálise; Transtornos psicóticos; Práticas de grupo; Estrutura de grupo.

The purpose of this paper is to give an account of the experience of forming an analytic group for subjects with a psychotic psychic structure, named “*Life Group*” (*Grupo Vida*). The purpose of the group is to help participants improve their quality of life and establish social bonds. Developed in 2001, with weekly meetings taking place ever since, this experience enabled the creation of a new direction of treatment, which consists in the intercalation of analysts and patients where three analysts reproduce a family nucleus, promoting an active transference and applying creative and projective techniques. This direction of treatment produced significant results, reducing psychiatric hospitalization and excessive use of medication, preventing dissociation episodes, increasing their level of symbolization, and promoting social reintegration.

Descriptors: Psychoanalysis; Psychotic disorders; Group practice; Group structure.

1. Psicóloga. Psicoanalista. Doctora en psicología. Coordinadora Técnica y Profesora del Núcleo Brasileiro de Investigaciones Psicoanalíticas (NPP), São Paulo, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-1391-8553 E-mail: araceli.albino@uol.com.br
2. Bachiller en Letras. Psicoanalista. Especialista en Comunicación. Especialista en Psicoanálisis. Estudiante de maestría en Enseñanzas de Ciencias de la Salud en el Centro del Desarrollo de la Enseñanza Superior en Salud de la Universidad Federal de São Paulo, Profesora del NPP, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: tecamendonca@uol.com.br ORCID: 0000-0002-1621-7365
3. Administradora de Empresas. Psicoanalista, Especialista en Psicoanálisis. ORCID: 0000-0002-9705-7075 E-mail: psicanalista.silvia@gmail.com
4. Bachiller en Artes Plásticas. Especialista en Comunicación Visual. Especialista en Psicopedagogía y Arteterapia. Psicoanalista, Especialista en Psicoanálisis. E-mail: monicaabete63@gmail.com ORCID: 0000-0002-7914-8862

INTRODUCCIÓN

El psicoanálisis en el contexto de Grupo

El humano es un ser grupal, lo que se entiende a partir de los relatos científicos de la antropología, psicología social, filosofía y, de forma destacada, el psicoanálisis. Los textos sociológicos de Freud consideran al hombre como un ser grupal y un ser de la cultura en la cual desarrolla su psiquismo a partir del grupo de parentesco¹⁻³.

Los grupos son detentores de herencias arcaicas de ancestros y se entrelazan con las vivencias de la realidad externa de cada cultura. Estas consideraciones pueden ser constatadas en los textos freudianos, entre ellos: *Tótem y Tabú*¹; *Psicología de las Masas*²; *Futuro de una Ilusión*³ y el *Malestar de la Civilización*⁴.

En “Tótem y Tabú”¹, Freud muestra que el hombre se organiza en grupos que son regidos por leyes severas para mantener la supervivencia de la especie. A medida que el ser humano evolucionó fue mejorando sus organizaciones, lo que se expresa por medio de las artes, de las ciencias, de las religiones, de las instituciones sociales y políticas. Corroborando con esta idea, Freud apud Wundt (1906)¹ describió que el “Tabú” es un código de leyes no escritas y, más antiguo que el hombre que sustenta la organización grupal. Sobre eso, dice aun: *“Es una suposición general que el tabú es más antiguo que los Dioses y se remonta a un período anterior a la existencia de cualquier especie de religión”*¹.

Los objetivos de los tabús son numerosos, pero el foco aquí abordado es que el hombre se premune de cierta organización a través de reglas que procuran la protección de sí, del grupo y de la especie. En una nota al pie de página Freud cita a Frazer, diciendo que *“el lazo totémico es más fuerte que los lazos de sangre o de familia en el sentido moderno”*¹.

Los lazos establecidos entre los humanos, pregonados por prohibiciones y restricciones de un lado y de otro por protección y poder, dan elementos para constituir la cultura y consecuentemente lo psíquico freudiano. Freud señala que los mecanismos psíquicos inconscientes son constituidos en la más tierna infancia y hay poderosas fuerzas internas, y algo que se fija y puede ser descrito como “actitud ambivalente” del sujeto con el objeto. Freud destaca:

*“La principal característica de la constelación psicológica que de esa forma se hace fija es algo que podría ser descrito como la “actitud ambivalente”, del sujeto para con el objeto determinado, o mejor, para con el acto en conexión con ese objeto. La multiplicidad de las manifestaciones del tabú, que llevaron a las tentativas de clasificaciones que ya tuve ocasión de mencionar, quedan reducidas por nuestra tesis: la base del tabú es la acción prohibida, para cuya realización existe una fuerte inclinación inconsciente”*¹.

