FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTRAS PSICOSIS

TERAPIA DE GRUPO EN LAS PSICOSIS

IVAN URLIĆ MANUEL GONZÁLEZ DE CHÁVEZ

TERAPIA DE GRUPO EN LAS PSICOSIS

Editado por

Ivan Urlić Manuel González de Chávez

Traducción española **Antonio Díez Herranz**

Primera Edición actualizada en español, (2019)

© FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRANSTORNOS para el XXIV Curso Anual de Esquizofrenia.

"Psicosis, superación y ayuda mutua", que se celebró en Madrid los días 28 al 30 de noviembre de 2019.

www.cursoesquizofrenia.com

C/ Principe de Vergara 120, 7° C.1ª esc. MADRID 28002

© 2019 Ivan Urlić y Manuel González de Chávez

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta obra puede reimprimirse, reproducirse o utilizarse en forma alguna a través de medios electrónicos, mecánicos o cualquier otro disponible en la actualidad o creado en lo sucesivo, incluyendo fotocopiado y grabación o a través de cualquier sistema de recuperación o almacenamiento de información, sin la autorización escrita de los editores.

Depósito legal: M-33062-2019 ISBN: 978-84-09-15149-3

Terapia de grupo en las psicosis

La terapia de grupo para los pacientes con experiencias psicóticas es una de las terapias de grupo menos conocidas, pero también es una de las más variadas. Esta recopilación presenta diversos métodos, modelos y entornos para la terapia de grupo en las psicosis, además de explorar el contexto de este tipo de tratamiento.

Terapia de grupo en las psicosis ofrece una perspectiva internacional sobre las diversas prácticas actuales en este campo, y en múltiples situaciones, contextos e instituciones asistenciales: desde unidades de cuidados agudos hasta comunidades terapéuticas, grupos de rehabilitación, grupos de autoayuda y grupos de oidores de voces. Se presenta en dos partes: la primera trata la historia, la evaluación y las metodologías de investigación de la terapia de grupo, mientras que la segunda parte presenta ejemplos específicos de grupos y entornos. Este libro aborda los errores conceptuales sobre el tratamiento de las psicosis y hace hincapié en los efectos curativos de la terapia de grupo. Subraya la importancia de la formación para seleccionar y coordinar grupos de pacientes que sufren de psicosis, y sugiere posibles formatos, métodos y perspectivas.

La amplia, reflexiva y práctica colección de capítulos de este libro demuestra cómo las terapias de grupo pueden ayudar eficazmente a los pacientes con experiencias psicóticas a superar sus dificultades en su camino hacia la recuperación. El libro será de gran utilidad para los profesionales que trabajan con personas que padecen una psicosis, como psiquiatras, psicoterapeutas, psicoanalistas, psicólogos, médicos y trabajadores sociales. También será de interés para analistas de grupo, terapeutas familiares y terapeutas cognitivos-conductuales, así como para investigadores en todos estos campos.

Ivan Urlić es neuropsiquiatra, psicoterapeuta psicoanalítico, analista de grupo y catedrático de psiquiatría y medicina psicológica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Split, Croacia. Es miembro fundador del Instituto de Análisis de Grupos (IGA) de Zagreb y del IGA de Bolonia, donde es analista y supervisor de grupos de formación.

Manuel González de Chávez es ex Presidente de la ISPS (International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis). Actualmente es Presidente de la Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia, de Madrid, España. Hasta su jubilación fue Jefe del Servicio de psiquiatría del Hospital General Universitario

Gregorio Marañón de Madrid, y Profesor de Psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid. También fue Director de los Servicios de Salud Mental de Sevilla, Presidente de la Asociación de Salud Mental de Madrid y Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

ÍNDICE

No	tas sobre los colaboradores	iχ
Prć	ólogo de Brian Martindale	xix
Prć	ólogo de Brian Koehler	xxiii
Pre	efacio	xxvii
Ag	radecimientos	XXX
PA	RTE I	
	sión general de las psicoterapias de grupo en personas que decen psicosis	1
1	Historia de la psicoterapia de grupo en la psicosis MANUEL GONZÁLEZ DE CHÁVEZ	3
2	Procedimientos nomotéticos en la investigación de la psicoter de grupo en la psicosis y sus limitaciones: Gamificación del Q Questionnaire de Yalom LINA TOST, DANI TOST, CECILIO HERNÁNDEZ, MANUEL GONZÁLEZ DE CHÁVEZ	-
3	Factores terapéuticos en psicoterapia de grupo para pacientes diagnóstico de psicosis IGNACIO GARCÍA CABEZA	con 27
4	Creación de un grupo de terapia para personas con experiencia	as
	psicóticas MANUEL GONZÁLEZ DE CHÁVEZ	41
PA	RTE II	
Gr	upos en psicosis: Diferencias en los métodos y los entornos	51
5	Cómo funciona la psicoterapia de grupo con personas que viv experiencias psicóticas MANUEL GONZÁLEZ DE CHÁVEZ	en 53

6	Características de la transferencia y la contratransferencia en un abordaje psicológico de los pacientes con psicosis: Consideraciones de dinámica de grupo	
	MAURIZIO PECICCIA, IVAN URLIĆ, SIMONE DONNARI	63
7	Psicoterapia de grupo en la unidad de pacientes hospitalizados agu IVAN URLIĆ	udos 81
8	Psicoterapia de grupo a corto y a largo plazo en pacientes ambulatorios que padecen una psicosis MARJETA BLINC PESEK, BOJANA AVGUŠTIN AVČIN, NADA PEROVŠEK ŠOLINC, KAJA MEDVED	95
9	Intimidad, amor y sexualidad en la psicoterapia de grupo psicodinámica en pacientes con psicosis BRANKA RESTEK-PETROVIĆ, NATAŠA OREŠKOVIĆ-KREZLER	109
10	Ontología y fenomenología del sueño en las psicosis: Abordaje analítico de grupo con perspectiva neuropsicológica ANASTASSIOS KOUKIS	121
11	La psicoeducación como intervención específica de psicoterapia grupo en pacientes con esquizofrenia SLAĐANA ŠTRKALJ IVEZIĆ	a de 131
12	Grupos en comunidades terapéuticas para personas que padecen psicosis DAVID KENNARD	143
13	El desarrollo y algunas características específicas del tratamiento psicoterapéutico de grupo en unidades forenses TIJA ŽARKOVIC PALIJAN, ANA MAGERLE, SONJA PETKOVIĆ, EDITHA VUČIĆ	159
14	Grupos en servicios de intervención temprana: Psicoterapia de grupo para pacientes con trastornos psicóticos en un progran de intervención temprana (RIPEPP) BRANKA RESTEK-PETROVIĆ, MAJDA GRAH, ANAMARIJA	ma
	BOGOVIĆ DIJAKOVIĆ, NINA MAYER	171

15	Terapia cognitiva-conductual de grupo para personas con psico TANIA LECOMTE	sis 181
16	Grupos multifamiliares y psicosis: Un abordaje sistémico VAL JACKSON	193
17	Un grupo multifamiliar marroquí: Un ejemplo de colaboración miembros de un grupo minoritario	con
	MARGREET DE PATER, TRUUS VAN DEN BRINK	205
18	El valor de la coordinación por iguales en grupos para personas con psicosis: Un programa de recuperación y salud comunitaria LARRY DAVIDSON, ANTHONY J. PAVLO, THOMAS STYRON, SUSAN MAO, RUTH FIRMIN, RICHARD YOUINS, MARIA EDWARDS, CHYRELL BELLAMY	
19	Grupos de escucha de voces: Empoderándonos a nosotros mismos - El movimiento de escucha de voces OLGA RUNCIMAN	231
20	El grupo en las terapias artísticas: Un medio terapéutico adicior para trabajar con la psicosis	ıal
	SHEILA GRANDISON	241
	ílogo: El futuro de la psicoterapia de grupo en las psicosis ANUEL GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, IVAN URLIĆ	251
	ice onomástico	255
Ind	ice de materias	261

Notas sobre los colaboradores

Bojana Avguštin Avčin, MD, Ph.D., es psiquiatra y analista de grupo. Trabaja como psiquiatra en el hospital psiquiátrico de la Universidad de Liubliana. Sus intereses especiales incluyen la psicoterapia de grupo en pacientes con psicosis, y ha publicado varios artículos sobre este tema. También participa activamente en muchas reuniones profesionales internacionales, y es miembro de la Asociación Médica Eslovena, la ISPS International y Eslovenia, y la Sociedad Analítica de Grupo de Eslovenia.

Chyrell Bellamy, M.S.W., Ph.D., es profesora asociada de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Yale, donde trabaja como directora de servicios de iguales e investigación en el programa de recuperación y salud comunitaria. Tiene experiencia como proveedora de servicios de primera línea, educadora y organizadora comunitaria, formadora en psicología y trabajo social, investigadora comunitaria y académica, y persona en recuperación. Sus áreas de interés incluyen el desarrollo y la realización de iniciativas de investigación comunitarias en colaboración con personas con experiencia propia con enfermedades mentales. Entre sus campos de investigación se cuentan: las vías socioculturales de recuperación de las enfermedades mentales, con énfasis particular en las disparidades sanitarias; la investigación y la experiencia práctica en el área de los servicios de apoyo entre iguales; las intervenciones de trabajo en grupo; la espiritualidad; la promoción de la salud; y la cultura y la recuperación.

Marjeta Blinc Pesek, MD, MSc, es psiquiatra y analista de grupo en la práctica privada. Es miembro de la Asociación Médica Eslovena, de la Asociación Europea de Psiquiatría y de la ISPS International, Presidenta de la ISPS Eslovenia desde 2005, y Secretaria de la Sociedad Analítica de Grupo de Eslovenia desde 2011. Es organizadora del Taller Anual de la ISPS Eslovenia. Ha publicado muchos artículos sobre el método psicológico y psicodinámico en los pacientes con psicosis y sus familias, especialmente en grupos. Por sus actividades profesionales, fue galardonada con el Premio Prešern de investigación estudiantil de la Universidad de Ljubljana.

Anamarija Bogović Dijaković es psicólogo clínico en la clínica Sestre Milosrdnice del centro hospitalario universitario de Zagreb. También es profesora asociada en el departamento de psicología de la Universidad Católica de Croacia. Ha recibido formación en terapia cognitiva-conductual, y actualmente se está formando en análisis de grupo. Sus intereses de investigación incluyen los trastornos psiquiátricos y sus características, así como la evaluación y el asesoramiento psicológicos.

Larry Davidson, Ph.D., es catedrático de psiquiatría en la Facultad de Medicina de Yale, donde dirige el programa de recuperación y salud comunitaria. También es asesor principal de políticas para el Departamento de salud mental y adicciones de Connecticut. Su investigación se ha centrado en los procesos de recuperación de las enfermedades mentales graves y las adicciones, y en el desarrollo, la evaluación y la difusión de políticas sociales y programas comunitarios innovadores para promover la recuperación y la inclusión en la comunidad de las personas con estas enfermedades.

Margreet de Pater es psiquiatra comunitaria. Desarrolló la orientación familiar transmural después de haber trabajado en el centro de crisis de Utrecht y en la unidad multifuncional de Altrecht. Su libro, *La soledad de la psicosis*, pronto será traducido al inglés.

Simone Donnari es terapeuta de terapias artísticas y ha desarrollado un innovador método de videointegración en el campo de la terapias artísticas. Junto con Maurizio Peciccia, desarrolló un método original para la terapia de las psicosis llamado «terapia amniótica». Es director educativo de la Escuela de Terapias Artísticas de Asís y cofundador de la escuela de psicoterapia del Istituto Gaetano Benedetti. Es vicepresidente de la Asociación Profesional Italiana de Terapeuta de terapias artísticass (APIArt). En 1995 cofundó Sementera Onlus, asociación dedicada a actividades terapéuticas para la rehabilitación social de los pacientes psicóticos y autistas. En 2011 cofundó ISPS Italia. Desde 2013 es codirector del proyecto de investigación «Self corporal e interacción social: Terapias sensomotrices y autónomas correlacionadas y terapias de integración sensoriomotora en pacientes con esquizofrenia crónica». Imparte frecuentemente seminarios, conferencias y sesiones de supervisión en centros de salud mental en Italia, la Universidad de Perugia y la Universidad Steinhardt de Nueva York.

Maria Edwards es directora de servicios de iguales en el centro de salud mental de Connecticut, del departamento de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Yale. Es coterapeuta en un grupo domiciliario.

Ruth Firmin es estudiante de doctorado en la Universidad de Purdue, Indianápolis, y estudia psicología clínica. Actualmente es becaria de psicología en el departamento de psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Yale y trabaja en salud mental comunitaria, donde ha tenido la oportunidad de codirigir grupos con pacientes con enfermedad mental. Su investigación examina los factores que influyen en la recuperación, particularmente el estigma y la resistencia al estigma.

Ignacio García Cabeza es psiquiatra del Hospital Universitario Gregorio Marañón y profesor asociado de la Universidad Complutense de Madrid. También coordina ISPS España. Participa activamente en el desarrollo de programas de orientación psicoterapéutica para pacientes psicóticos,

centrándose principalmente en intervenciones psicoterapéuticas de grupo. Ha colaborado en la organización de diversas actividades nacionales e internacionales, entre las que destacan el XVI Congreso Internacional de la ISPS (miembro del Comité Organizador y Científico) y el Curso Anual de Esquizofrenia, el curso más popular sobre psicosis en España. Ha publicado investigaciones en revistas como: *Schizophrenia Research, Acta Psychiatrica Scandinavica, European Psychiatry, Psychosis y Group Analysis*.

Manuel González de Chávez es ex presidente de la ISPS y actualmente es presidente de la Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y Otras Psicosis, así como organizador del Curso Anual de Esquizofrenia en Madrid. Durante cerca de 20 años, hasta su reciente jubilación, fue jefe del servicio de psiquiatría 1 del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, y Profesor de psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid. También fue director de los servicios de salud mental de Sevilla, presidente de la Asociación de Salud Mental de Madrid y presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, de la que es miembro de honor. Dedicado al desarrollo de programas psicoterapéuticos para pacientes psicóticos, y especialmente a la psicoterapia de grupo en la esquizofrenia y su importancia en el tratamiento de estos pacientes, es autor y editor de varios libros y numerosas publicaciones sobre este tema.

Majda Grah, Ph.D., se licenció en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zagreb, Croacia, en 1993. Es psiquiatra, psicoterapeuta, analista de grupo y supervisora en análisis de grupo. En el hospital psiquiátrico Sveti Ivan de Zagreb es jefa del departamento de psicoterapia para el tratamiento de los trastornos afectivos, de ansiedad, disociativos y de la personalidad, donde dirige grupos psicoterapéuticos para pacientes neuróticos, psicóticos y con trastornos de la personalidad. Autora de numerosos artículos desde la perspectiva de la psicoterapia o el análisis de grupo, sus intereses profesionales se refieren a la intervención temprana en el primer episodio de psicosis, así como a programas para el tratamiento del trastorno limítrofe de la personalidad.

Sheila Grandison es psicoterapeuta de terapias artísticas con más de 20 años de experiencia trabajando en centros de salud mental del NHS, tanto de cuidados agudos como comunitarios. Actualmente es psicoterapeuta principal de terapias artísticas y directora de terapias artísticas en el directorio Newham del consorcio East London NHS Foundation Trust. Es profesora honoraria de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad de la Ciudad de Londres, y fue presidenta de la British Association of Art Therapists y miembro fundador de ISPS Reino Unido. Desde 2008 ha trabajado en asociación con Community Learning, del museo Tate Modern, en proyectos relacionados con la justicia social, la salud mental y el arte. Es

coeditora del libro de la ISPS *Experiences of Mental Health* (Experiencias de salud mental).

Cecilio Hernández, licenciado en Medicina y Cirugía (Universidad de La Laguna, Tenerife, España, 1983), se ha especializado en psiquiatría. Ha trabajado en el Hospital Psiquiátrico de Tenerife y, desde 2011, en el Equipo de Tratamiento Comunitario Asertivo (ECA) del Sistema Nacional de Salud español. Como jefe del equipo de ECA, ha organizado diferentes terapias individuales y de grupo para pacientes con esquizofrenia. Ha publicado varios artículos sobre psiquiatría en relación con la rehabilitación de los pacientes esquizofrénicos. Recientemente ha sido coautor de un informe de evaluación de tecnologías sanitarias del Sistema Nacional de Salud español sobre psicoterapia de grupo para personas con esquizofrenia.