En otro texto intitulado: *“Psicología de las Masas”*², Freud señala que el sujeto es el fruto de múltiples identificaciones y no se constituye sin el otro. Por otra parte, en el *“Futuro de una Ilusión”*³, Freud describe:

“La civilización humana, expresión por la cual quiero significar todo aquello en que la vida humana se elevó por encima de su condición animal y se difiere de la vida de los animales – y desprecio tener que, distinguir entre cultura y civilización – presenta, como sabemos dos aspectos del observador. Por un lado, incluye a todo el conocimiento y la capacidad que el hombre adquiere con el fin de controlar las fuerzas de la naturaleza y extraer la riqueza de esta para la satisfacción de las necesidades humanas, por otro, incluir todos os reglamentos necesarios para ajustar las relaciones de los hombres de los unos con los otros y, en especial la distribución de la riqueza disponible”.

Desde este punto, el *hombre freudiano* es resultado del establecimiento de relaciones con otro y, resultante de la cultura. Consecuentemente existe por su necesaria y obligatoria participación grupal. Es el grupo el verdadero sujeto de la realidad humana.

La visión psicoanalítica de Freud sobre el hombre grupal permanece hasta hoy entre los psicoanalistas, por ejemplo, Käs⁵, psicoanalista contemporáneo que dice que todo el grupo social es resultado de un trabajo de construcción de una organización relacional, es decir, de una sociabilidad, de una cultura.

Si el hombre visto por el psicoanálisis es resultado de la cultura que lo coloca en ambivalencia emocional generando conflictos y patologías, esos elementos también pueden ser trabajados por el establecimiento de una relación entre paciente-analista. Pues el psicoanálisis

creado por Freud es una terapéutica fundamentada en la relación transferencial entre personas, en el caso analista y paciente.

El psicoanálisis fue creado para tratar al psiquismo humano mediante su método y técnica, fundamentado en una teoría específica del inconsciente. El análisis puede ser individual o grupal.

El psicoanálisis de grupo surge hacia 1938, en un grupo de analistas que decidieron atender algunos pacientes que no tenían condiciones financieras para hacer análisis individual. Uno de los pioneros de esta terapéutica fue Alexander Wolf, que en la época empezó con un grupo de 4 mujeres y 4 hombres y, en 1940 ya atendía a 5 grupos⁶.

A partir de ahí surgen otros autores que se dedicaron al análisis de grupo, en la contemporaneidad: Bion fue un exponente de esta práctica, dejando algunos seguidores. En Brasil, se tiene como ejemplo a Zirmeman⁷.

En el prefacio del libro *"Psicoanálisis en Grupos"*⁶ se describe que la cultura valoriza al individuo en su estado bruto, integral y las psicoterapias, principalmente la de grupos valoriza al individuo en su relación con el otro; o incluso, que en la cultura el hombre busca ayuda de una forma individual como en las confesiones religiosas y en los médicos de forma privada, pues tiene vergüenza y miedo de exponerse ante los otros.

Es esa resistencia impuesta por la cultura, de no hablar de sí, principalmente de las patologías para el otro⁶. La práctica psicoanalítica también dejó la imagen pública de que un analista recibe al paciente para él hable de sí mismo para otro con absoluto sigilo. Compartir un análisis no está en los principios sociales ni culturales.

Existe una "costumbre" cultural de preservación de grupos, ya sean religiosos, económicos, sociales, políticos, raciales, profesionales⁶. Hay una tendencia en segregar a quien no pertenece al mismo grupo. La propia cultura es generadora de conflictos lo que lleva al nacimiento de los procesos terapéuticos.

la terapéutica de grupo tuvo poco prestigio entre los psicoanalistas; atraía más a psicólogos que trabajaban los aspectos sociológicos de los grupos. pero tuvo una gama de psicoanalistas que creyeron que se podía trabajar psicoanalíticamente con grupos y desarrollaron técnicas para eso^{6,7}:

En Wolf y Schwartz⁶ encontramos que:

"La técnica empleada en un grupo acentuará la interpretación de los sueños, la libre asociación, el análisis de las resistencias, la transferencia y la contratransferencia. Y el analista "[...] debe poseer habilidades que lo hacen capaz de resolver conflictos dentro del grupo, capaz de interpretar los problemas presentados por la historia previa del paciente y estar apto para señalar las nuevas necesidades creadas por el desarrollo precedente de la actividad interna del grupo, tomando la iniciativa para satisfacer estas necesidades".

En su obra *Psicoanálisis contemporáneo*, Zimerman⁷ señala:

"El marco grupal promueve la creación de un nuevo espacio, en el cual los pacientes experimentarán nuevamente viejas experiencias emocionales e interrelaciones complicadas, que fueron mal resueltas en el pasado, en la familia y en los demás grupos de convivencia, los cuales están a la espera de una resignificación que posibilite la reconstrucción del grupo familiar que está interiorizada de forma patogénica dentro de cada uno".

El grupo de análisis se ha venido modificando a lo largo de los años, pero el analista no debe enfocarse solamente en la "neurosis de transferencia" de forma sistemática, sino también en los aspectos extra transferenciales que están contenidos en la realidad cotidiana, no limitándose a firmar las representaciones pulsionales y las defensas inconscientes⁷.

Es importante valorizar los mensajes positivos y negativos inconscientes y conscientes, incentivar y valorizar la capacidad de pensar, reflexionar y actuar del paciente. Y valorizar los aportes de cada participante del grupo, procurando constituir una totalidad psíquica grupal: *"cualquier miembro del grupo precisa tener la libertad para fantasear, pensar, contestar, agredir, amar, sufrir, crear"*⁷.

Considerando la posibilidad de trabajar analíticamente con grupos, este artículo tiene como objetivo relatar la experiencia de la constitución de un grupo analítico, desarrollado con sujetos que poseen una estructura psíquica psicótica.

MÉTODO

Este estudio es un relato de experiencia que aborda la creación de un grupo para pacientes con estructura psicótica.

Abarca un breve recorrido histórico, pero se enfoca principalmente en la intervención psicoanalítica. Por su parte, en una composición de varios autores psicoanalistas, fundamenta un hacer que es por sí evolutivo, creativo, proactivo y, al mismo tiempo reconocedor de la complejidad de la clínica con pacientes en estructura psicótica.

Describe para sus direccionamientos en el grupo la intensa participación de tres psicoanalistas y la temporalidad (que a pesar de las reglas) es abierta a una dinámica de la necesidad del paciente, que también es atendido por análisis individual y con acompañamiento psiquiátrico y de otros profesionales, si así lo ameritara.

RESULTADOS

La constitución y evolución analítica del “Grupo Vida”

El trabajo analítico con pacientes de estructura psicótica se inició en el año 2001, en la clínica social del Sindicato de los Psicoanalistas del Estado de São Paulo, denominada Clínica Ana Joaquina, en la ciudad de São Paulo.

Es un trabajo que pretende prestar atendimento psicoanalítico a las personas de escasos recursos financieros, siendo realizado por analistas experimentados y aspirantes a psicoanalistas bajo supervisión, sin ningún convenio con órganos públicos federales, estaduais o municipales. El trabajo clínico se dirige al atendimento de niños, adolescentes y adultos que procuran ayuda para aliviar su sufrimiento, independiente de estructura clínica.

El trabajo con pacientes de estructura psicótica se inició debido a la necesidad, pues había demanda por tratamiento y pocos analistas que se dispusieran a trabajar con la clínica psicótica. En esa época, la coordinadora se dispuso a formar un grupo para atender a algunos pacientes que estaban esperando atendimento individual.

El primer encuentro contó con ocho pacientes de estructura psicótica, siendo un grupo mixto de mujeres y hombres, tres analistas en formación bajo supervisión, además de la coordinadora.

Los pacientes que llegaban a la clínica eran encaminados por médicos psiquiatras, Centros de Atención Psicossocial (CAPS), y familiares en busca de tratamiento. Poseían diagnósticos psiquiátricos, emitidos por los médicos del sistema de salud pública, presentaban un cuadro patológico crítico, alto grado de impregnación medicamentosa, algunos se encontraban recién salidos de internaciones psiquiátricas y, muchos estaban sin tratamiento alguno, con delirios y alucinaciones.

El trabajo fue difícil por la propia complejidad de esta clínica, por la falta de profesionales que se ponían a disposición para el tratamiento, por la evasión de pacientes y, además por ser un trabajo nuevo que necesitaba ser organizado. De a poco la clínica fue estructurándose y hoy en día es una clínica que ya tiene una dirección de tratamiento para psicóticos.

La condición establecida para que los pacientes participen del grupo era que estuviesen en tratamiento psiquiátrico y que participaran del grupo una vez a la semana. Las sesiones tenían una duración de dos horas con límite de 12 participantes adultos entre 25 y 65 años, de ambos sexos. Era un grupo abierto, heterogéneo sin plazo definido para terminar. El grupo fue denominado “*Grupo Vida*”, nombre escogido por los propios pacientes.

Al iniciar el tratamiento los pacientes pasaban por entrevistas individuales para elaborar un diagnóstico psicológico y psicoanalítico con el diagnóstico médico psiquiátrico. La evaluación psicológica fue realizada por medio de la aplicación de testes proyectivos: el HTP (Casa, Árbol y Persona), TAT (Test de Percepción Temática) y la prueba de las Pirámides de Pfister²⁴, además de un diagnóstico psicoanalítico por medio de entrevistas semiestructuradas. Después de las evaluaciones diagnósticas, los pacientes eran encaminados al grupo.