Val Jackson, MSc, es terapeuta ocupacional titulada y psicoterapeuta sistémica, y trabaja principalmente en servicios de salud mental para adultos. Ha dirigido numerosos grupos terapéuticos, especialmente con la participación de familias, tanto en el servicio de cuidadores como en la planta de agudos. Desde 2011 ha dirigido talleres multifamiliares, además de participar en la formación del personal y en conferencias. Sus intereses actuales incluyen la organización de un ensayo de Diálogo Abierto, con los correspondientes talleres de formación y grupos de interés especial.

David Kennard es psicólogo clínico y analista de grupo. Ha trabajado en comunidades terapéuticas para pacientes con ingresos psiquiátricos agudos y drogodependencias, tanto en un hospital de alta seguridad como en centros ambulatorios de psicoterapia y asesoramiento. Cuando era jefe de psicología en The Retreat, York, ayudó a desarrollar servicios de rehabilitación para los pacientes con psicosis. Ha participado durante mucho tiempo en el desarrollo de comunidades terapéuticas en el Reino Unido y ha publicado muchos trabajos sobre este tema, entre ellos *An Introduction to Therapeutic Communities* (Introducción a las comunidades terapéuticas; 1983, 1998). De 1992 a 1998 fue editor de la revista *Therapeutic Communities*. También ha sido presidente de ISPS Reino Unido. Desde que se jubiló en 2004 ha seguido escribiendo, enseñando y supervisando.

Anastassios E. Koukis, Ph.D., BSc, es psicólogo, analista de grupo y psicoanalista. Es miembro de pleno derecho de la Group Analytic Society International (GASi, Londres) y miembro de la International Association for Group Psychotherapy and Group Processes (IGAP). También es fundador y presidente en ejercicio de ISPS Grecia. Es autor del libro *Dreams in Group Analysis* (Los sueños en el análisis de grupo; 2004) y ha publicado numerosos artículos sobre análisis de grupo, especialmente sobre psicoterapia de grupo en pacientes con psicosis. Participa en actividades profesionales a nivel internacional.

Tania Lecomte, Ph.D., es catedrática de psicología de la Universidad de Montreal y psicóloga clínica titulada. Ha desarrollado y validado herramientas de evaluación e intervenciones de grupo para pacientes con enfermedades mentales graves, incluyendo grupos de mejora de la autoestima, TCC para psicosis, TCC para padres de pacientes con psicosis y TCC para empleo con apoyo, así como grupos de atención plena, aceptación y compasión. Algunas de estas intervenciones se están utilizando actualmente en todo el mundo. Ha publicado numerosos artículos, además de ser autora de *Group CBT for Psychosis - A clinician's guide* (TCC de grupo para pacientes con psicosis - Guía clínica; 2016).

Ana Magerle, MD, es psiquiatra, psiquiatra forense y analista de grupo. Durante los últimos 27 años ha sido jefa del departamento de psiquiatría forense del hospital psiquiátrico Dr. Ivan Barbot de Popovača, Croacia. Sus intereses profesionales incluyen la psicoterapia de grupo intrahospitalaria y ambulatoria en pacientes psicóticos y pacientes gravemente perturbados. Es autora de varios artículos profesionales y capítulos de libros.

Susan Mao es candidata doctoral en el programa de doctorado en psicología y asesoramiento del Teachers College de la Universidad de Columbia, y actualmente es becaria de psicología del departamento de psiquiatría de la Universidad de Yale, en el Connecticut Mental Health Center (CMHC). Su investigación se centra en los efectos de la opresión sobre la salud mental, la competencia multicultural de los proveedores y los métodos comunitarios para la investigación, la práctica profesional y la formación. En su trabajo clínico utiliza métodos integradores basados en los puntos fuertes y centrados en la persona mientras acompaña a los pacientes en su trayecto hacia la recuperación. Como becaria del CMHC, actualmente es cofacilitadora de un grupo domiciliario junto con un paciente con enfermedad mental.

Nina Mayer se licenció en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zagreb, Croacia, en 1996. Es psiquiatra, psicoterapeuta y analista de grupo. Trabaja en el departamento de intervención temprana en trastornos psicóticos del hospital psiquiátrico Sveti Ivan de Zagreb, y participa en grupos intrahospitalarios y ambulatorios para personas con experiencias psicóticas, desde episodios agudos hasta psicosis crónicas (esquizofrenia). Actualmente está terminando sus estudios de doctorado y ha escrito trabajos sobre psicoterapia de grupo para personas con psicosis e intervenciones tempranas en trastornos psicóticos.

Kaja Medved, BA, es psicóloga titulada y psicoterapeuta consultora en una línea telefónica de gestión de crisis. Pertenece a la Asociación Eslovena de Psicología, ISPS International e ISPS Eslovenia, y la Sociedad Analítica de Grupo de Eslovenia.

Nataša Orešković-Krezler, MD, es psiquiatra y analista de grupo. Durante 20 años ha trabajado como psicoterapeuta de grupo con pacientes hospitalizados y ambulatorios en los dos hospitales psiquiátricos más grandes de Croacia. Durante los últimos 15 años ha trabajado en un consultorio privado en Zagreb. Sus campos de interés son la psicoterapia de los pacientes gravemente perturbados, los pacientes limítrofes y con TEPT, y especialmente de los pacientes psicóticos en entornos de análisis de grupo. Es autora de varios trabajos profesionales.

Anthony J. Pavlo, Ph.D., es científico investigador asociado del programa de recuperación y salud comunitaria de la Universidad de Yale. Realizó sus estudios de doctorado en psicología clínica en la Universidad de Miami, y en su investigación de posgrado estudió una alternativa centrada en la persona al diagnóstico psiquiátrico. Sus intereses de investigación actuales incluyen las relaciones en la asistencia sanitaria, las prácticas centradas en la persona y los métodos asistenciales orientados a la recuperación.

Maurizio Peciccia, MD, es psiquiatra, director científico del Istituto Gaetano Benedetti de Psicoterapia Psicoanalítica Existencial (Asís, Italia), miembro de la IGAP y presidente de ISPS Italia. Junto con Gaetano Benedetti, ha desarrollado el método del dibujo progresivo en espejo, tema sobre el que ha impartido clases en Italia, en la Universidad de Perugia, en Suiza y en Alemania. Es autor de numerosas publicaciones sobre psicoterapia psicoanalítica de las psicosis.

Nada Perovšek Šolinc, MD, es psiquiatra y analista de grupo. Fue jefa del departamento de psiquiatría de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Liubliana, y ha trabajado en el centro de pacientes psiquiátricos externos de Liubliana. Imparte cursos de postgrado de psicoterapia y análisis de grupo, y participa en las actividades de ISPS Eslovenia. Ha publicado artículos en revistas internacionales.

Sonja Petković, MD, es psiquiatra forense con formación en psicoterapia. Es jefa de la unidad forense de un hospital neuropsiquiátrico de Popovača, Croacia. Sus intereses profesionales incluyen la psicoterapia individual y de grupo de distintos tipos de pacientes psicóticos con antecedentes penales. Es coautora de varios artículos profesionales.

Branka Restek-Petrović, MD, Ph.D., es psiquiatra y analista de grupo. Es jefa de la unidad de psicoterapia de un hospital de día y codirectora del hospital psiquiátrico Sveti Ivan de Zagreb, Croacia. Sus intereses profesionales incluyen la psicoterapia de grupo intrahospitalaria y ambulatoria para pacientes psicóticos y limítrofes y la intervención temprana en las psicosis. Como jefa de psicoterapia y formadora en análisis de grupo, organiza el grupo psicodinámico para la formación psicoterapéutica del personal de enfermería, y también trabaja como supervisora en psicoterapia de grupo.

Es autora de varios artículos profesionales y capítulos de libros.

Olga Runciman es psicóloga y propietaria de la empresa Psycovery. Se ha especializado en el trabajo con personas con sufrimiento intenso. Psycovery es la primera y única consulta privada en Dinamarca que ofrece terapia a personas diagnosticadas de psicosis. También trabaja a tiempo parcial en el equipo de innovación y desarrollo de un instituto psiquiátrico para pacientes crónicos. Es enfermera psiquiátrica titulada, y ha trabajado muchos años en psiquiatría antes de hacerse psicóloga. Aprender sobre la psiquiatría de dentro a fuera le permite tender un puente entre los dos mundos que se encuentran dentro de la psiguiatría: el del paciente psiguiátrico y el del profesional que trabaja en psiquiatría. Está muy inspirada por las muchas formas de comunicación y actualmente está pendiente de realizar durante 3 años la formación en diálogo abierto en Finlandia, para hacerse terapeuta familiar. Es miembro del consejo de administración de: Red danesa de escucha de voces, Red danesa de rehabilitación psicosocial, Mad in America, International Institute for Psychiatric Drug Withdrawal, Intervoice, International Hearing Voices Network y Death in Psychiatry.

Slađana Štrkalj Ivezić, MD, Ph.D., es psiquiatra, subespecialista en psiquiatría social y psicoterapia, analista de grupo y psicoterapeuta familiar, matrimonial y de pareja con orientación psicodinámica. Es jefa del departamento de psiquiatría social del hospital psiquiátrico Vrap e de Zagreb, Croacia; presidenta de la Sociedad croata de psiguiatría clínica v tratamiento psicosocial de las psicosis; representante croata del consejo de psiquiatría de la Unión Europea de Especialistas Médicos; y presidenta de la Asociación para la promoción de la organización de usuarios de salud mental de Svitanje. También es coorganizadora y codirectora científica de la Escuela de psicoterapia de las psicosis del Centro Interuniversitario de Dubrovnik. Es autora de varios libros, entre ellos: Psychoeducation Between the Information and Psychotherapy (Psicoeducación: entre la información y la psicoterapia) v Recovery from Schizophrenia and Bipolar Disorder: Rehabilitation in psychiatry - psychobiosocial model (Recuperación de la esquizofrenia y el trastorno bipolar: Rehabilitación en psiquiatría - modelo psicobiológico), así como de muchos artículos publicados en revistas internacionales. Sus intereses abarcan proyectos e investigaciones científicas en los diferentes campos de la genética, la psicofarmacoterapia, el estigma, la psicoterapia y la psiquiatría social.

Thomas Styron es psicólogo clínico y profesor asociado de psiquiatría en la Facultad de Medicina de Yale. Desempeña el cargo de director ejecutivo de la Community Services Network of Greater New Haven (Red de servicios comunitarios de Greater New Haven), una colaboración de 18 organizaciones comunitarias sin ánimo de lucro que ofrecen una amplia gama de apoyos comunitarios integrados para pacientes con enfermedades

mentales graves, tales como vivienda, empleo y oportunidades sociales. Su labor investigadora y docente se centra en las mejores prácticas en el área de la asistencia orientada a la recuperación para personas con enfermedades mentales graves. En el Connecticut Mental Health Center, un hospital psiquiátrico público bajo los auspicios del departamento de psiquiatría de Yale, y en el Departamento de salud mental y servicios de adicción de Connecticut, también supervisa el programa de formación en psicología para la división de servicios ambulatorios.

Dani Tost, MS, Ph.D., es catedrática de la Universitat Politécnica de Catalunya, Barcelona, y también directora del Centro de Investigación de Bioingeniería. Su investigación se centra en las aplicaciones médicas de los gráficos generados por ordenador, específicamente juegos serios y gamificaciones para formación, diagnóstico, rehabilitación y evaluación. Ha dirigido varios proyectos de investigación nacionales y europeos, y ha publicado artículos en revistas internacionales.

Lina Tost, MB, doctora en Medicina y Cirugía (Universidad de Barcelona, 1983), se especializó en psiquiatría y medicina psicosomática. Ha trabajado en el Hospital Psiquiátrico de Tenerife y, como psiquiatra de enlace, en el Hospital de la Candelaria de Tenerife. Como directora de un centro de salud mental, organiza diferentes terapias para pacientes con esquizofrenia. Ha publicado varios artículos sobre psiquiatría. Recientemente ha sido coautora de un informe de evaluación de tecnologías sanitarias del Sistema Nacional de Salud español sobre psicoterapia de grupo para personas con esquizofrenia.

Ivan Urlić, MD, Ph.D., es neuropsiquiatra, psicoterapeuta psicoanalítico y analista de grupo. Es catedrático de psiquiatría y medicina psicológica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Split, Croacia. Es miembro fundador de IGA Zagreb (Croacia) e IGA Bolonia (Italia), donde es analista de formación y supervisor. En 2004 ocupó la cátedra Foulkes. Fue Presidente de la European Group Analytic Training Institutions Network (EGATIN) y miembro de la junta directiva de GASi, IGAP e ISPS International, y organizó el 17º Congreso internacional de la ISPS sobre métodos psicológicos en las psicosis, celebrado en Dubrovnik, Croacia, en 2011. Como cofundador de ISPS Croacia, es también su vicepresidente y coorganizador de la Escuela de psicoterapia en psicosis, que se celebra anualmente en Dubrovnik. Es fundador del Centro Regional de Psicotrauma de Split, y organizó la primera formación en TEPT de la OMS en Croacia. Es autor de numerosos artículos e imparte clases en croata y, a nivel internacional, en inglés, italiano y francés.

Truus van den Brink es psiquiatra comunitario, colaborador de Margreet de Pater, que desarrolló la Guía familiar transmural en Altrecht. Juntos han presentado varios talleres en congresos nacionales e internacionales sobre el

trabajo con las familias y la formación de los trabajadores de salud mental en los Países Bajos para que trabajen con los pacientes y sus familias.

Editha Vučić, MD, es una psiquiatra cuyo interés profesional abarca la psicoterapia de grupo para los pacientes hospitalizados y ambulatorios con psicosis y otros pacientes con trastornos graves, y para los pacientes forenses.

Richard Youins es una persona que lleva cinco años y medio sin consumir drogas y se encuentra en recuperación de su trastorno bipolar. Con el apoyo y el amor de su familia y su compañeros de trabajo ha sido capaz de alcanzar las ocho dimensiones del bienestar. Es cofacilitador de un grupo domiciliario mientras continúa trabajando en sí mismo y buscando maneras de hacer posible lo que parecía imposible, en tareas como retribuir a aquellos que le ayudaron y aceptar la amabilidad y la generosidad de una comunidad cálida y solidaria.

Tija Žarković Palijan, MD, es psiquiatra del hospital psiquiátrico Dr. Ivan Barbot de Popovača, Croacia, donde ha sido jefa del departamento de alcoholismo desde 1985, jefa del departamento de psiquiatría forense desde 1994, y coordinadora del Instituto de Psiquiatría Forense. Su tesis doctoral se tituló «Rasgos de personalidad de alcohólicos delincuentes y no delincuentes», y también es coautora de los volúmenes 1, 2 y 3 de *Forensic Psychiatry* (Psiquiatría Forense; 2007, 2009 y 2011). Además de participar en congresos con presentaciones de psiquiatría general, especial y forense en Croacia y en el extranjero, está titulada en psicoterapia y otros diversos métodos alternativos de tratamiento psiquiátrico.

Prólogo de Brian Martindale

«Juntémonos»

(Chet Powers, 1960)

¿Me he vuelto loca? Me temo que sí, pero déjame decirte algo, la mejor gente suele serlo.

(Alicia en el país de las maravillas, dirigida por Tim Burton, 2010)

Un ingrediente crucial de un grupo terapéutico es el hallazgo de la esperanza, especialmente la esperanza de que uno puede ser aceptado por otros seres humanos. Este libro, que se centra en los grupos para los pacientes que han experimentado una psicosis, inspirará esperanza a cualquier lector de mente abierta, independientemente de sus conocimientos o su experiencia en los grupos terapéuticos. Las personas que estén desilusionadas con los servicios de salud mental contemporáneos encontrarán una maravillosa variedad de aplicaciones para las terapias de grupo en muchas situaciones diferentes con grupos de pacientes o clientes que son vulnerables a las experiencias «psicóticas». Los lectores que trabajan dentro de los servicios contemporáneos se verán estimulados por el abanico de posibilidades que permiten desarrollar las terapias de grupo en estos contextos. Los profesionales que sienten que los obstáculos y las resistencias de sus sistemas de salud mental reglamentados son demasiado grandes también se verán inspirados por los relatos de grupos que trabajan fuera de esos sistemas, como los del movimiento de escucha de voces y proyectos específicos de grupos centrados en pacientes con enfermedad mental.