En un principio no se tenía una dirección de tratamiento ni la medición de la importancia del trabajo que estaba siendo realizado. La permanencia por más tiempo de los psicoanalistas junto a la coordinadora fue decisiva para la constitución del trabajo grupal. Fue el puente que permitió gradualmente la constitución de lazos semejantes a los esperados dentro del ambiente familiar, vínculos duraderos y más seguros. Esa dirección pasó a orientar al equipo, pero la propia integración de los pacientes era aún muy insípida, no habiendo vínculo entre ellos. En la medida en que los psicoanalistas se estabilizaron, pasaron a ser aceptados por los pacientes como parte integrante del grupo.

Se notó que la permanencia de algunos pacientes también fue decisiva para el establecimiento del vínculo grupal, que asumió contornos de grupo familiar extendido. Observar este movimiento permitió una primera percepción de que la actividad grupal formaba una representación familiar posible, y que la permanencia del analista era fundamental para que los pacientes se constituyesen como un grupo seguro. Así el trabajo fue ganando fuerza y delineando una forma de actuación analítica.

Con la intención de promover un trabajo más profundizado, se buscó a otros profesionales dispuestos a trabajar con el grupo y para proporcionar el análisis individual a los pacientes del grupo. Una vez que ellos ya recibían tratamiento psiquiátrico y análisis de grupo se incluyó en ese momento el análisis individual, formando entonces un trípode de sustentación para el tratamiento.

El grupo tenía el propósito fundamental de trabajar las relaciones personales que establecerían lazos sociales. El tratamiento psiquiátrico, por medio de la medicación, daría estabilidad para la manutención del tratamiento analítico y el análisis individual ayudaría a la organización psíquica personal.

Otro aspecto decisivo en la evolución del trabajo fue la ubicación integrada entre pacientes y psicoanalistas en el setting grupal, que producía (y aún produce) una sensación de pertenencia, un local donde todos estuvieran en el mismo plano. Esto nació a partir de la intervención de un paciente que preguntó por qué los psicoanalistas se sentaban a un lado y los pacientes al otro, sugiriendo una discriminación.

A partir de ahí hubo un cambio en la ubicación, en la cual los psicoanalistas se localizaban entre los pacientes. El paciente de estructura psicótica necesita de la imagen visual concreta para sentirse más aceptado y seguro. No basta decir que lo acepta, es necesario demostrarlo con actos. Un cambio simple provocó alteraciones en la dinámica del grupo que pasó a funcionar de manera más integrada, siendo este uno de los valores diferenciales del trabajo. Fue una forma objetiva de decir “estoy aquí a tu lado, te miro, te acepto, te comprendo y te amparo”.

La nueva dinámica volvió al grupo más participativo y seguro, lo que propició una participación más activa de la coordinadora en el sentido de que funciona como la ley que prohíbe los excesos, convocándolos a tener una participación más igualitaria.

Gradualmente la coordinadora fue siendo vista como una figura capaz de prohibir cuando fuera necesario, con una presencia activa, siendo secundada por un psicoanalista que actuaba de forma receptiva, cariñosa, haciendo la maternaje. Ellos demostraban que el tercer psicoanalista era recibido como un hermano mayor que sabía alguna cosa sobre ellos, pero que también disputaba la atención del padre y de la madre.

La dinámica de esta constitución fue configurándose cada vez más como una especie de “constelación familiar posible”, permitiendo crear la esperanza de pertenecer a un grupo y, a partir de ahí, ser un sujeto. Evidentemente todo el proceso fue permeado por conflictos, estados de brote, angustias, celos, agresividad y amor, semejante a un grupo familiar.

Para ellos esa era la posibilidad de participar y no de escaparse a su mundo imaginario y psicotizado, una vez que había allí “*un padre, una madre, una familia*” con quien pudiese contar e interactuar. Este aprendizaje básico faltó en la infancia de los pacientes, y la experiencia en el grupo permitió que pudiesen experimentar relaciones parecidas a las familiares, y así realizar sus tentativas de establecer lazos sociales. Si antes no tenían ninguna referencia, ahora

disponían de alguna cosa, de un ejemplo, de una tentativa que podía ser exitosa.

De esa forma, fue constituida una dinámica grupal con diferenciación de vínculos – papeles diferentes para cada psicoanalista a partir de las características de actuación de cada uno. Sin embargo, como ocurre en el ambiente familiar, fue necesario que se abrieran posibilidades de otros recursos para sustentar la ausencia del padre y de la madre, similar a un hermano mayor, un vecino, una institución que pudiera cuidar al grupo, en caso de una ausencia temporal, natural y necesaria de las figuras cuidadoras. Así quedó establecido que el análisis de grupo sería conducido con por lo menos tres analistas, cada uno representaba una figura – padre, madre y hermanos.