Me impresionó que los editores decidieran «conversar» justo al principio con aquellas personas que podrían verse a sí mismas como un «dubitativo santo Tomás» en relación con las terapias de grupo. Esto refleja el tono respetuoso general del libro, que no pretende retratar las terapias de grupo como una especie de panacea para todos, sino como una forma determinada de organizar diversos entornos de grupo para que muchas personas (que padecen una psicosis) tengan más posibilidades de llevar una vida más significativa, especialmente en los apegos y las relaciones que pueden ser capaces de entablar con otros seres humanos. Sin embargo, el libro no ignora por qué los grupos pueden tener menos éxito o incluso ser tóxicos para algunos pacientes. Aborda cómo se pueden prever estas posibilidades mediante una selección cuidadosa del

grupo, o cómo se las puede prestar atención dentro de un grupo cuando la negatividad amenaza con salir a la superficie de una manera que podría ser destructiva para el grupo o para los miembros individuales.

Cuando examine la evolución histórica de las terapias de grupo para las personas que padecen una psicosis, el lector obtendrá una excelente perspectiva contemporánea (tal vez incluso sobre su propio servicio de salud mental). Digerir esta información ayudará a reconocer la importancia de que las terapias de grupo se lleven a cabo dentro de un contexto organizativo favorable y con el trabajo relacional necesario para lograr dicho entorno. ¡En este libro no hay lugar para líderes o métodos mesiánicos para el trabajo en grupo!

Este libro también es digno de elogio porque acoge los métodos de grupo desde diversas perspectivas teóricas; sin embargo, rara vez domina la teoría. Esto no quiere decir que el lector no acabará su lectura sin haber interiorizado muchos de los factores comunes que son específicos de las terapias de *grupo* eficaces de cualquier orientación. Paradójicamente, a menudo se les llama (de una manera lamentablemente degradante) factores inespecíficos, entre los que hay factores tan vitales como la universalidad, la instilación de la esperanza y el altruismo. Se deben distinguir estos factores de los factores específicos adicionales de un método de grupo concreto, como el énfasis en las voces, el uso de los medios de las terapias artísticas o la terapia de grupo orientada a la introspección relacional.

En cualquier terapia, la cuestión de que una persona revele sus problemas personales cruciales es a la vez fundamental y compleja. En lo que respecta a la psicosis y al contexto de grupo, los factores pueden parecer exponencialmente más complejos y desalentadores, por lo que la mayoría de las personas, si se les pregunta, preferiría la terapia individual. Este libro pone estas ansiedades en perspectiva cuando describe la realidad subjetiva, que para la persona se convierte en objetiva, y su desarrollo en el contexto de las múltiples subjetividades y objetividades del grupo. Esto subraya la necesidad de que los facilitadores del grupo se basen plenamente en los conocimientos y las habilidades del grupo, a fin de evitar la realización de un trabajo individual en un contexto de grupo.

Los autores, procedentes de varios países diferentes, han tenido un éxito evidente en la prestación de la terapia de grupo en sus entornos; los lectores pueden tener que contener su envidia si su entorno tiene muchas limitaciones para la prestación de terapias de grupo. Sin embargo, debemos esperar que en las próximas décadas haya una disponibilidad cada vez mayor de terapias de grupo, que constituyen un entorno muy relevante para las dificultades que encuentran las personas que desean vivir una vida socialmente integrada. El dominio en el pasado de la explicación neurobiológica está comenzando a reducirse, y la reintegración de los

factores psicosociales y de las historias personales permite albergar la esperanza de que el mundo se acabe volviendo más «redondo».

Quiero terminar con una cita del libro que me llevó a seleccionar la letra de Chet Powers y las palabras de *Alicia en el país de las maravillas* al principio de mi prólogo:

Nada ha demostrado ser una respuesta tan potente al estigma y la discriminación como el hecho de que se le haya presentado un ejemplo vivo y palpitante de una persona que ha roto los estereotipos negativos asociados a tener una enfermedad mental o una adicción. Por su misma presencia en el grupo, los facilitadores de grupo ya retan a los miembros a que imaginen y lleguen a creer en la posibilidad de tener una vida mejor o más plena.

Hay que felicitar a los editores por haber reunido a tantos autores expertos del hemisferio occidental. Espero que el libro se convierta en una lectura obligatoria y sea tema de discusión para todas las personas que se forman en el campo de la salud mental. También debería ser de interés para quienes tienen la responsabilidad de desarrollar servicios de salud mental y para quienes prestan servicios alternativos en la comunidad.

Brian Martindale Ex presidente de la ISPS

Prólogo de Brian Koehler

Si quieres ir rápido, ve solo. Si quieres llegar lejos, ve acompañado. (Proverbio africano)

A lo largo de los siglos los seres humanos han sobrevivido y prosperado al unirse en grupos para realizar tareas necesarias o gratificantes para vivir. Como señalan Cacioppo y Patrick (2008), sentirnos aislados puede socavar nuestra capacidad de confiar en los demás y de pensar con claridad: de hecho, la evolución nos ha formado para sentirnos bien y seguros cuando estamos conectados con los demás. Ser excluido del grupo o de la comunidad puede ser muy perjudicial para las personas; un ejemplo es el fenómeno de la muerte somática o psíquica a través de la exclusión y el aislamiento social. La soledad tiene un elevado coste psicobiológico e inmunitario. Las relaciones sociales, potencialmente impregnadas de ansiedad intensa y miedo al abandono, pueden favorecer el crecimiento, ser reparadoras e incluso salvar vidas.

En este libro, Ivan Urlić y Manuel González de Chávez presentan al lector algunas de las razones de la eficacia de la terapia de grupo para las personas que experimentan estados de psicosis (v. pág. xxviii):

universalidad (descubrir que no eres la única persona con el problema), esperanza (ver que el cambio y la mejora son posibles en otros miembros) y aceptación por los demás (a pesar del problema).

La universalidad podría ayudar a disminuir los sentimientos de vergüenza, aislamiento social y exclusión, así como la estigmatización que pueden experimentar estas personas. La neurología se aplica a la esperanza y la desesperanza, como lo demuestra una sólida literatura de investigación. Se ha demostrado que la esperanza es necesaria para la recuperación. La aceptación por parte de otras personas también ayuda a contrarrestar la soledad, el aislamiento y la baja autoestima que estas personas pueden haber experimentado en sus vidas. Urlić y González de Chávez también presentan, en el Prefacio, los posibles efectos negativos que puede acarrear la introducción en la terapia de grupo de una persona que manifiesta una profunda desconfianza hacia los demás, se siente abrumada y está luchando con sus defensas contra las ansiedades psicóticas (Bion, 1961).

La organización de este volumen, tan necesario y erudito, consta de dos partes. La primera abarca una visión general de la historia, la investigación, los factores terapéuticos y los factores implicados en la creación de grupos de terapia para las personas que luchan con los estados y las experiencias psicóticas. La segunda parte está compuesta por una amplia gama de métodos

clínicamente relevantes para la terapia de grupo con personas que se enfrentan a la experiencia vivida de la psicosis. Los métodos incluyen psicoanálisis y terapia psicodinámica, psicoeducación, grupos en comunidades terapéuticas, grupos en servicios de intervención temprana, TCC, grupos multifamiliares, grupos dirigidos por iguales, grupos basados en el movimiento de escucha de voces y grupos que utilizan terapias artísticas creativas.

Hace casi 20 años trabajé como terapeuta de grupo con personas que habían vivido durante muchos años la experiencia de la psicosis. A diario facilitaba o cofacilitaba terapias de grupo en entornos intrahospitalarios y ambulatorios, incluyendo grupos con reuniones diarias a largo plazo dentro de un hospital psiquiátrico estatal. Uno de los principios de las comunidades terapéuticas, «pacientes que ayudan a pacientes», fue muy evidente y también inspirador. El grado en que los miembros del grupo tuvieron una elevada capacidad de percepción y ayudaron mucho a sus iguales fue impresionante, como poco. Me recuerda las observaciones realizadas por Pfaff (2015), que desde una perspectiva neurobiológica estamos predispuestos a comportarnos de forma altruista con los demás. Durante estos años he observado la validez de los múltiples factores que, a juicio de los editores y autores de este libro, subyacen a la acción terapéutica: altruismo, universalidad, cohesión, aceptación, aprendizaje interpersonal pasivo vicario y activo, comprensión e introspección, psicoeducación, catarsis, movilización de la esperanza, revelación de uno mismo y verificación de la realidad, entre otros.

Experimenté un cambio definitivo como consecuencia de estas intensivas experiencias de terapia de grupo, junto con mi trabajo como psicoterapeuta individual en estos entornos, según las líneas articuladas por el gran psiquiatra interpersonal Harry Stack Sullivan (2013, pág. 18), que comentó:

En términos más generales, todos somos mucho más simplemente humanos que otra cosa, independientemente de que seamos felices y tengamos éxito, de que estemos satisfechos y desapegados, de que nos sintamos desgraciados y tengamos un trastorno mental, sean cuales sean nuestras circunstancias.

Cada grupo era único en lo que a sus miembros se refiere, pero surgieron temas similares: preocupaciones sobre la autoestima, las relaciones, los problemas existenciales, el trauma, la autonomía y los problemas de control. Leí muchos trabajos sobre psicoterapia de grupo y terapia ambiental con personas que vivían con la experiencia de la psicosis porque en ese momento las personas ingresadas en un hospital psiquiátrico estatal tenían ingresos más prolongados, para bien o para mal. Este libro satisface la necesidad que tenemos quienes valoramos la variedad y la profundidad de las psicoterapias de grupo para las personas que padecen estados psicóticos.

Yo, igual que los muchos autores que están representados en este libro, encontramos el trabajo de Irving Yalom particularmente útil para la terapia de grupo en los entornos intrahospitalario y ambulatorio. En su reciente autobiografía, Yalom (2017, pág. 202) señaló:

Comencé acudiendo a reuniones de grupo en las plantas de hospitalización de los principales hospitales psiquiátricos de todo el país. Encontré confusión en todas partes: ni siquiera los hospitales académicos más conocidos tenían un programa de grupo efectivo en sus plantas de hospitalización [...] Nadie parecía estar beneficiándose mucho de estos grupos, y la tasa de abandono era elevada. Se necesitaba una estrategia completamente diferente [...] Renuncié por completo a la idea de continuidad de una reunión a otra y desarrollé un nuevo paradigma: la vida del grupo sería una sola sesión [...]

Yalom desarrolló un método de psicoterapia de grupo para pacientes hospitalizados y ambulatorios que le pedía a cada persona que trabajara en un tema interpersonal en una sesión del grupo. Al terminar la reunión, un grupo de observadores que habían utilizado un espejo unidireccional entró en la sala y, durante 10 minutos, discutieron abiertamente la reunión mientras los «pacientes» observaban desde un círculo externo. En los últimos 10 minutos de la sesión los miembros del grupo respondieron a la discusión que habían mantenido los observadores sobre la sesión del grupo de pacientes. Yalom creía que los resultados de este método eran mejores que cuando los miembros se centraban en el motivo por el que estaban hospitalizados. Curiosamente, Yalom describió una encuesta en la que los «pacientes» calificaron los últimos 20 minutos como la experiencia más valiosa del grupo. Esto me parece en cierto modo similar a algunos procesos que tienen lugar en el diálogo abierto, en el que tanto las personas de la red social como los «terapeutas» hablan abiertamente unos con otros de sus pensamientos.

Este libro es un festín de Babette¹ para quienes desean saborear la profundidad y la amplitud de los métodos de la psicoterapia de grupo con personas que padecen estados psicóticos generadores de sufrimiento.

Brian Koehler New York University y Teachers College, Universidad de Columbia

¹ El festín de Babette es un relato de Isak Dinesen (seudónimo de Karen Blixen) del que se ha realizado una película (1987). El festín al que alude el título es un banquete que Babette, joven francesa acogida por las dos hijas de un pastor protestante danés, ofrece a sus anfitrionas como muestra de agradecimiento. (N. del T.)

Bibliografía

Bion, W.R. (1961) *Experiences in Groups*. London: Tavistock Publications.

Cacioppo, J.T. and Patrick, W. (2008) *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. New York: Norton & Company.

Pfaff, D.W. (2015) *The Altruistic Brain: How we are naturally good.* Oxford: Oxford University Press.

Sullivan, H.S. (2013) *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. London: Tavistock Publications.

Yalom, I.D. (2017) *Becoming Myself: A psychiatrist's memoir*. New York: Basic Books.

Prefacio

Este libro está dirigido a cualquier persona interesada en cómo los grupos pueden ayudar a alguien que sufre de los efectos generadores de sufrimiento o incapacitantes de la psicosis. Esto incluye a profesionales que ya realizan este trabajo (analistas de grupo, profesionales de TCC, terapeutas familiares, etc.), profesionales interesados en el trabajo de grupo pero que aún no han empezado a utilizarlo, personas que están participando como miembros de un grupo o que están pensando en hacerlo, y familiares y amigos preocupados por una persona con psicosis. Por lo tanto, nuestro objetivo ha sido producir un libro que sea a la vez interesante y accesible para todos estos lectores. Inevitablemente, no llegaremos a alcanzar este ideal, pero hemos tratado de acercarnos a él abarcando en un solo libro la más amplia variedad posible de métodos de grupo en las psicosis, y pidiendo a nuestros colaboradores que utilicen un lenguaje que, en la medida de lo posible, no sea técnico y no suponga un conocimiento previo de su teoría o sus métodos terapéuticos particulares.

Sin embargo, el lector notará que varios capítulos están escritos desde un punto de vista psicodinámico o analítico de grupo. Esto se debe a dos razones. En primer lugar, este es el marco teórico común de los coeditores, por lo que, naturalmente, tenemos interés en presentar estos métodos. En segundo lugar, desde una perspectiva histórica, el interés del psicoanálisis en el tratamiento de las psicosis precedió a otros métodos de terapia durante varias décadas del siglo XX (como se ha visto en los orígenes de la ISPS), y en muchos países el punto de vista psicodinámico de las psicosis sigue predominando frente a otras perspectivas psicológicas más recientes. Al invitar a colaboradores de una serie de países donde se ofrece terapia en grupos terapéuticos a las personas con psicosis, estamos reflejando la variedad actual de las prácticas en esos países.

Quienes tienen poca o ninguna experiencia en el trabajo con grupos terapéuticos pueden plantearse ciertas preguntas que deben responderse antes de llegar a valorar las ventajas relativas de los diferentes métodos. Se pueden plantear preguntas como: ¿Estar en un grupo con otras personas con problemas no empeorará la situación de un individuo? ¿No se sentirá alguien con paranoia más amenazado por estar en un grupo? ¿No se perturbará más alguien con una comprensión inestable de la realidad en un grupo que profundiza en sus motivos inconscientes? Intentaremos dar aquí una breve respuesta a estas preocupaciones tan frecuentes, aunque en los capítulos que siguen se puede encontrar una discusión más completa.

¿Estar en un grupo con otras personas con problemas similares empeora los problemas de un individuo? La respuesta corta es no. Hay muchos datos que indican que la terapia de grupo es eficaz (Blackmore, et al., 2012). Una respuesta más matizada es que los factores terapéuticos importantes en los grupos incluyen *universalidad* (descubrir que no eres la única persona con el problema), *esperanza* (ver que el cambio y la mejora son posibles en otros miembros) y *aceptación* por los demás (a pesar del problema). Por supuesto, estar en un grupo también puede ser una experiencia negativa. Los pacientes pueden sentirse intimidados o rechazados por los grupos. Un terapeuta de grupo o facilitador hábil y sensible debe poner en juego los factores terapéuticos, y debe cortar de raíz los factores negativos. Este libro ofrece una visión general de muchos modelos de trabajo en grupo, no un manual de formación, y se recomienda encarecidamente a cualquiera que se proponga utilizar los grupos en su trabajo terapéutico que se asegure de que está bien formado y supervisado dentro del modelo que elija.

¿No se sentirá alguien con paranoia más amenazado por estar en un grupo? La respuesta probablemente sea sí, y las ideas paranoides intensas serían una contraindicación a la terapia de grupo. La terapia de grupo no es una panacea, y, aunque hay razones positivas para ofrecerla, como los factores terapéuticos mencionados anteriormente, también hay razones para no ofrecerla, cuando es probable que las reacciones negativas impidan que se produzcan sus posibles efectos beneficiosos.

¿No se perturbará más alguien con una comprensión inestable de la realidad en un grupo que profundiza en los motivos inconscientes de los miembros? La respuesta aquí es más compleja. Como regla general se debería decir que depende de la fase de la psicosis del miembro (Fuller, 2013). El terapeuta o facilitador debe evitar explorar los temores o deseos subyacentes de un miembro durante la fase inicial o de crisis, cuando el individuo está preocupado por su supervivencia frente a experiencias abrumadoras. Cuando el individuo está más asentado, la exploración del significado subyacente de sus experiencias puede tener mucho valor para reducir el riesgo de episodios psicóticos posteriores, y el valor del grupo se debe a la oportunidad que brinda a los miembros de aprender unos de otros, apoyarse unos a otros y contribuir al aprendizaje de los demás. Más allá de esta regla empírica, existen técnicas, como el diálogo abierto (que no se presenta en este libro), que exploran los conflictos familiares subyacentes en la primera oportunidad posible, antes de que se hayan fijado las posiciones. Tal vez la pauta más sencilla es que, independientemente de las técnicas de grupo que se utilicen, la tarea del terapeuta es mantener la ansiedad de los miembros en un nivel tolerable.

El libro está dividido en dos partes. La primera parte comprende cuatro capítulos que exploran aspectos generales del trabajo de grupo en los pacientes con psicosis y que abarcan: historia, evaluación, metodologías de investigación, factores terapéuticos de grupo y cómo se crean y establecen los grupos. La segunda parte consta de dieciséis capítulos que presentan al

lector una amplia variedad de métodos de grupo diferentes. El creciente ámbito de aplicación del trabajo de grupo en las psicosis se refleja en la diversidad de métodos que se presentan en esta sección. Como se ha mencionado antes, existe una fuerte presencia de los métodos psicodinámicos y analíticos de grupo, lo que refleja su importancia no solo en el desarrollo de las terapias de grupo para la psicosis, sino también en los servicios de salud mental en varios países miembros de la ISPS. Hay capítulos sobre grupos de psicoeducación, grupos en un servicio de intervención temprana, grupos cognitivos-conductuales, grupos multifamiliares, grupos de apoyo por iguales y grupos de escucha de voces, y grupos de terapias artísticas. Los entornos para estos grupos incluyen la comunidad, consultas ambulatorias, plantas hospitalarias y un servicio forense.

Creemos que la variedad de métodos, modelos y escenarios presentados en este libro reflejan el vigor y la creatividad de este campo en continuo crecimiento, y esperamos que interese, informe e incluso inspire a los lectores.

Ivan Urlić y Manuel González de Chávez

Bibliografía

Blackmore, C., Tantum, D., Parry, G. and Chambers, E. (2012) Report on a systematic review of the efficacy and clinical effectiveness of group analysis and analytic/dynamic group psychotherapy. *Group Analysis*, 45(1), 46-69. Fuller, P.R. (2013) *Surviving, Existing, or Living*. London: Routledge.

Agradecimientos

Como autores y editores, estamos agradecidos al Dr. Brian Martindale, ex presidente de la ISPS, quien, durante el 17º Congreso Internacional sobre Tratamientos Psicológicos de las Esquizofrenias y otras Psicosis en Dubrovnik, Croacia, 2011, propuso la idea de un libro sobre la terapia de grupo en el tratamiento de las personas que padecen una psicosis.

Estamos muy agradecidos a todos nuestros pacientes de psicoterapia de grupo, que nos permitieron entender mejor sus experiencias psicóticas y las formas en que podríamos ayudarles en sus crisis.

Queremos expresar nuestro reconocimiento a todos nuestros compañeros y a los miembros de los equipos terapéuticos por su compasión, paciencia y dedicación al acercarse y trabajar con pacientes que padecen trastornos psicóticos y con sus familiares. A cambio nos otorgaron su plena confianza, su respeto y sus sentimientos más profundos, y sus percepciones específicas.

Nuestro reconocimiento a los colaboradores de este libro. Se les ha elegido como profesionales destacados que aportan su experiencia y sus publicaciones para fomentar el conocimiento y la práctica de la utilización de entornos de grupo en el marco del tratamiento integral de las personas con psicosis.

Apreciamos enormemente la capacidad de colaboración y la afabilidad de la compañía editorial y de su equipo por su gran profesionalidad en la organización del proceso de publicación de este libro. Nuestro agradecimiento también a la Sra. Antoslava Vukas, que ha realizado el trabajo técnico de este libro durante varios años.

Por último, pero no por ello menos importante, estamos especialmente agradecidos a nuestras familias por su paciencia y apoyo a lo largo de los años de nuestro trabajo profesional y durante la creación de este libro.

Ivan Urlić y Manuel González de Chávez

Visión general de las psicoterapias de grupo en personas que padecen psicosis

CAPÍTULO UNO

Historia de la psicoterapia de grupo en la psicosis

Manuel González de Chávez

«Los grupos son potencialmente lugares peligrosos y por tanto inadecuados para propósitos terapéuticos»

Carta de Freud a Trigant Burrow. (Pertegato y Pertegato, 2013, xxxiii)

«Primero usted se ganará a los sociólogos, luego a los psicólogos sociales, después a los médicos generales, entonces a la población en general, pero usted nunca vivirá para ver el día cuando los psiquiatras acepten la psicoterapia de grupo»

William Alanson White a Jacob L. Moreno (Moreno, 1989)

Los comienzos de la psicoterapia de grupo no fueron fáciles, ni exentos de muchas resistencias, como demuestra la actitud de Freud y la observación de Willian Alanson White sobre los psiquiatras de su tiempo.

Con la excepción de algunas experiencias grupales y teatroterapéuticas, en el siglo XIX, en algunos asilos psiquiátricos como los de Glasgow (Hunter y Macalpine, 1963), Kiev o San Petersburgo (Blatner, 2000), fue durante las primeras décadas del siglo XX cuando se empezó a desarrollar el interés social por el conocimiento de los grupos, su dinámica y su posible funcionalidad (Strodtbeck and Hare, 1954).

4 TERAPIA DE GRUPO EN LAS PSICOSIS

La historia de la psicoterapia de grupo en las psicosis está vinculada, pues, a la de la investigación sociológica y psicosocial de los grupos, además de a la historia de la terapia de grupos en general y a la historia más amplia de la psicoterapia de las psicosis. En la historia de la psicoterapia de grupo en las psicosis podemos podríamos diferenciar tras etapas: 1) Una primeras de **iniciación** de estas terapias, que correspondería a la primera mitad del siglo XX; 2) Una segunda etapa de **expansión** de las terapias grupales en las psicosis, que tiene lugar desde la década de los 50 a la de los 90 del siglo XX; 3) y una última etapa de **consolidación** de estas terapias durante los últimos 30 años.

Iniciación

En las primeras décadas del siglo XX los grupos que empezaron a hacerse en ambiente hospitalario con pacientes psicóticos eran didácticos, con conferencias, casos ilustrativos et al. procedimientos pedagógicos, o de actividades recreativas, lúdicas o sociales, que fomentaban la interacción de los pacientes. La primera publicación sobre el tratamiento grupal de la demencia precoz de Edward W. Lazell (1921) relata la experiencia que tiene lugar en uno de los hospitales americanos más avanzados de entonces, el Saint Elizabeth's Hospital de Washington, que dirigía Willian Allanson White. Allí ya se había iniciado la psicoterapia individual de las psicosis con Edward J. Kempf, pionero y precursor de Harry S. Sullivan, que trabajó en el mismo centro años después. Lazell ya había hecho intervenciones terapéuticas individuales didácticas al estilo de Kempf y le propuso a W. A. White organizar algunas salas con pacientes seleccionados para añadir el «método grupal» a las actividades terapéuticas, con lo que tuvo «resultados gratificantes». Eran conferencias, lecturas o casos, con discusión grupal posterior a las mismas. En esa época, la homosexualidad estaba en el origen de la demencia precox, incluso distinguían una homosexualidad agresiva de los hebefrénicos y una sumisa de los paranoides. El método grupal posibilitaba que los pacientes hablasen de sus vidas y canalizasen su sexualidad hacia objetivos heterosexuales. Lazell fue además durante toda la primera mitad del siglo XX un entusiasta promotor de las psicoterapias de grupos didácticas en importantes problemas y dificultades (Lazell, 1945).

Mas tarde, en la tercera década del siglo XX, empezaron en Estados Unidos las terapias de grupo con enfoques y conceptos psicoanalíticos (Kaplan and Sadock, 1972), aunque Alfred Adler en Europa, años antes, había iniciado experiencias grupales. Desde esta perspectiva, en los centros americanos más avanzados se hicieron terapias de grupo con pacientes psicóticos (Abrahan y Varon, 1953; Frank, 1952; Standisdh et al., 1953).

Los pioneros de las terapias de grupo con pacientes esquizofrénicos tenían todas las incertidumbres y desconocimientos de estos trastornos, junto con las de nuevo contexto de las terapias grupales. Muchos eran jóvenes entusiastas sin experiencia, ni referencias bibliográficas, que no sabían bien como actuar con estos pacientes reunidos en un grupo. Se preguntaban por los objetivos y prioridades de la terapia de grupo. ¿La socialización de los pacientes?, ¿sacarlos del aislamiento?, ¿ayudarles a verbalizar sus experiencias?. Por el tamaño de los grupos, ¿toda la sala?, ¿grupos pequeños, homogéneos, mixtos?, ¿agudos, crónicos?. Se planteaban cómo influía la institución en los grupos y los grupos en la institución. Y obviamente, también sobre su propio papel como terapeutas: ¿enseñar, movilizar, escuchar?, ¿pasivo o directivo?, ¿dejar hablar a los pacientes libremente?, ¿dar prioridad a cada paciente o al funcionamiento global del grupo?. Se interesaban en conseguir que los pacientes se escuchasen unos a otros. ¿Había que hablar en el grupo sólo de los «aspectos sanos» de cada uno o incluir también las experiencias psicóticas?, ¿sólo del «aquí» y «ahora" o también del «allí» y «entonces»? Les preocupaba como manejar la agresividad o la pasividad de los pacientes, la hiperactividad y verborrea de unos y los silencios y el autismo de otros, cómo afrontar en el grupo el miedo, la desconfianza, la desesperanza y las ideas de suicidio, y qué hacer con la verbalización de las experiencias psicóticas, ¿minimizarlas, ignorarlas, escucharlas, interpretarlas?, ¿intentar entenderlas?.

A mediados del siglo XX, se habían llevando a cabo muchas iniciativas grupales con pacientes psicóticos: grupos didácticos y psicoeducativos, psicodramas, grupos con guiñoles, musicoterapia, danzaterapia, grupos de actividades recreativas y rehabilitadoras, grupos psicoanalíticos, interpersonales o psicosociales, grupos hospitalarios y ambulatorios, para pacientes agudos o crónicos, grupos familiares, grupos homogéneos o grupos mixtos con pacientes neuróticos. Ya se hicieron las primeras observaciones de dinámicas y procesos grupales con estos pacientes, resultados y evaluaciones a corto plazo, y algunos de terapias combinadas y estudios comparativos de terapias grupo e individuales, o de pacientes tratados con o sin terapia de grupo (v. Meiers, 1945; Stotsky and Zolik, 1965).

El estudio de los grupos, desde la sociología o la psicología social, avanzaba también desde la toma de decisiones o la influencia interpersonal de los comienzos a interesarse en otros temas como la estructura y el clima de los grupos (Lewin, 1947). Pero es un número extra de *Sociometry* (titulado «*Psicoterapia de Grupo. Un Symposium*», 1945), la revista fundada por J. L. Moreno, el que nos ofrece la mejor visión de conjunto del estado de las terapias de grupo a mediados del siglo XX. Un número que incluye además una serie de artículos de psiquiatras militares americanos e

ingleses, y nos da algunas de las claves de la expansión posterior de las dinámicas grupales, cuando fueron aceptadas e incorporadas con entusiasmo por esos ejércitos democráticos. Fue la psiquiatría militar de esos países – antes, durante y después de la II Guerra Mundial – la que dio un impulso decisivo a las prácticas y terapias grupales. En Inglaterra, por ejemplo, sin el hospital militar de Northfield, donde coincidieron en la práctica grupal Rickman, Foulkes, Bion, Maxwel Jones, Joshua Bierer y muchos más, sería imposible entender el desarrollo posterior de las comunidades terapéuticas, la psiquiatría social o el análisis grupal (Harrison, 2000).

Expansión

Las publicaciones sobre terapia de grupo en general y aplicada a pacientes psicóticos en particular, se multiplicaron exponencialmente a partir de la Segunda Guerra Mundial (Corsini and Putzey, 1957) y lo siguieron haciendo en décadas posteriores. A finales de los 80 había más de cinco mil artículos sobre psicoterapia de grupo en las psicosis publicados sólo en la lengua inglesa (Lubin and Lubin, 1987) y es de suponer que otros tantos más en otras lenguas. Dos revistas dedicadas a las terapias de grupo – *International Journal of Group Psychotherapy y Group Analysis* – se han destacado en recoger artículos dedicados a la psicoterapia de grupo en las psicosis.

La segunda mitad del siglo XX fue enormemente fructífera para las terapias de grupo en general y también para las específicamente dedicadas a pacientes psicóticos. Los contextos terapéuticos se diversificaron, más allá del ámbito hospitalario, con la nueva organización asistencial propugnada por la psiquiatría comunitaria, con grupos dedicados a la rehabilitación en sus diversas facetas, realizados en centros y hospitales de día o en comunidades terapéuticas, y los grupos ambulatorios en los centros de salud mental, que asumían ahora el nuevo papel decisivo en la asistencia.

Se desarrollaron ampliamente muchas prácticas de terapia grupal con pacientes psicóticos: psicoeducativas, psicodinámicas, interpersonales, de apoyo, de insight, de habilidades sociales y resolución de problemas, et al. modelos diversos a los que se incorporaron, en años posteriores, las terapias grupales cognitivo-conductuales. Se publicaron los primeros manuales de psicoterapia de grupo – por Klapman, (1946); Corsini, (1957); Johnson, (1963) – y algunos con capítulos dedicados a las psicosis (Johnson, 1963), lo que ya será habitual en los grandes manuales de psicoterapia de grupo del siglo XX, como el de Kaplan y Sadock (1971). También se publicaron los primeros libros sobre psicoterapia de grupo en pacientes internados

(Yalom, 1983; Rice and Rutan, 1987) y en niños con problemas psicóticos (Speers and Lansing, 1965). Las terapias familiares, que se expandieron en esas décadas, también tuvieron su equivalente grupal con las terapias multifamiliares. Y desde luego, proliferaron las investigaciones de las terapias de grupo en pacientes con diversos diagnósticos, y también en la esquizofrenia, evaluando resultados en pacientes internados o ambulatorios, comparándolos con otras alternativas terapéuticas o en terapias combinadas con otras intervenciones psicosociales (Parloff and Dies, 1977; González de Chávez, 2009).

Todas las terapias individuales, familiares, grupales e institucionales con pacientes psicóticos se extendieron en la segunda mitad del siglo XX y con ellas el interés por la formación de los profesionales y por las indicaciones de dichas terapias, sus interacciones, los estudios comparativos, los procedimientos terapéuticos, y por el desarrollo de los programas asistenciales (v. Alanen, Silver and González de Chávez, 2006).

Consolidación

La tercera y última etapa de la historia de las terapias de grupo en las psicosis comienza en las últimas décadas, del pasado siglo y continúa hasta la actualidad. Comienza con la publicación de los primeros libros dedicados totalmente a la psicoterapia de grupo en pacientes psicóticos (Ascher-Svanun and Krase, 1991; Kanas, 1996; Schermer and Pines, 1999; Stone, 1996). Es una etapa de madurez, consolidación, adaptación, integración y reevaluación de estas terapias. Se plantea ya la necesidad de integrar perspectivas y modelos, como ocurre simultáneamente en las psicoterapias en general, y la de adaptarse a la organización de los servicios públicos y a las formas de financiación de la asistencia, a nuevos contextos terapéuticos con pacientes psicóticos, como las comunidades terapéuticas, y a nuevas estrategias como la intervención precoz, o al movimiento de empoderamiento y recuperación de las personas que han vivido experiencias psicóticas que hace de las dinámicas grupales el eje conductor que les lleva a sus objetivos. Estas últimas experiencias grupales (grupos de autoayuda, grupos de apoyo entre iguales, grupos de recuperación, etc.) vienen enriqueciendo las terapias de grupo con pacientes psicóticos. Especialmente, las de las personas que escuchan voces, cuyas redes están ya extendidas en todos los países del mundo.