Con la estabilización de los tres analistas fue posible realizar intervenciones directas relacionadas al núcleo psicótico de cada paciente y a la problemática familiar de cada uno de ellos. Era posible que el paciente constataste la dura realidad a la cual fue sometido y que, al mismo tiempo, vislumbrara una salida posible, la de haber encontrado un espacio sustituto del núcleo familiar, más seguro y estable para recomenzar.

Las intervenciones más incisivas eran realizadas por el analista que asumió la posición de interventor, y no podían ser realizadas por otro analista al cual ese lugar no le fuera atribuido. Las interdicciones son duras y difíciles para alguien que tiene una estructura frágil, que no tolera frustración, lo que nos llevaba a buscar apoyo y amparo en el analista que se coloca en la posición de maternaje.

Este segundo analista deja al padre en su lugar de Ley, pero da otro contorno a lo que fue dicho, ameniza, procura mediar sin desautorizar. Gradualmente, los pacientes fueron percibiendo que no necesitaban escapar a su refugio interno y alienante, que podían contar con el apoyo de esa maternaje y de los demás miembros del grupo, sin que necesitaran expulsar al padre. La mediación permitía la percepción de que la ley también ampara y protege, siendo necesaria para la convivencia en grupo.

La división de papeles entre los analistas les trajo cierto alivio emocional pues la transferencia masiva fue diluida entre los tres, no recayendo sobre un único analista la necesidad de lidiar durante un tiempo indeterminado con la demanda infinita de amor y presencia, con la agresividad inherente a esa estructura. Son factores generadores de angustia para el analista que debe administrar con maestría, por lo cual resulta fundamental que los analistas estén bien analizados. Los pacientes están allí mezclados uno con el otro y buscan en esos analistas un sentido de vivir.

Contar con el apoyo de otros analistas hizo con que hubiera una dilución de las pulsiones y mayor prontitud para atender a las demandas de los miembros del grupo en los momentos de mucha excitación y angustia. Fue necesario tiempo y paciencia para formar un equipo de analistas comprometidos con este trabajo.

la percepción de la importancia de la integración del trabajo individual y de grupo fue esencial para el desarrollo de la dirección del tratamiento, pues algunas actividades e intervenciones solo eran posibles en el grupo, mientras otras podían ser mejor exploradas en el análisis individual. La integración del tratamiento individual y grupal pasó a ser un manejo técnico para el tratamiento de la psicosis.

Otro factor que contribuyó a la consolidación de la dirección del tratamiento propuesto fue la exploración de otra forma de vínculo analítico diferente al establecido con pacientes de estructura neurótica.

El vínculo analítico establecido con los psicóticos es activo, es un *acting out* de amor. El analista es una figura de máxima importancia, pues en la sesión se presenta como un saber incuestionable que ayuda al paciente a establecer una relación que posibilita la introyección de un objeto amoroso que pueda sustentar una incipiente subjetividad.

El grupo analítico activo se diferencia de grupos de otras terapias de aconsejamiento y de orientaciones, por pautarse en el establecimiento de la transferencia activa, que permite la reorganización de la estructura psicótica, promoviendo el establecimiento de lazos sociales por

medio del proceso de reflejo entre los miembros del grupo y por la introyección de un objeto amoroso capaz de sustentar y darle un borde al inconsciente a cielo abierto del psicótico.

En el trabajo con el *Grupo Vida* prevalece (el grupo se mantiene) la escucha analítica, y el establecimiento de un pacto vincular que favorece la interpretación de las manifestaciones inconscientes, el análisis de las resistencias y la transferencia activa.

También son utilizadas técnicas creativas y proyectivas utilizando arte, danza y dinámicas corporales para favorecer la relación subjetiva a través de un lenguaje objetivo, pues la dificultad del psicótico está justamente en el proceso de simbolización. De acuerdo con la demanda del grupo, son planteadas las vivencias para ser posteriormente discutidas y analizadas.

En la alianza grupal, que fue siendo construida por los analistas y pacientes, surgió la percepción de que el grupo es continuo, y que tiene el formato de un grupo familiar, que no tiene tiempo para terminar y que siempre habrá un analista dispuesto a escuchar. Ese movimiento de continuidad es constatado por los pacientes que se alejan durante algún tiempo y luego vuelven, para “visitar al grupo”; cuentan sus historias y se comportan como si nunca se hubieran alejado.

Existen aún otros pacientes que no logran ser constantes, sin embargo, participan eventualmente, esperando acogimiento y aceptación, aunque no consiga ser asiduos. Los participantes incluso los cuestionan acerca de su ausencia, pero los acogen, en este lugar construido para que pudieran volver cuando estuviesen necesítándolo. Cuando están en brote psicótico o con un alto grado de angustia ellos saben dónde buscar refugio. En el “*Grupo Vida*” pues saben que allí existe un grupo para al cual pueden volver y con el cual pueden contar. Este fue un punto más para el establecimiento de lazos sociales.

Los resultados obtenidos a lo largo de 15 años muestran que hubo una disminución de la medicación, así como del número de brotes delirantes y alucinatorios de aquellos pacientes que consiguieron permanecer en el grupo por un período superior a dos años. Para ellos fue posible la construcción de un proyecto de vida, que les permitió lidiar mejor con su realidad psíquica y enfrentar su realidad externa.

Hoy ya hablan acerca de la presencia y de la ausencia, ya se comunican fuera del grupo, ya se movilizan para ayudarse. Existe la esperanza de tener un lugar seguro, poder participar y de poder contar con el otro.

Un desafío permanente es darles la dimensión del comprometimiento y de límite – deben marcar un horario para análisis individual y respetar el horario del grupo. Todavía hay pacientes y exparticipantes con dificultades para entender que, aunque haya receptividad, no es en cualquier momento y ni de cualquier forma que pueden accionar a los analistas, que existen reglas a ser cumplidas.

DISCUSIÓN

Psicosis: una estructura psíquica

El psicoanálisis, desde el punto de vista freudiano, entiende que el psiquismo se organiza de una forma estructural a partir del nacimiento hasta alrededor de los 8 años, por medio del establecimiento de la relación afectiva de un cuidador y un infante. Esta idea freudiana aparece desde el inicio de su obra “*Las neuropsicosis de defensa*”⁸. Empieza a pensar en una clasificación de patologías y los síntomas en cuanto a una defensa psíquica.

En los estudios sobre la histeria⁹, Freud señala que los síntomas son manifestaciones afectivas que actúan en defensa de una representación inconsciente. Profundiza los conceptos sobre la organización psíquica en la obra “*Interpretación de los sueños*”¹⁰ y después en “*El Ego y el ID*”¹¹. Las estructuras quedaron delineadas en neurosis, psicosis y perversiones.

La organización psicótica empezó a ser abordada en el artículo “*Las Neuropsicosis de defensa*”⁸, afirmando que: *en la paranoia el contenido de la vivencia y el afecto están ligados a la representación incompatible y convergen de forma alucinatoria al medio externo.*

En el trabajo primordial de Freud sobre las psicosis "*Notas Psicoanalíticas sobre un relato autobiográfico de paranoia*"¹², conocido como el *caso Schreber*, la teoría sobre la psicosis toma forma.

Daniel Pablo Schereber, gran intelectual y talentoso doctor en jurisprudencia empezó a sentir síntomas de hipocondría inmediatamente después de su casamiento y, los síntomas se agravaron al asumir el cargo de presidente de la corte de apelaciones de Dresde. Además de los síntomas hipocondríacos empezaron las alucinaciones visuales y auditivas, ideas de persecución. Se imaginaba muerto con el cuerpo putrefacto. Su síntoma más marcante fue la disfunción de la imagen corporal que se veía como una mujer, y en su delirio alucinatorio, esta sería la mujer de Dios para generar una raza Schreberiana¹².

No Borrador H¹³ Freud ya hablaba acerca de la confusión alucinatoria visual y auditiva como síntomas de la paranoia. En el Borrador K¹⁴ añade que hay una formación de compromiso con las voces y las imágenes delirantes.

Otro concepto fundamental para entender a la psicosis fue abordado por Freud en el artículo sobre "*Introducción al Narcisismo*"¹⁵, que trae la idea de la existencia de un narcisismo primario y de uno secundario, siendo que en la psicosis hay una regresión libidinal a la fase auto erótica. No obstante, fue en el artículo "*Historia de una neurosis infantil*"¹⁶, conocido como: *Caso del Hombre de los Lobos*, al describir el proceso alucinatorio del dedo cortado, que Freud aborda el mecanismo de la "*Verwerfung*", como un mecanismo de negación de la realidad, proceso fundador de la psicosis. Este concepto puede ser verificado en la siguiente citación en el Vocabulario de Psicoanálisis Laplanche/Pontalis¹⁷: "*Existe una especie de defensa mucho más enérgica y mucho más eficaz que consiste en el hecho de que el Ego rechaza (Verwirft) a la representación insoportable y al mismo tiempo su afecto, y se conduce como si la representación nunca hubiese llegado al ego*".

La cuestión de la negación de la realidad como siendo una característica fundante de la psicosis es también colocada por Freud en la publicación: "*La pérdida de la realidad en la neurosis y psicosis*"¹⁸.