La etapa actual del desarrollo de las terapias de grupo en general y en la de la terapia de grupo de las psicosis en particular se caracteriza también por un énfasis especial en la evaluación de estas terapias, por la elección de los indicadores de calidad, la metodología de las publicaciones o ensayos, su tratamiento estadístico, sus muestras y grupos de control,

y toda la investigación que se refiera a su eficacia, indicaciones, procesos o mecanismos de cambio y factores terapéuticos específicos. Son claves en el futuro desarrollo, implantación y diferenciación de estas terapias (Furhiman and Burlingame, 1994; Burlingame, Kircher and Taylor, 1994; Manor, 2009; Tost, Hernández and González de Chávez, 2012).

¿Qué hemos aprendido en un siglo de psicoterapia de grupo de las psicosis?

La psicoterapia de grupo en las psicosis tiene un siglo de historia. Se práctica en todo el mundo, en instituciones y organizaciones de todo tipo, en muchos programas asistenciales, con muchas modalidades y enfoques, y en una amplia gama muy heterogénea de personas con experiencias psicóticas, evoluciones biográficas y características distintas. Los artículos en revistas científicas se cuentan ya por decenas de miles y se siguen publicando periódicamente buenos libros monográficos sobre esta práctica terapéutica (Radcliffe et al., 2010; Lecomte, Leclerc and Wilkes, 2016). Pero no debemos perdernos en el bosque infinito de muchas circunstancias y peculiaridades locales de organizaciones, ámbitos, formatos, técnicas, formaciones o estilos de los terapeutas, sino conocer y recordar siempre lo que básicamente nos ha enseñado este siglo de historia de la psicoterapia de grupo en las psicosis.

Podríamos resumirlo así:

- Que las psicoterapias de grupo en pacientes con experiencias psicóticas es conveniente realizarlas por un equipo, en un contexto institucional, atendiendo a las demandas habituales del centro, y formando parte de un programa asistencial más global.
- Que nunca debemos olvidar que la mayor parte de la vida del paciente transcurre fuera del grupo, con otras interacciones, relaciones, objetivos y preocupaciones.
- Que para que el grupo sea terapéutico, debe ser un lugar seguro para el paciente, y no una fuente más de problemas y conflictos.
- Que el proceso terapéutico lleva su tiempo y tiene etapas por ejemplo, contacto, autorrevelación, comprensión, integración, modificación – que no se pueden saltar.
- Que los terapeutas debemos trabajar con la mente abierta a la realidad del grupo, y sin hipótesis previas y cerradas sobre las experiencias psicóticas de sus miembros.
- Que los diferentes abordajes o técnicas grupales deberían adaptarse a las necesidades de los pacientes, porque son menos relevantes que los factores terapéuticos grupales comunes.

- 7. Que la ayuda que proporciona la psicoterapia de grupo no va directamente encaminada a la supresión de las experiencias psicóticas, sino a las dinámicas, pautas relacionales, conflictos, estrategias de afrontamiento o mecanismos de defensa que las desencadenan y las hacen posible.
- 8. Que la ayuda más eficaz de la psicoterapia de grupo en las psicosis debe ser lo más precoz posible. Así el paciente puede desingularizarse desde la primera crisis, cuestionar pronto el carácter subjetivo de sus experiencias psicóticas, aceptar sus trastornos y dificultades, abandonar su autismo defensivo y establecer más rápidamente relaciones terapéuticas.
- 9. Que el grupo de terapia es con frecuencia para el paciente psicótico su único grupo de referencia, que le puede facilitar una visión más objetiva de sí mismo, contrastando y cuestionando las identidades psicóticas y bloqueando el desarrollo de convicciones delirantes o creencias en la veracidad de las experiencias psicóticas vividas.
- 10. Y que el grupo es para el paciente un soporte socializador, motivador y altruista, que le permite conocer mejor de sus progresos de recuperación, le ayuda a luchar contra la depresión, la desmoralización y el estigma, y le facilita poder abordar, analizar y mejorar sus problemas en las relaciones interpersonales y familiares.

Conocer, subrayar, demostrar y divulgar la importancia terapéutica de la dinámica grupal entre los profesionales de la salud mental y en la población en general, inmersa en los valores culturales del individualismo dominante, es un objetivo inmediato para que los pacientes psicóticos tengan acceso a contextos terapéuticos grupales que les permitan salir de su aislamiento, comunicar, compartir e intentar comprender sus experiencias, valorarlas, afrontarlas o superarlas con dignidad, y conseguir o continuar un proyecto de vida posible y realista.

Bibliografia

Abrahan J. & Varon E. (1953) *Maternal Dependency and Schizophrenia*. International University Press. N. York.

Alanen: Y. O., Silver A. L. González de Chávez M. (2006) *Fifty Years of Humanistic Treatment of Psychoses*. ISPS & Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. Madrid.

Ascher-Svanun H. & Krause A. (1991) *Psychoeducational Groups for Patients with Schizophrenia*. Aspen Publication. Maryland.

Blatner A. (2000) Foundations of Psychodrama. History, Theory and

Practice. Springer Pub. Company. N. York.

Burlingame G. M., Kircher J. C. and Taylor S. (1994) «Methodological Considerations in Group Psychotherapy Research: Past, Present and Future Practices» in Fuhriman A. & Burlingame G. M (pp. 41-80) Handbook of Group Psychtherapy. Wiley. N. York.

Corsini RJ (1957) *Methods of Group Psychotherapy*. N. York. McGrawHill. Corsini R. J. & Putzey L. J. (1957) Bibliography of Group Psychotherapy 1906-1956. Psychodrama and Group Psychotherapy Monographs N° 29. Beacon House.

Frank J. (1952). «Group Psychotherapy with chronic hospitalized schizophrenic» in Brody E. B. & Redlich F. C. Psychotherapy with Schizophrenics. International University Press. N. York.

Furhiman A. & Burlingame G. M. (1994). «Group Psychotherapy: Research and Practice» in Fuhriman A. & Burlingame G. M (pp. 3-40) *Handbook of Group Psychotherapy*. Wiley. N. York.

González de Chávez M. (2009). «Group Psychotherapy and Schizophrenia», in Alanen Y. O.; González de Chávez M.; Silver A. L. & Martindale B. (eds) *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychosis*. Past, Present and Future. Routledge. London.

Harrisom T. (2000) Bion, Rickman, Foulkes and the Northfield Experiment. Jessica Kingsley. London.

Hunter. R. & Macalpine I. (1963). «Glasgow Asylum for Lunatics. Fifth Annual Report of Directors 1819. Patients in Groups» (pp. 746-747) en Three Hundred Years of Psychiatry 1535-1860 Oxford University Press. N. York.

Johnson J. A. (1963) *Group Therapy. A Practical Approach.* The Blackiston Division. McGraw Hill. N. York.

Kanas N. (1996) Group Therapy for Schizophrenic Patients. American Psychiatric Press. Washington.

Kaplan H. I. & Sadock B. J. (1971) Comprehensive Group Psychotherapy. 1st ed. Williams and Wilkins. Baltimore.

Kaplan H. I. & Sadock B. J. (1972). The Origins of Group Psychoanalysis. Jason Aronson. N. York.

Klapman J. W. (1946) Group Psychotherapy. Theory and Practice. Washington. Heineman Medical Books.

Lazell E. W. (1921). The Group Treatment of Dementia precox. Psychoanal. Rev. 8. 168-179.

Lazell E. W. (1945) Group psychotherapy. *Sociometry*. vol. 8. n°3/4. 101-107. Lecomte T., Leclerc. C. &Wilkes T (2016). Group CBT for Psychosis. Oxford University Press.

Lewin K. (1947) Frontiers in Group Dynamics: Concept, Method and Reality in Social Science. Equilibrium and Social Change. *Human Relations*. 1.5-41.

Lubin B. Lubin A. W. (1987) Comprehensive Index of Group Psychotherapy Writings. *Monograph 2. American Group Psychotherapy Association*. International University Press. Madison.

Manor O. (Ed.) (2009). *Groupwork Research*. Whiting & Birch. Ltd. London. Meiers J. I. (1945) Origin and development of group psychotherapy. *Sociometry*. vol. 8 N° 3 / 4. 261-296.

Moreno J. L. (1945) Group Psychotherapy: A Symposium. *Sociometry*. vol 8. n° 3 / 4.

Moreno J (Ed.) (1989) The Autobiography of J. L. Moreno M. D. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*. Volume 42. N° 1. Spring. pag. 96.

Parloff. M. and Dies R. (1977). Group Psychotherapy Outcome Research 1966-1975. *International Journal of Group Psychotherapy*. 27. 281-319.

Pertegato E. G & Pertegato G. O (2013) From Psychoanalysis to Group Analysis. The pioneering work of Trigant Burrow. Karnac. Londres.

Radcliffe J., Hajek K., Carson & Manor. O (2010) *Psychological groupwork with acute psychiatric inpatients*. Whiting & Birch. Ltd. London.

Rice C. A. & Scott Rutan J. (1987) *Inpatient Group Psychotherapy*. McMillan. N. York.

Schermer V. L. & Pines. M. (1999) *Group Psychotherapy of the Psychoses*. Jessica Kingsley Publisher. London.

Speers R. W. & Lansing C. (1965) *Group Therapy in Childhood Psychosis*. The University of North Carolina Press.

Standish C. T, Gurri J., Semrad E. V., Day M. (1952) Some difficulties in group psychotherapy with psychotics. *American Journal of Psychiatry*. 107. 283-286.

Stone W. N. (1996) *Group Psychotherapy for People with Chronic Mental illness*. Guilford Press. N. York.

Stotsky B. A. & Zolik E. S. (1965). Group Psychotherapy with psychotics: 1921-1963- A Review. *International Journal of Group Psychotherapy*. 16. 321-344.

Strodtbeck F. L. & Hare P. (1954) Bibliography of Small Group Research (From 1900 through 1953). *Sociometry*. vol. 17. n° 2. 107-178.

Tost L., Hernández C., González de Chávez M. (2012) «Psicoterapia de grupo en la esquizofrenia durante los últimos 25 años. Una revisión basada en la evidencia», (pp. 305-359). en González de Chávez M. (ed.) "25 años de psicoterapia de grupo en las psicosis". Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. Madrid. .

Yalom I. (1983) Inpatient Group Psychotherapy. Basic Books. N. York

CAPÍTULO DOS

Procedimientos nomotéticos en la investigación de la psicoterapia de grupo en la psicosis y sus limitaciones

Gamificación del Q-sort Questionnaire de Yalom como propuesta de evaluación idiográfica de la terapia de grupo en pacientes con psicosis

Lina Tost, Dani Tost, Cecilio Hernández, Manuel González de Chávez

Introducción

La terapia de grupo sigue siendo uno de los campos menos estudiados dentro de las intervenciones terapéuticas para la psicosis. A pesar de ello son varios los autores que han intentado a lo largo de las últimas décadas identificar los elementos clave de la terapia de grupo para la psicosis describiendo resultados favorables de este tipo de intervención y mostrando sus ventajas frente a la terapia individual en este tipo de patología. Kanas (1986) apuntó que la terapia de grupo en la psicosis era coste-efectiva, disminuía la tasa de reingresos y era bien valorada y aceptada por los pacientes. Chazan (2001) y Urlić (2002) establecen que el grupo ayuda el paciente a comunicarse, a verificar y contrastar sus vivencias y pensamientos con la realidad, a ser aceptado por los demás como un igual y sentirse útil para otros. González de Chávez (2008) subraya que el potencial terapéutico del grupo para el paciente psicótico procede del fenómeno de mirroring y del hecho de que los factores terapéuticos se multiplican de forma horizontal en el seno del grupo y

son reforzados de forma recíproca por las dinámicas grupales. Hoy en día la mayor parte de los servicios de psiquiatría asumen de forma universal la terapia de grupo como un complemento habitual de sus abordajes terapéuticos. Y sin embargo persisten a esta fecha importantes limitaciones a la hora de proporcionar evidencias sobre sus beneficios. Está en cuestión la adaptabilidad o incluso la conveniencia de los procedimientos nomotéticos para la evaluación de las intervenciones psicosociales donde los componentes subjetivos son extremadamente significativos y son sin embargo a menudo ignorados por los procedimientos cuantitativos al uso en la medicina basada en la evidencia (MBE). Este es un problema evidentemente común a la evaluación de cualquier intervención psicoterapéutica.

Es el motivo por el cual existe una brecha entre aquellos que investigan la psicoterapia y aquellos que la practican pero que sin embargo no encuentran en los procedimientos basados en la MBE las herramientas apropiadas de evaluación de sus resultados. La implementación de los procedimientos de la MBE en los años noventa en la práctica médica surge en el contexto del «Managed care» y estuvo estrechamente vinculada al ensayo clínico aleatorizado (ECA) como prototipo de diseño de investigación. Los ECA tuvieron el mérito de proporcionar una amplia información con la inmediatez proporcionada por las nuevas tecnologías y por ello contribuir a la homogeneización de los conocimientos y la estandarización de los procedimientos médicos. Y sin embargo tal y como apuntan Thurin (2007) y Fischman (2009) uno de los inconvenientes de la MBE es que con el tiempo sus prácticas se vuelven verificacionistas y limitan el valor heurístico de la investigación.

En el año 2012 llevamos a cabo una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios (ECA) sobre la psicoterapia de grupo en la psicosis desde el año 1987 hasta el año 2011 (Tost, et al, 2010; Tost, Hernández and González de Chávez, 2012). El propósito del estudio era explorar la eficacia y efectividad de la terapia de grupo como modalidad terapéutica en pacientes con psicosis siguiendo los criterios de la MBE. Ampliamos la búsqueda en un segundo tiempo del año 2012 al 2015. En ambos periodos pudimos constatar hasta qué punto las mencionadas limitaciones de los postulados de la MBE en su aplicación a las intervenciones psicosociales eran todavía mayores en el caso de la terapia de grupo. En este capítulo discutimos estos impedimentos. Además analizamos los requisitos de otros métodos de evaluación idiográficos y proponemos en un intento de impulsar nuevas modalidades de evaluación, una versión novel del Q-sort Questionnaire de Yalom (1985) cuestionario diseñado en su versión original por el autor en 1985 para la evaluación de los factores terapéuticos grupales y gamificado por nosotros.

Revisión sistemática de los ECA sobre terapia de grupo en la psicosis

Se encontraron un total de 75 ECA sobre terapia de grupo en la psicosis (Tost, et al., 2010; Tost, Hernández y González de Chávez, 2012). La muestra incluía 7,004 pacientes, predominantemente de género masculino, con una media de edad de 37 años. La muestra abarcaba 20 países distintos mayoritariamente anglosajones. En todos los casos el diagnóstico de los participantes era esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo siguiendo los criterios de las clasificaciones internacionales DSM (SCID) /CIE. En el 76 % de los ensayos la procedencia de los participantes y el contexto de implementación del procedimiento eran ambulatorios.

Los ensayos revisados describían cuatro tipo de terapias principales: Entrenamiento en habilidades sociales (SST, siglas en inglés), terapia cognitivo conductual (CBT, siglas en inglés), terapia psicoeducativa (PE, siglas en inglés) y terapia integrada de la esquizofrenia (IPT, siglas en inglés), todas administradas en formato grupal. La duración media de las intervenciones era concordante con otras revisiones sistemáticas, una media de 16 sesiones, con una duración más corta en el caso de las CBT y más prolongada para los SST (incluidas las sesiones de refuerzo). En lo concerniente a los criterios de calidad del procedimiento experimental, la validez interna y externa de los ensayos quedaba garantizada por las condiciones experimentales en la mayor parte de los ensayos revisados. En primer lugar la mayor parte de los ECAS describían intervenciones estandarizadas y de manual. En segundo lugar los terapeutas habían recibido un entrenamiento previo en la técnica y eran supervisados durante el tiempo de la administración de la misma. Las muestras eran homogéneas siguiendo criterios diagnósticos de las clasificaciones actuales con especificaciones añadidas en algunos casos sobre subperfiles de cronicidad, deterioro o tratándose de los CBT orientados a la intervención sobre las voces, sobre persistencia de alucinaciones auditivas.

Para la evaluación de la calidad metodológica de los ensayos se utilizó la escala Jadad (Jadad, et al., 1996). Esta escala validada utiliza tres indicadores de calidad que reflejan la validez interna del ensayo y las probabilidades de sesgo en el diseño: el método de asignación aleatoria, el enmascaramiento de los evaluadores y la tasa de perdidas. El enmascaramiento de los evaluadores constituye en la literatura científica, el aspecto menos cuidado del diseño de los ECAS (se estima una inflación de los resultados del 40%) y coincidimos por nuestra parte en este punto. Los ensayos sobre CBT obtuvieron las mejores puntuaciones en la escala Jadad, seguidos de los SST, los IPT y en último lugar los PE.