Los aportes teóricos freudianos consiguen fundamentar la organización de la estructura psicótica y caracterizar los síntomas presentados por esta estructura^{1-4,8-16}. Pero otros psicoanalistas se encaminaron en la comprensión de la psicosis. Por este camino Lacan de la escuela francesa dio secuencia al desarrollo de este trabajo¹⁹⁻²¹.

Lacan empieza sus estudios psicoanalíticos partiendo de la psicosis a través de su tesis de doctorado "*De la psicosis paranoica y sus relaciones con la personalidad*"¹⁹. Escribió el *Semanario* ³²⁰ sobre la psicosis. En ese semanario Lacan hace una demarcación de los puntos fundamentales de la teoría freudiana sobre la psicosis y trae nuevos conceptos fundando una clínica para tratar la psicosis. Em esa clínica trata al psicótico como un sujeto del lenguaje y el analista tiene la función de secretario del paciente. Enfatiza que la psicosis es una constitución estructural y que las manifestaciones sintomáticas son defensas psíquicas en cualquier clasificación²⁰.

Las estructuras para Lacan son hechos del lenguaje que se organizan en la fase de los "*Espejos*". Otro punto de extrema significación que Lacan²⁰ aborda es que en la psicosis el *Nombre-del-Padre* (tercero simbólico) es forcluido, dejando al inconsciente ser tomado por las alucinaciones auditivas y visuales, delirios, desconexión del pensamiento y de la realidad. El mecanismo que provoca este fenómeno es la *Verwerfung* de Freud que Lacan tradujo como forclusión²⁰.

Forclusión, según el Diccionario de Psicoanálisis de Roudinesco y Plon²², es un término jurídico francés – forclusif, es forclusivo o excluyente – uso de un derecho no ejercido en el momento oportuno. Este término forjado por Lacan designa:

*"[...] un mecanismo específico de la psicosis, a través del cual se produce el rechazo de un significante fundamental hacia afuera del universo simbólico del sujeto. Cuando ese rechazo se produce, el significante es forcluido. No es integrado al inconsciente como em la represión, y retorna bajo la forma alucinatoria en lo real del sujeto"*²¹.

Según Albino²³:

Forclusión es "la exclusión del significante primordial de la cadena simbólica", es "el mecanismo que impera en el proceso de una estructura psicótica, equivale a no inclusión en la norma edipiana, a la negación de la entrada del padre simbólico en la triple relación".

En el *Seminario 22*²¹, “*Real, Simbólico, Imaginario*”, Lacan teoriza sobre el *Nombre-del-Padre* como siendo el significante que une a lo real, lo simbólico y a lo imaginario, teniendo la función de dar nombre a las cosas, lo que permite la entrada al lenguaje simbólico. Y, en la psicosis hay una falla en esta constitución, dejando al sujeto psicótico fuera de la cadena simbólica²¹.

De este modo la psicosis es una organización que determina el funcionamiento psíquico del sujeto siendo el principal mecanismo el rechazo de la realidad externa y la falta de una organización simbólica que lo deja fuera de la subjetividad. Por no conseguir crear una cadena simbólica, el psicótico queda preso al mundo objetal siendo su propio cuerpo su objeto primordial, con ello hay un empobrecimiento del mundo interno y externo.

En la tentativa de buscar una forma de simbolizar, desarrolla un mundo imaginario comandado por la alucinación y el delirio que pasan a ser el único camino para intentar simbolizar, pero queda forcluido, queda fuera de él. Es como si existiesen dos mundos al mismo tiempo, uno interno y otro externo. Es un mundo inefable con el cual él tiene que convivir todo tiempo.

El setting grupal para los pacientes psicóticos fue (y aún lo es) un facilitador que tiene la función de espejo, en la cual son proyectadas las angustias, las persecuciones y las posibles reintegraciones psíquicas. El efecto de esta dinámica crea una demanda propia que surge en el análisis individual, pautada en la necesidad de hablar más de su historia de vida, de las angustias, de los síntomas psicóticos y del impacto que sufrió con las intervenciones en el grupo. Lo que es movilizado en el grupo es llevado al trabajo individual de acuerdo con la percepción y el contenido psíquico de cada paciente.

El pacto vincular debe ser suficientemente fuerte como para posibilitar la instauración de la transferencia activa que favorecerá al paciente el encuadramiento que le falta para contener sus síntomas, tales como angustia, conversiones somáticas, confusión mental, o sea, contener y direccionar sus pulsiones. Lo importante es despertar y conservar la vitalidad psíquica.

CONCLUSIÓN

La dinámica analítica establecida en el “*Grupo Vida*” posibilitó la constitución de una dirección de tratamiento que se ha mostrado muy eficaz, pues ha mejorado la calidad de vida de los pacientes.

El formato del grupo analítico como un núcleo familiar atemporal, la posición de los tres analistas, la disposición de analistas y pacientes en el grupo mediado por un analista deseoso que establece una transferencia activa, se revelaron como condiciones necesarias para la constitución grupal.

El trabajo con los pacientes psicóticos continua hasta el día de hoy. Hay pacientes que están en tratamiento desde la fundación del grupo y novatos que llegan muy debilitados que son insertados en el grupo y recibidos por los veteranos de una forma acogedora, ellos transmiten la seguridad de que si persisten en el tratamiento pueden mejorar.

Hoy el grupo está compuesto por 18 a 20 pacientes por sesión, y 8 analistas que se turnan en las sesiones grupales, y para atender individualmente hay un equipo más grande que atiende a los pacientes del “*Grupo Vida*” bajo supervisión.

Es un trabajo analítico que se basa en la escucha y en el manejo técnico que permite la reorganización psíquica, y que ayuda al psicótico a percibir los síntomas y a diferenciarlos de la realidad y así dejarlos lejos de los delirios y de las alucinaciones.

El analista a través del vínculo construye un puente entre lo real y lo imaginario y a través del habla promueve un lenguaje en el cual el paciente pueda insertarse y buscar una simbolización. La palabra de los analistas ayuda al paciente psicótico a construir sus propias palabras.

REFERENCIAS

1. Bion WR. *Experiências com grupos*. São Paulo: Imago; 1975. 185p.
2. Freud S. *Totem e tabu*. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 13, 277p. [Obra original publicada em 1913].
3. Freud S. *Psicologia das massas*. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 18, 317p. [Obra original publicada em 1921].
4. Freud S. *Futuro de uma ilusão*. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 21, 157p. [Obra original publicada em 1927].

5. Freud S. Mal-estar da civilização. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 21, 157p. [Obra original publicada em 1930].
6. Kaës R. Analyse intertransférentielle, fonction alpha et groupe conteneur. L'Évolution psychiatrique. 1976; 41(2):339-47.
7. Wolf A, Schwartz FK. Psicanálise em grupos. Nova York: Grune and Straton; 1962. 410p.
8. Zimerman DE. Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica, uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed; 1999. 473p.
9. Freud S. As neuropsicoses de defesa. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 3, 348p. [Obra original publicada em 1894].
10. Freud S. Estudos sobre a histeria (1893-1895). In: Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 2, 350p.
11. Freud S. Interpretação dos Sonhos. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 4, 363p. (Obra original publicada em 1900).
12. Freud S. Ego e ID. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 19, 170p. [Obra original publicada em 1923].
13. Freud S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de paranoia. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 12, 406p. [Obra original publicada em 1911].
14. Freud S. Rascunho H. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 3, 348p. [Obra original publicada em 1895].
15. Freud S. Rascunho K. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 3, 348p. [Obra original publicada em 1896].
16. Freud S. Introdução ao narcisismo. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 13, 277p. [Obra original publicada em 1914].
17. Freud S. História de uma Neurose Infantil. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 17, 129p. [Obra original publicada em 1918].
18. Zimerman DE. Vocabulário contemporâneo de psicanálise. Reedição. Porto Alegre: Artmed; 2009. 459p.
19. Freud S. A perda da realidade na neurose e na psicose. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 19, 170p. [Obra original publicada em 1924].
20. Lacan J. Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1987. 442p. [Obra original publicada em 1932].
21. Lacan J. O seminário 3: as psicoses, 1955-1956. 2ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2008. 380p.
22. Lacan J. Seminario 22. RSI, inédito. [S.n.t]; 1974. 77p.
23. Roudinesco E, Plon M. Dicionário de psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1998. 888p.
24. Albino A. Encontros e desencontros na clínica da psicose: uma reflexão psicanalítica. São Paulo: Instituto Langage; 2015. 127p.

CONTRIBUCIONES

Todos los autores tuvieron iguales contribuciones en el dibujo, la escritura y la revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Albino A, Barros MTM, Herszkowicz S, Abete M. Análisis en grupo con pacientes psicóticos: la experiencia del "grupo vida". REFACS [Internet]. 2020 [citado en: *insertar el día, mes y año de acceso*]; 8(1):137-146. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (ABNT)

ALBINO, A.; BARROS, M. T. M.; HERSZKOWICZ, S.; ABETE, M. Análisis en grupo con pacientes psicóticos: la experiencia del "grupo vida". REFACS, Uberaba, MG, v. 8, n. 1, p. 137-146, 2020. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (APA)

Albino, A., Barros, M. T. M., Herszkowicz, S. & Abete, M. (2020). Análisis en grupo con pacientes psicóticos: la experiencia del "grupo vida". REFACS, 8(1), 137-146. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso de insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.