Retos para la evaluación nomotética de los ensayos clínicos aleatorios

En lo relativo a la elección de procedimientos, muchos ensayos combinaban dos o más de las cuatro técnicas mencionadas en sus intervenciones dificultando la comparación de eficacia entre las distintas técnicas. Como ejemplo de este eclecticismo, se asociaban varios módulos de SST a una IPT, se describían diseños que combinaban una CBT con SST. Sin ir más lejos la IPT combina dentro de su diseño, ingredientes propios del entrenamiento cognitivo con resolución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales.

Por otra parte son varias las cuestiones que deben plantearse en lo concerniente a las condiciones experimentales de los ECAS. En primer lugar la asunción de que los problemas de salud mental pueden resolverse en 16 o menos sesiones no concuerda con las evidencias de que existe una relación significativa dosis –respuesta en el éxito de una psicoterapia (Shean, 2014). Segundo, el uso de terapias «de manual», produce un sesgo en la investigación en favor de aquellas intervenciones que se someten a un protocolo estricto frente a otras psicoterapias con un encuadre más flexible y que no se adaptan a los requisitos de los ECAS. Tercero, el entrenamiento y supervisión de los terapeutas como garantía de fidelidad a la técnica implica asumir el postulado de que la psicoterapia puede ser formulada como la aplicación de un conjunto de procedimientos estandarizados inmutables e independientes de las variaciones inter individuales de los pacientes o de los estilos del terapeuta (Shean, 2014). Cuarto, la práctica habitual de seleccionar los pacientes en base a criterios diagnósticos exclusivos de las clasificaciones DSM no refleja la complejidad de la realidad clínica. Es más sabemos que participantes con un mismo diagnóstico muestran diferentes rasgos de personalidad, actitudes, motivación hacia la terapia o capacidades que afectan los resultados terapéuticos. Como mencionamos más arriba los CBT mostraron las puntuaciones más altas en la Escala Jadad, lo que concuerda con su diseño experimental especialmente cuidado, de variables controladas, habitualmente de corta duración y sobre muestras generalmente más pequeñas. ¿Significa esto que los CBT son más eficaces que otras intervenciones? Tal y como establece Wykes en su meta-análisis sobre CBT (Wykes, et al., 2008) y ratifican otros estudios posteriores, los mejores diseños se asocian, a la inversa, a los peores resultados y los peores diseños conducen a una sobrestimación de los mismos. Hasta el punto que Jahuar (2014) critica la NICE por seguir recomendando el uso de las CBT en el tratamiento de la psicosis a pesar del pequeño tamaño del efecto obtenido en todas las medidas de resultado principales y de

sus peores resultados en comparación con otras técnicas si se tienen en cuenta estos sesgos. Aunque todas las intervenciones eran administradas en formato grupal y técnicas tales como los PE o los SST son generalmente prediseñadas en este formato (mientras que en las CBT predominan los diseños de intervención individual), la elección específica de un contexto grupal parece materia irrelevante en la descripción de las distintas técnicas. Y sin embargo Gabrovšek (2009) apunta que por encima de cuál sea la técnica elegida, la terapia de grupo se basa en el intercambio verbal, se dirige a un individuo en su condición de miembro integrante de ese grupo y que es el grupo en sí mismo quien constituye su motor terapéutico principal. Ninguno de los ensayos revisados dedica atención a estos postulados que son sin embargo los que establecen en esencia la fortaleza de la terapia de grupo. Entonces ¿por qué se elige el formato grupal en los ensayos? Incluso si se supone que subyacen razones de coste -efectividad en esta elección, estas no son explicitadas en ninguno de ellos. Aunque los ECAS no tienen en cuenta los ingredientes terapéuticos singulares del grupo, parece claro que no pueden ser ignorados y que pasarlos por alto pone en entredicho el planteamiento científico mismo de los ensayos sobre terapia de grupo. Estas consideraciones también son aplicables a la elección de grupo control en el diseño experimental, punto además de especial relevancia en los ensayos. Por razones éticas obvias, los tratamientos estándar (TE) y la lista de espera (LE) no son recomendados como opción preferente de grupo control en el diseño de un ensayo. Además introducen un efecto de sesgo tipo Hawthorne y en el caso de los tratamientos estándar, las diferencias amplias de prestaciones entre un sistema de salud u otro según regiones o países pueden influir en los resultados. El objetivo del ensavo experimental en psicoterapia persigue mostrar mediante una evaluación comparativa la superioridad de una determinada técnica frente a otra y ello Îleva implícito establecer que los resultados de una psicoterapia validada por las evidencias científicas no pueden ser atribuidos a cualquier otro factor que no sea la técnica testada. Y sin embargo cuando se eligen grupo control de TE o LE (lo que sucede en un 60% de los ensayos analizados), la relación causal entre los resultados y los ingredientes específicos de la técnica no puede ser establecida de forma inequívoca. Si al contrario se opta por un grupo de control activo tal y como recomiendan las actuales directrices en investigación, la ausencia de superioridad de la técnica testada implicaría a priori que la intervención control es al menos tan eficaz como la técnica ensayada. Pero también cabe pensar que simplemente los llamados factores inespecíficos o «compartidos» inherentes a cualquier forma de psicoterapia ponderan las posibles diferencias entre ambas técnicas. Por lo tanto como señala Jahuar (2014) si se aplica la lógica del placebo en la investigación psicoterapéutica, el rigor del procedimiento se resiente. Lejos de constituir factores indeseables del diseño que precisan ser neutralizados, los factores inespecíficos o compartidos de cualquier intervención psicoterapéutica deben considerarse como elementos intrínsecos del ensayo sin los cuales no es esperable que ocurra nada en el curso de una psicoterapia. (Shean, 2014). Por ello estos factores deben ser tenidos en cuenta en cualquier planteamiento riguroso de investigación en psicoterapia.

En lo relativo a las medidas de resultados aunque los distintos tipos de tratamientos psicosociales de la esquizofrenia apuntan a mejorar aspectos específicos de la enfermedad, los indicadores de resultados no siempre están vinculados a los objetivos del tratamiento. Las técnicas de SST tienen como objetivo mejorar las competencias sociales de los usuarios y su nivel de adaptación social y sin embargo los ECAS sobre esta modalidad de intervención recurren al uso de medidas de resultado secundarias como recaídas o disminución de síntomas psicóticos en escalas psicopatológicas, parámetros que no son susceptibles de mejorar con la intervención. Por otra parte aunque los pacientes logran aprender y replicar las habilidades adiestradas en los role-play de los SST o mediante los ejercicios de remediación cognitiva de los IPT, no queda garantizada la aplicación posterior y generalización de estas habilidades a su funcionamiento cotidiano. Ser capaz de reproducir habilidades ensayadas no parece tan importante «como aprender a aprender», lo que en este último caso depende de aspectos como la autonomía, la motivación o las aptitudes sociales.

En lo concerniente a los ensayos de CBT, las escalas psicopatológicas generales como la PANSS o BPRS son poco sensibles a cambios sutiles producidos por una intervención específica lo que probablemente influye en sus pobres resultados. En relación a las alucinaciones auditivas, las CBT continúan midiendo la eficacia de su intervención sobre la intensidad o frecuencia de las voces en lugar de evaluar el grado de convicción asociado a las mismas, su omnipotencia o el malestar acompañante. Pese a ello Chadwick (2016) incorpora estos últimos parámetros en un reciente ensayo de CBT combinado con mindfulness y destaca que tras la intervención los pacientes experimentan una mejoría en el malestar asociado a las alucinaciones, una reducción de los síntomas depresivos y que se sienten menos controlados por las voces.

Algunos CBT obtienen resultados superiores en medidas de resultados secundarias como calidad de vida, autoestima, satisfacción del paciente con la terapia que contrastan con las modestas puntuaciones en las medidas principales de resultado. Y sin embargo los autores no parecen advertir el posible vínculo de estos logros con el impacto de los factores inespecíficos de la terapia. Finalmente, con este tipo de investigación, se sigue sin dar una respuesta a preguntas como: ¿Qué se entiende por un

cambio psicológico?, ¿Provoca la terapia un cambio real en la vida del paciente?, ¿Cuánto tiempo y cuanto cambio es necesario para ratificar el éxito de una terapia?

No pudimos encontrar en esta revisión ningún ensayo clínico sobre terapia dinámica orientada al insight, terapia de apoyo o grupo de discusión. Estas modalidades de tratamiento parecen haber sido olvidadas por los actuales abordajes biológicos que tienden a considerarlas como viejas formas de terapia carentes de evidencia científica y a relegarlas a la condición de grupo control en los ensayos. Y es que sus características no se ajustan a los requisitos exigidos por el encuadre experimental de los ensayos aleatorios:

- Se distinguen por su mayor flexibilidad: son menos perfectas para ajustarse a un encuadre experimental pero en cambio más adaptables a la vida real.
- Se basan en las dinámicas de intercambio espontáneo: participantes y terapeutas utilizan las relaciones creadas en el seno del grupo como motor del cambio terapéutico.
- No siguen protocolos estandarizados aunque ello no implique que carezcan de técnica, encuadre o corpus teórico.
- Hacen énfasis en cambios más subjetivos o sutiles, más difíciles de medir con escalas al uso sin dejar de tener, sin embargo, un impacto positivo sobre la calidad de vida de los pacientes.

De hecho ninguno de los nueve ensayos que incorporaban un grupo control de discusión o de apoyo, pudo demostrar una superioridad de la técnica frente a este. Es más cuando se mide una intervención de CBT con un grupo control de apoyo y discusión, se observa que este último consigue un mayor impacto sobre las alucinaciones auditivas. Es razonable sugerir que la multiplicidad de las comunicaciones en el seno del grupo provoca un descentramiento cognitivo del paciente que promueve esta atenuación de las voces.

Hacia métodos idiográficos de evaluación

Se está produciendo un cambio de tendencia en los modos de proceder en investigación sobre la psicoterapia de grupo. En parte debido a los modestos tamaño del efecto de los resultados obtenidos en los ECAS, en parte a que estas psicoterapias basadas en la evidencia y validadas por los ECAS tienen una difícil traducción en beneficios en la vida real y el funcionamiento cotidiano de los pacientes. En parte también porque no son siempre bien aceptadas por los usuarios. Los últimos ensayos

aleatorios sobre CBT introducen reformulaciones psicodinámicas y orientaciones más humanistas en sus métodos y objetivos. Una tercera generación de intervenciones psicológicas está ganando relevancia en los dispositivos de atención a pacientes con psicosis tal y como refleja el ensayo piloto de WELLFOCUS PPT de Schrank y otros (2016) y el ensayo combinado de CBT con mindfulness de Chadwick y otros (2016). Otros ensayos recientes ponen énfasis en parámetros cualitativos concernientes al grado de satisfacción del participante con la intervención, el impacto sobre su calidad de vida o bienestar, parámetros todos considerados hasta la fecha como medidas secundarias de resultado. Los nuevos enfoques de la investigación buscan modos de medir conceptos como la esperanza o cambios en el insight. Finalmente los profesionales reclaman una reorientación de los objetivos de la investigación en psicoterapia hacia términos de recuperación más que de reducción de síntomas.

Existe un interés creciente por los mediadores y moderadores del proceso grupal, tales como la alianza, la cohesión grupal, la empatía que se asocian a mejorías en los síntomas experimentados y subjetivamente percibidos (ver Norcross, Beutler and Levant, 2006; Johnson, et al., 2008). Algunos autores además establecen que las relaciones interpersonales en el seno del grupo son esenciales para extraer un beneficio de la técnica sea cual sea. Orfanos y otros (2015) enfatizan que la terapia de grupo puede mejorar los síntomas negativos y los déficits en el funcionamiento social del individuo y que este efecto actúa como factor inespecífico y ocurre independientemente del tipo de técnica utilizada. Finalmente Chadwick y otros (2016); Lecomte y otros (2014) describen el factor terapéutico de «universalidad» de Yalom como el motor del cambio y Leclerc, Lecomte (2012) establecen que el éxito de una intervención de CBT en fases iniciales de la psicosis radica en el formato de grupo en sí mismo.

Por lo tanto parece claro que los métodos cuantitativos en investigación no son la respuesta suficiente a todas las preguntas suscitadas alrededor de la evaluación de los resultados de la psicoterapia en general y de grupo en particular. Es necesario realizar un esfuerzo de traducción y adaptación de los procedimientos científicos a métodos cualitativos que puedan dar fe de la complejidad y particularidad de las intervenciones psicosociales. Es más la investigación de tipo cualitativa puede ser un modo fiable y riguroso de juzgar la eficacia de las prácticas psicoterapéuticas.

Los retos hoy en día para los métodos de evaluación idiográfica son ser capaces de:

 evaluar y difundir los resultados de los tratamientos mediante la combinación de los resultados de múltiples estudios (estableciendo bases de datos cualitativos) y minimizando los sesgos de juicio.

- generalizar los resultados lo que constituye un problema importante para los métodos idiográficos que generalmente se vinculan a muestras pequeñas y parámetros individuales.
- utilizar un lenguaje común que pueda concernir todas las orientaciones teóricas por encima de los diferentes enfoques psicoterapéuticos, sean orientados al insight o sean directivos y de adaptación a la realidad.
- diseñar herramientas para la evaluación de los resultados que sean sencillas de administrar y atractivas tanto para los investigadores como para los usuarios, en contraste con las actuales recogidas cualitativas de datos, largas y descriptivas.
- devolver a los pacientes los resultados obtenidos por ellos, lo que constituye un valor añadido de gran importancia desde la óptica del paciente.

THT gamificación del Q.sort Questionnaire de Yalom: una propuesta novel de evaluación idiográfica

Yalom (1985) diseñó un cuestionario estandarizado basado en la metodología Q-sort para la evaluación de los factores terapéuticos de la terapia de grupo. La metodología Q-sort ha sido utilizada en una amplia gama de disciplinas y es particularmente útil en investigación cuando se pretende entender y describir los puntos de vista subjetivos de distintos individuos sobre un tema concreto desde una perspectiva intrínseca del sujeto. El cuestionario de Yalom consta de 60 tarjetas (correspondiente a 60 frases) clasificadas en doce categorías (cinco tarjetas por categoría). Cada categoría corresponde a uno de los doce factores terapéuticos descritos por Yalom. La prueba consiste en ordenar cada una de las tarjetas extraídas según una disposición preestablecida de siete filas atendiendo al grado de utilidad percibido de cada frase (de lo menos útil a lo más útil). La puntuación obtenida para cada factor es la resultante de la suma de los puntos de las cinco tarjetas representativas del factor. Se obtiene así el valor respectivo de cada factor terapéutico estableciendo cuál de estos ha contribuido de forma más relevante desde la perspectiva del paciente al proceso de cambio operado por el grupo.

A pesar de su utilidad, el cuestionario es largo y complicado tanto de administrar como de puntuar para participantes e investigadores. Con objeto de facilitar su implementación diseñamos una gamificación del Q- sort de Yalom en el marco de una colaboración entre la Unidad de Salud Mental de Ofra del Servicio Canario de Salud y la división de Informática Gráfica del Centre de recerca en Enginyeria Biomèdica de

la Universidad Politécnica de Cataluña (CREB-UPC). El propósito de la gamificación es el de la aplicación de mecánicas de juego a contextos a priori no lúdicos para motivar el usuario a alcanzar la consecución de sus objetivos. La gamificación en salud está adquiriendo un interés creciente tanto para facilitar el aprendizaje de nuevas técnicas quirúrgicas o avances tecnológicos a los profesionales como para motivar a los pacientes hacia el autocontrol de parámetros biológicos o psicológicos, seguimiento del tratamiento, ejercicios o pautas, todo ello a través de la superación de retos o misiones que son bonificadas con puntos o recompensas.

Resultado de la gamificación del cuestionario de Yalom, surge el THT Q-sort Questionnaire, una herramienta computarizada mediante la cual el paciente completa el test de un modo ágil y divertido. El programa calcula de modo automático la puntuación de cada factor y determina cual ha sido el de mayor valor numérico. Además devuelve de forma inmediata y personalizada ese resultado al usuario. Consideramos que esta devolución es especialmente valorable en la óptica del paciente. Asociamos además una frase o un proverbio célebre ilustrativo del factor obtenido a modo de recompensa. El test está disponible a http://sgcreb.cs.upc.edu y ha sido traducido del inglés al castellano y al francés. Se puede descargar e instalar gratuitamente siguiendo las instrucciones facilitadas en la página web. Los datos son archivados en un fichero para los análisis que crea conveniente el investigador. Una copia anonimizada de los resultados generados se almacena en un repositorio externo a efectos solamente de uso estadístico, lo que permitiría crear una base de datos universal.

Estamos utilizando actualmente esta herramienta en la evaluación de los factores terapéuticos de una terapia de grupo en pacientes con psicosis. Hemos comprobado que los pacientes disfrutan realizando el test y se muestran interesados en los resultados revelados por el programa. Comparten con los otros miembros del grupo esos hallazgos y los distintos factores terapéuticos de ayuda arrojados se convierten en un tema de reflexión y discusión en el seno del grupo. Parece que comprender mejor de que manera el grupo les ayuda a afrontar sus vulnerabilidades, les incita también a tomar una parte activa en su propio proceso de recuperación. De un modo indirecto la aplicación gamificada del test además de cumplir como herramienta psicométrica de tipo cualitativo podría llevar un potencial terapéutico añadido.

Conclusiones

Hemos subrayado la ausencia de ensayos aleatorios sobre psicoterapias de grupo de orientación dinámica (entendiendo esta en un sentido amplio que incluye terapias orientadas al insight, de discusión, aquellas que

hacen énfasis en las relaciones interpersonales y en la exploración de sentimientos y pensamientos) en la psicosis. Esta ausencia, probablemente fruto de las dificultades de estas modalidades de intervención en ajustarse al enfoque y los requisitos de un diseño experimental, se interpreta como una falta de eficacia de las mismas y conlleva su exclusión de las listas de las psicoterapias validadas empíricamente. Por lo tanto no son recomendadas en las guías psicoterapéuticas y no reciben ni la atención ni la financiación de los correspondientes organismos de salud a pesar del consenso general de los que las practican, sobre su utilidad, adaptabilidad a la vida real y su buena aceptación por los usuarios. Los ECAS en base a los cuales se establece la validación de los tratamientos en las últimas décadas, presentan ocultas tras un semblante de rigor, evidentes deficiencias metodológicas que ponen en cuestión sus propios resultados. Por otra parte después de decenas de ensayos experimentales sobre terapias de grupo estandarizadas y de manual, los datos de eficacia arrojados son modestos. Y a esto se añade que estos paradigmas de la investigación actual no tienen en cuenta el proceso en sí mismo ni los factores terapéuticos mediadores del mismo, que en palabras de Yalom (1985) son: «los mecanismos actuales de cambio responsables del proceso de recuperación del paciente en el seno de la terapia de grupo». Finalmente los ensayos experimentales no consideran las preferencias de los usuarios ni el valor que la comprensión del mecanismo de cambio pueda tener desde la perspectiva del paciente, inclusive como potencial terapéutico. Se acepta actualmente que la investigación en psicoterapia no es equiparable a los métodos de la investigación biomédica y que es necesario explorar otras modalidades alternativas de tipo idiográfico.

Esperamos que el Q-sort Questionnaire de Yalom en su versión gamificada (THT), pueda resultar de utilidad en la investigación cualitativa de los factores terapéuticos del grupo a través de la creación de una base de datos universal y pueda contribuir a involucrar los pacientes en un proceso interactivo y en si mismo terapéutico de evaluación de sus propios resultados.

Bibliografía

Chadwick, P., Strauss, C., Jones A-M., Kingdon, D., et al. (2016) Group mindfulness-based intervention for distressing voices: A pragmatic randomised controlled trial. Schizophrenia Research, 175 (1–3), 168–173.

Chazan, R. (2001) The Group as Therapist. London: Jessica Kingsley. Fischman, G., Advenier, F., Baruch, C., Brusset, B., et al. (2009). L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse: Fondements et enjeux [Evaluation of Psychotherapies and Psychoanalysis: Foundations and issues]. Paris: Edition Masson.

Gabrovšek, V. (2009) In-patient group therapy of patients with schizophrenia. Psychiatria Danubina, 21 (1), 67–72.

González de Chávez, M. (2008) 'Psicoterapia de grupo y esquizofrenia' ['Group psychotherapy and schizophrenia'] in: Y.O. Alanen, M. González de Chávez, A-L.S. Silver and B. Martindale (Eds), Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas [Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses]. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.

Jadad, A.R., Moore, R.A., Carroll, D., Jenkinson, C., et al. (1996) Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? Controlled Clin Trials, 17 (1), 1–12.

Jauhar, S., McKenna, P.J., Radua, J., Fung, E., et al. (2014) Cognitivebehavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: Systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. The British Journal of Psychiatry, 204 (1), 20–29.

Johnson, D.P., Penn, D.L., Bauer, D.J., Meyer, P., et al. (2008) Predictors of the therapeutic alliance in group therapy for individuals with treatmentresistant auditory hallucinations. British Journal of Clinical Psychology, 47 (2), 171-184.

Kanas, N. (1986) Group psychotherapy with schizophrenics: A review of controlled studies. International Journal of Group Psychotherapy, 36 (3), 339-351.

Leclerc, C. and Lecomte, T. (2012) TCC pour premiers épisodes de psychose: Pourquoi la thérapie de groupe obtient les meilleurs résultats? [CBT for first episode of psychosis: Why does group therapy offer better results?] Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 22 (3), 104-110.

Lecomte, T., Leclerc, C., Wykes, T., Nicole, L., et al. (2014) Understanding process in group cognitive behaviour therapy for psychosis. Psychology and Pscychotherapy, 88 (2), 163–177.

Norcross, J.C., Beutler, L.E. and Levant, R.F. (2006) Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and dialogue on the fundamental questions. Washington: American Psychological Association.

Orfanos, S., Banks, C. and Priebe, S. (2015) Are group psychotherapeutic treatments effective for patients with schizophrenia? A systematic review and meta-analysis. Psychother Psychosom, 84 (4), 241–249.

Schrank, B., Brownell, T., Jakaite, Z., Larkin, C., et al. (2016) Evaluation of a positive psychotherapy group intervention for people with psychosis: Pilot randomized controlled trial. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 25 (3), 235–246.

Shean, G. (2014) Limitations of randomized control designs in

psychotherapy research. Advances in Psychiatry, 2014, ID 561452.

Thurin, J-M., Thurin, M., Lapeyronnie, B. and Briffault, X. (2007) Évaluer les psychotherapies: Méthodes et pratiques [Evaluate Psychotherapies: Methods and Practices]. Paris: Dunod.

Tost, L., Hernández, C. and González de Chávez, M. (2012) 'Psicoterapia de grupo en la esquizofrenia durante los últimos 25 años. Una revisión basada en la evidencia' ['Group psychotherapy in schizophrenia for the past 25 years: An evidence-based review'] (pp. 305–359) in M. González de Chávez (Ed), 25 Años de Psicoterapia de Grupo en las Psicosis [25 Years of Group Psychotherapy in Psychosis]. Madrid: Fundación para la investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.

Tost, L., Hernández, C., Rodrígues, F., Perestelo, L., et al. (2010) Psicoterapia de grupo como técnica terapéutica en personas con esquizofrenia [Group psychotherapies as a therapeutic technique in people with schizophrenia]. SESCS No. 2007/13. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.

Urlić, I. (2010) The group psychodynamic psychotherapy approach to patients with psychosis. Psychiatria Danubina, 22 (1), 10–14.

Wykes, T., Steel, C., Everitt, B. and Tarrier, N. (2008) Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. Schizophrenia Bulletin, 34 (3), 523–537.

Yalom, I. (1985) The Theory and Practice of Group Psychotherapy, 3rd edition. New York: Basic Books.

CAPÍTULO TRES

Factores terapéuticos en psicoterapia de grupo para pacientes con diagnóstico de psicosis

Ignacio García Cabeza

Introducción

Yalom (1970) define los factores terapéuticos grupales como los mecanismos de acción terapéutica que actúan favoreciendo el cambio y contribuyendo al proceso terapéutico, inherentes a la interacción o dinámica grupal, no directamente asociados a la acción del terapeuta y, componentes básicos o elementales del fenómeno de cambio terapéutico derivado de la matrix grupal.

Su estudio comienza a mediados de los 50 cuando Corsini y Rosenberg (1955) revisan más de 300 artículos sobre psicoterapia de grupo con el objetivo de ordenar y clasificar los mecanismos que cada uno de los autores estudiados identifica como elemento esencial para el éxito terapéutico. Posteriormente han aparecido diferentes clasificaciones (tabla 3.1).

Posteriormente Berzon (1963) estudia los factores terapéuticos basándose en las experiencias subjetivas de los propios pacientes, quienes deben valorar el suceso más importante de la sesión grupal y, aunque establece categorías similares a las descritas anteriormente, observa que

los principales mecanismos de cambio residían en la interacción entre los miembros del grupo.

De especial interés son los estudios de Yalom. Por lado desarrolla el cuestionario Q-sort que permite el estudio sistemático y análisis de los factores terapéuticos grupales y, por otro, sus contribuciones teóricas en las que se entiende el grupo como un todo. Yalom abandona los postulados grupoanalíticos imperantes y comienza a destacar la importancia de la esfera interpersonal. De hecho incorpora dos formas de aprendizaje interpersonal dentro de los factores terapéuticos grupales: input (el que principalmente se adquiere a través de otros miembros del grupo) y el output (donde el sujeto intenta desarrollar modos más adaptativos de relacionarse con los demás) (Yalom, 1985).

Yalom describe 12 factores terapéuticos (ver tabla 3.1) pero resalta que deben considerarse como constructos arbitrarios que no son independientes entre sí y que ni suceden ni actúan por separado. Aunque todos ellos operan en cualquier tipo de grupo lo hacen de manera muy distinta dependiendo de distintas variables como el tipo de grupo, el tipo de participantes en el grupo e incluso el momento grupal (Yalom and Leszcz, 2005). Incluso más importante aún, aunque los factores terapéuticos son elementos clave en el proceso de cambio, se integran con otros elementos específicos, reacciones especulares y contexto grupal, siendo todos ellos los responsables del proceso terapéutico que confiere al grupo su singularidad y potencial terapéutico (González de Chávez, 2008).

Tabla 3.1 Principales clasificaciones de factores terapéuticos grupales

Corsini y Rosenberg (1955): 3 categoría, 9 factores

Intelectual: universalidad, intelectualización y terapia del espectador

Emocional: aceptación, altruismo y trasferencia

Conductual: prueba de realidad, interacción y ventilación

Yalom (1985): 12 factores(*)

Altruismo, cohesión, universalidad, aprendizaje interpersonal input, aprendizaje interpersonal output, guía, catarsis, identificación, revalidación de la experiencia familiar, comprensión, esperanza y factores existenciales

Bloch y Crough (1985): 10 factores

Autocomprensión, interacción, cohesión, autorrevelación, catarsis, guía, universalidad, altruismo, aprendizaje vicariante e instilación de esperanza

MacKenzie (1990): 4 categorías, 12 factores

Apoyo: esperanza, aceptación, universalidad y altruismo

Autorevelación: autorrevelación y catarsis

Aprendizaje de otros miembros del grupo: modelado, aprendizaje vicariante, guía y educación

Trabajo psicológico: autocomprensión y aprendizaje interpersonal

(*) Yalom describe inicialmente nueve factores (Yalom, 1970). a los que posteriormente añadió otros tres: instilación de esperanza, guía y factores existenciales.

Factores terapéuticos en psicoterapia de grupo

Por razones didácticas, usaremos la clasificación de MacKenzie (1990) para describir los factores terapéuticos. Realiza una clasificación operativa y práctica, con 4 grupos generales: factores de apoyo, autorrevelación, aprendizaje de otros miembros del grupo y trabajo psicológico (tabla 3.1.).

Comenzando por los factores de apoyo, la esperanza actúa en momentos iniciales favoreciendo la supervivencia del grupo y la continuidad de sus miembros. Además ver cómo otros pacientes han superado situaciones parecidas favorece el entusiasmo y motivación de los demás. Su importancia aumenta cuando se trata de pacientes con enfermedades crónicas (Yalom and Lescz, 2005). La universalidad permite al paciente abandonar su singularidad. Llegan al grupo pensando que son los únicos que tienen determinados problemas o temores, fantasías, impulsos, pensamientos o que han sufrido o protagonizado situaciones inaceptables. El simple hecho de escuchar que otros tienen experiencias y dificultades parecidas sirve de alivio. En grupos de pacientes con psicosis, la desingularización permite que dejen de sentir que son los únicos que viven realidades e identidades singulares y favorece, junto con la validación consensuada de estas experiencias, la adquisición de conciencia de padecer un trastorno mental (González de Chávez, García Cabeza and Fraile, 1.999). Con relación al factor altruismo los pacientes no sólo se benefician por el hecho recíproco de dar y recibir, sino por la utilidad intrínseca y gratificante que conlleva ofrecer algo a los demás, elemento diferencial de las terapias grupales frente a intervenciones individuales. Los pacientes se ofrecen apoyo, consuelo, sugerencias,... Para McKenzie la aceptación es el último de los factores de apoyo y tiene un significado similar a la cohesión para Yalom (1985) y los describiremos más adelante. Los factores de apoyo son especialmente valorados en los grupos de pacientes hospitalizados (Mushet, Whalan and Power, 1989).

Todos estos factores y los que describiremos más adelante pasan por la autorrevelación y mejor aún si ésta se acompaña de aprendizaje cognitivo (aprender a comunicar sentimientos) y expresión emocional, en forma de catarsis. Encontrar un lugar donde poder hablar y expresar sentimientos no es fácil para pacientes con problemas psicóticos (Kanas and Barr, 1982).

Dentro de los factores de aprendizaje encontramos desde información (ya sea impartida por el terapeuta como aportada en forma de consejo por otros pacientes) a técnicas de socialización (como imitación, modelado o aprendizaje vicariante). La educación o información didáctica es el elemento clave en grupos psicoeducativos, desarrollados en numerosas enfermedades somáticas y mentales, entre ellas la esquizofrenia donde han demostrado cierta eficacia, sobre todo en la prevención de recaídas (Xia, Merinder and Belgamwar, 2011). Además la educación se usa de diversos modos en psicoterapia grupal: para transferir información, estructurar al grupo, explicar el proceso de la enfermedad, alterar patrones de pensamiento y de forma muy importante corregir temores irracionales o ideas equivocadas en torno a la enfermedad (Yalom and Leszcz, 2005). Otra forma de información es el consejo o guía directo y compartido entre pacientes. Aparece de forma sistemática en las primeras fases de grupos interactivos, aunque su mayor valor suele ser el hecho de «dar», ya que implica un interés y preocupación mutua, más que el consejo en sí mismo (Yalom 1970), adquiriendo un valor añadido en grupos orientados a la resolución de problemas o habilidades de comunicación. Los factores pasivos de aprendizaje, imitación, identificación o aprendizaje vicariante, están probablemente infravalorados. Sin embargo, es posible que los pacientes obtengan importantes beneficios, no percibidos por ellos mismos, al observar cómo otros se enfrentan a problemas similares, sobre todo en etapas iniciales del grupo; pudiendo convertirse en el inicio de la experimentación de nuevas formas de relación y actuación que conlleven futuros y más profundos cambios (Yalom and Leszcz, 2005; González de Chávez, 2008).

Dentro de los factores de trabajo psicológico se encuentra la autocomprensión y el aprendizaje interpersonal. En grupos ambulatorios el factor autocomprensión es siempre uno de los valorados (Butler and Fuhriman, 1980, 1983; Bloch and Reibstein, 1980; Kapur et al., 1988; Hobbs et al., 1989; Vastelica, Urlić and Pavlović, 2001). Sin embargo no es posible entender la adquisición autoconocimiento sin la participación del aprendizaje interpersonal: los pacientes adquieren insight inicialmente a través de la imagen de sí mismo que los demás le devuelven, a lo que sigue un proceso más profundo de comprensión de sus patrones de conducta, hasta entender el por qué hacen lo que hacen y se comportan cómo lo hacen, para por último quizás, llegar a percibir cómo han llegado hasta ese punto (Yalom and Leszcz, 2005). Durante el proceso grupal constantemente se cuestiona, flexibiliza, moldea y define la imagen e identidad de cada miembro del grupo, tanto por lo que de sí mismos observan y aprenden en otros, como por el «feedback» que de los otros reciben, esculpiendo una nueva identidad y una nueva mirada de sí mismos (González de Chávez and Capilla, 1993a,b).

Por último, comentaremos un factor esencial para Yalom y Lesczc (2005), la *cohesión*, no incluida como tal en la clasificación de MacKenzie (1990). La cohesión sería el resultado de todas las fuerzas que actúan en los componentes del grupo para permanecer en él y se asemeja a la relación terapéutica dentro de la psicoterapia individual (Yalom, 1975). Quizá esta misma definición hace que para algunos autores no deba incluirse dentro de los factores terapéuticos. Sería como una precondición necesaria, no un constructo unitario, sino más bien una suma de elementos, incluidos los factores terapéuticos, que trabajaría en un mutuo refuerzo (MacKenzie, 1990), proporcionado un clima seguro que facilita la interacción tanto en el grupo (Kanas, 1986).

Factores terapéuticos en grupos de pacientes con diagnóstico de psicosis

No son demasiados los estudios sobre factores terapéuticos en grupos de pacientes psicóticos, además muchos de ellos se han realizado con grupos heterogéneos en sus diagnósticos y en pacientes ingresados. Maxmen y Hanover (1973) encuentran que los factores terapéuticos más valorados (sólo el 20% de los pacientes eran esquizofrénicos) son la instilación de esperanza, la cohesión, el altruismo y la universalidad. Leszcz y cols. (1985) sugieren que los factores terapéuticos dependen del nivel de funcionamiento voico de los pacientes; así los de bajo funcionamiento, donde predominan las psicosis crónicas, valoran más factores de apoyo (esperanza y altruismo) y guía. Con un enfoque similar Kahn y cols. (1986) concluyen que la instilación de esperanza es el factor más valorado entre los pacientes con bajo nivel de funcionamiento voico. Entre los estudios realizados en medio ambulatorio, el de Butler y Fuhriman (1980), en hospital de día con predominio de pacientes psicóticos, encuentran como factores más valorados la cohesión, identificación y revalidación familiar. Una visión de los estudios con grupos homogéneos de pacientes psicóticos aparecen en la tabla 3.2.

Tabla 3.2 Investigaciones sobre factores terapéuticos con grupos homogéneos de pacientes psicóticos

	Estudio	Factor más valorado	Factor menos valorado	Diferencias significativas
Kanas y Barr (1982)	Grupo hospitalizados	Un lugar donde expresar emociones	Guía/consejo	
Kanas, Stewart y Habey (1988)	Grupo ambulatorio	Confianza en los demás	Guía/consejo	
Rico y Sunyer (2003)	Grupos ambulatorios	Aprendizaje interpersonal output	Identificación	Los pacientes con mejor pronóstico valoran más la autocomprensión y los de peor la esperanza
González de Chávez et al., (2000)	Grupos de pacientes psicóticos: hospitalizados vs ambulatorios	Hospitalizados: esperanza Ambulatorio: esperanza	Hospitalizados: identificación Ambulatorio: identificación	Los ambulatorios valoran significativamente más la autocompresión y menos la cohesión
García Cabeza y González de Chávez (2009)	Grupos psicóticos ambulatorios según grado de insight	Esperanza, independientemente del grado insight	Identificación, independientemente del grado insight	Los de más insight valoran significativamente más la autocomprensión
García Cabeza et al., (2010)	Grupos internados: psicosis vs afectivos Grupos ambulatorios: psicosis vs bipolar Grupos ambulatorios: pacientes vs terapeutas	Psicosis: esperanza Afectivo: esperanza Psicosis: esperanza Bipolar: esperanza Pacientes: autocomprensión Terapeutas: autocomprensión	Psicosis: identificación Afectivo: identificación Psicosis: identificación Bipolar: identificación Pacientes: identificación Terapeutas: guíá	Los terapeutas valoran significativamente más la autocomprensión y menos la cohesión y guía

Kanas y cols. estudiaron dos grupos homogéneos de pacientes esquizofrénicos, uno de pacientes hospitalizados y otro de corta duración (12 sesiones) con pacientes ambulatorios. En ambos prima tener un lugar donde interaccionar con los demás, confrontar experiencias psicóticas y expresar sentimientos frente a adquirir insight u obtener consejo. Factores como el altruismo o la universalidad (equivalentes a la definición de Yalom) ocupan el segundo y cuarto lugar en la valoración de los pacientes hospitalizados, mientras que son tercero y cuarto en los ambulatorios (Kanas and Barr, 1982; Kanas et al., 1988). Kanas también valora la importancia de la cohesión como un elemento de gran valor terapéutico en este tipo de grupos (Kanas, 1996b).

Rico y Sunyer (2001) encuentran que en grupos ambulatorios de pacientes psicóticos los factores más valorados son la cohesión y el aprendizaje interpersonal output, siendo el factor esperanza el más valorado entre los pacientes con peor pronóstico y la autocomprensión para los de mejor.

Nuestro equipo ha realizado cinco investigaciones sobre factores terapéuticos en terapia de grupo, donde al menos uno de los grupos que se estudiaban estaba constituido de forma homogénea por pacientes psicóticos en el espectro de la esquizofrenia (González de Chávez et al., 2000; García Cabeza and González de Chávez, 2009; García Cabeza et al., 2010). En un primer estudio comparamos los factores terapéuticos en grupos de pacientes psicóticos: unos en la unidad de hospitalización breve y otros ambulatorios. Los tres factores terapéuticos considerados como más útiles por los pacientes hospitalizados fueron esperanza, cohesión y altruismo; en los grupos ambulatorios: esperanza, autocomprensión y la universalidad. Las únicas diferencias estadísticamente significativas se obtuvieron en el factor autocomprensión (más valorado en el grupo ambulatorio) y cohesión (más puntuada por pacientes hospitalizados) (González de Chávez et al., 2000). En el segundo comparamos los pacientes procedentes de dos grupos ambulatorios de pacientes psicóticos según su grado de insight. Independientemente del grado de insight el factor más valorado fue la instilación de esperanza y el menos la identificación. Tan sólo el factor autocompresión varía de forma significativa en función del grado de insight, siendo mucho más valorado por aquellos pacientes que alcanzan un mayor insight (García Cabeza and González de Chávez, 2009).

En nuestra última publicación incluimos tres nuevos estudios (García Cabeza et al., 2011). En el primero de ellos comparamos dos tipos de grupos (pacientes afectivos y con psicosis) durante la hospitalización, existiendo una coincidencia prácticamente absoluta en los resultados, tanto en los factores mejor valorados (esperanza, altruismo, aprendizaje interpersonal output y cohesión), como en los menos (identificación,

aprendizaje interpersonal input, revalidación familiar y guía). En el segundo comparábamos dos grupos ambulatorios uno para pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y otro para trastorno bipolar, siendo también los resultados muy parecidos y con los mismos resultados en los factores mejor valorados (instilación de esperanza, altruismo y guía). En la última investigación, comparamos la valoración de los factores por parte de los pacientes, con diagnóstico todos ellos de esquizofrenia, de dos grupos ambulatorios y la valoración de terapeutas y co-terapeutas de esos grupos. Existen diferencias significativa en la valoración de los factores de guía, cohesión y factor existencial (menos valorados por los terapeutas) y autocomprensión (más valorado).

Nuestra experiencia en relación a los factores terapéuticos en grupos de pacientes con psicosis

De los estudios revisados podemos concluir que son los factores de apoyo (de hecho la instilación de esperanza es el factor más valorado en casi todos los estudios descritos) los más valorados entre pacientes psicóticos que acuden a terapia de grupo. Factores relacionados con el trabajo psicótico solo priman en grupos de larga duración, pacientes con alto funcionamiento yoico (Leszcz et al., 1985), mejor pronóstico (Rico and Sunyer, 2001) o alto grado de insight (García Cabeza and González de Chávez, 2009).

Los factores de apoyo trabajan conjuntamente para promover el clima o alianza terapéutica y favorecer la cohesión grupal. Como ya hemos mencionado, la esperanza favorece la asistencia e infunde optimismo. La universalidad permite a los pacientes salir de su aislamiento y aliviar el sentimiento de singularidad, al conocer que otros viven experiencias similares, permitiéndoles iniciar el proceso de reconceptualización de sí mismos. El altruismo da a los pacientes la posibilidad y capacidad de ayudar a otros, aprendiendo así sobre los propios sentimientos y aspectos positivos, que también son valorados por otros. Estos elementos son dominantes en las primeras etapas de los grupos, pero también ocupan un lugar destacado a lo largo de todo el proceso terapéutico, abriendo camino a factores de aprendizaje interpersonal y autocomprensión (Liberman 1983; Yalom 1985; Bloch and Crouch 1985) y, ayudando al paciente a sobrellevar síntomas negativos, aislamiento y empobrecimiento afectivo.

La autocomprensión y la universalidad permiten identificaciones, autorrevelaciones, ayuda y validaciones sobre transferencias o relaciones significativas, con la posibilidad de aprendizaje interpersonal y autocomprensión, junto con la ayuda que ofrece el descentramiento

cognitivo y las correcciones al egocentrismo que ofrece el contexto grupal. Lo mismo sucede con el aprendizaje interpersonal e insight sobre las características de la identidad vulnerable y defensas psicóticas, primero escenificadas en el grupo, luego reconocidas y quizás más tarde modificadas. Un factor de tanta importancia como es la autocomprensión no puede entenderse sin la participación del aprendizaje interpersonal. El conocimiento personal se obtiene en gran medida a través de la comprensión interpersonal, convirtiéndose en dos facetas inseparables en el mecanismo del cambio, tanto a nivel del desarrollo en la personalidad del sujeto, como en la corrección de problemas psicopatológicos (Anthony, 1971; González de Chávez and Capilla, 1993a,b). Aún más, todo esto no sería posible sin los factores de autorrevelación y catarsis, precondición para la autocomprensión y el aprendizaje (Bloch and Crouch, 1985; Yalom, 1985). Factores de aprendizaje pasivo, aunque en general modestamente valorados, pueden suponer una fuente de estímulo para algunos pacientes, promoviendo identificaciones e imitaciones y convertirse en un importante elemento de cambio en grupo de apoyo o psicoeducativos (González de Chávez, 2008).

En resumen, el grupo debe ser la herramienta terapéutica en sí misma y entender su características específicas y diferenciales (contexto, mirroring y los factores terapéuticos) como un todo que actúa de forma simultánea y sinérgica promoviendo la comprensión y el cambio del paciente. Inicialmente a través de la desingularización y validación consensuada de la realidad el paciente puede ir adquiriendo conciencia de padecer un trastorno mental, posteriormente mediante la autorreflexión y feed-back de los demás va descubriendo sus partes más ocultas e inconscientes, sus vulnerabilidades y mecanismos de defensa, llegando quizás a dar un significado a sus experiencias psicóticas. Por último, en aquellos pacientes con más capacidad de insight y siempre con la ayuda de todo el potencial grupal quizás sea posible integrar y dar sentido a la psicosis dentro de su experiencia biográfica (González de Chávez, 2011).

Cuadro clínico 3.1

H estaba en la treintena cuando tiene su primer ingreso. Su padre estaba ingresado por un cuadro somático y visitándole comienza a verbalizar que su padre está muerto y que iba a sobrevenir el fin del mundo. Vive con su madre, es el pequeño de tres hermanos. Su padre padecía demencia asociada a enfermedad de Parkinson y falleció poco después del primer ingreso de H.

Los padres de H se separan en la adolescencia de este, siendo la custodia para su madre. La personalidad de ambos progenitores era muy distinta: su madre preocupada y algo obsesiva; su padre, bohemio, despreocupado e infiel, hasta que inicia una relación estable y platea la separación. Al año siguiente, el padre con su nueva pareja se trasladan a un país extranjero por trabajo, prometiendo a H que le llevaría con él. Éste hecho nunca se produce y H culpa a su madre del abandono de su padre, idealiza tanto a él como a la nueva esposa, pintora, refiriéndose a ella como su «madre» y a la real como la «biológica». Coincidiendo con el retorno a España, H abandona los estudios en COU y comienza a trabajar con su padre en publicidad, siempre sin contrato, a pesar de la valía que le reconoce toda su familia, de hecho tuvo cierto éxito componiendo música electrónica en los 80.

Solitario, desconfiado, con una visión pesimista del mundo y con dificultades de identidad sexual, sólo había mantenido relaciones de pareja con una chica, a quien le unía una intensa amistad y que se suicidó poco antes del ingreso de su padre. A pesar que ya no mantenía una relación estable se habían prometido «acabar juntos su días». También tenía pocas relaciones sociales y la mayor parte asociadas a sus intereses (dibujo, música,...), que fueron desapareciendo a lo largo de los años, en general porque no compartía su visión del mundo.

Al poco de salir de alta, fallece su padre, se intensifica el aislamiento de H y, abandona el seguimiento. Centrado exclusivamente en chatear, comienza a sentir progresivamente que a través del ordenador controlan toda su actividad, le vigilan, y aparecen progresivamente experiencias psicóticas de contenido apocalíptico ingresando nuevamente dos años después.

Tras este ingreso se decide su inclusión en un grupo de terapia. El apoyo recibido en las primeras sesiones del grupo hace posible que el paciente mantenga el tratamiento, lo que no se había logrado anteriormente. Además pueden verse algunos resultados significativos desde sus primeras sesiones. En una de ellas, H acudió muy angustiado intentando hablar con nosotros. Era la hora de comenzar con el grupo y él dijo que no quería contarlo ahí por lo que retrasamos la entrevista hasta que terminara. Durante esa sesión H no habló pero, trató en torno a las interpretaciones paranoides de otro paciente que le llevaron a construir un delirio. A la salida H estaba tranquilo y dijo que podía esperar a la siguiente sesión donde contó como comenzaba nuevamente con interpretaciones que había conseguido controlar con la ayuda del grupo, poniendo de manifiesto como la desingularización y salida

del egocentrismo perceptivo, favorecen el control de experiencias psicóticas y favorecen la adquisición de una cierta conciencia de trastorno mental como primer paso para adquirir insight.

Más adelante con la ayuda de otros miembros del grupo H ha ido comprendiendo alguno de los significados de sus psicosis y el papel de la muerte de su padre, con quien compartía no sólo una relación de afecto sino también una dependencia afectiva y económica...«...Tuvo una crisis personal, su novia se suicida, su padre se murió y trasladó la crisis personal a la crisis mundial...» (afirmaba otro miembro del grupo).

Con el tiempo H ha ido profundizando en el conocimiento de sus psicosis, pero también de sus propias dificultades interpersonales, reconociendo las pérdidas (abandonado por su padre, traicionado por su amiga,...) como elementos clave en su aislamiento y desconfianza a la hora de establecer relaciones interpersonales. «... Pienso que es por lo que te haya ocurrido en la vida. Se repetirá toda la vida mientras no lo resuelvas. Cuando tengas las herramientas podrás analizarlo y entenderlo...conocer las herramientas es saber porque me están ocurriendo ciertas cosas...»

Tras varias años de terapia y otras crisis que no ha vuelto a necesitar ingresos, ni siquiera aumentos de la dosis de antipsicótico (nunca superior a 3 mg de risperidona), H se define homosexual y ha sido capaz de mantener varias relaciones de pareja, ha recuperado amigos de la mejor época de su vida cuando componía y de hecho ha vuelto a hacerlo y negociar con aparatos de música electrónica a través de Internet, también ha vuelto a dibujar aunque nada de ello de forma profesional, tiene varios relaciones de amistad y está proyectando independizarse de su madre.

Comentario: como ha hemos descrito los factores de apoyo son los primeros en actuar, en este caso principalmente la instilación de esperanza y el altruismo, los que permitió al paciente sentirse acogido, escuchado y entendido, favoreciendo la adherencia. Más tarde, según aumenta la cohesión y a través de la autorrevelación, empiezan a actuar otros factores, como le aprendizaje, inicialmente pasivo y más tarde interpersonal, así como la comprensión de factores internos y externos que contribuyen al desarrollo de la psicosis. Estos factores, algunos específicos de la terapia grupal (universalidad, aprendizaje interpersonal,...) tiene un potencial terapéutico que convierte al grupo en un elemento único y especialmente efectivo en el tratamiento de la psicosis.

Bibliografía

Anthony, E.J. (1971). Comparision between individual and group psychotherapy. En: Kaplan, H. and Saddock, B. (eds). Comprehensive group psychotherapy 1st edition, pp 104-117. Baltimore: Williams and Wilkins.

Bloch, S., Crouch, E. and Reibstein. (1981). Therapeutic factors in group psychotherapy. Archives of General Psychiatry, 38, 519-526.

Bloch, S. and Crouch, E. (1985). Therapeutic factors in group psychotherapy. Oxford: Oxford University Press.

Bloch, S, and Reibstein, J. (1980). Perceptions by patients and therapists of therapeutic factors in group psychotherapy. British Journal of Psychiatry, 137, 274-278.

Butler T., Fuhriman A. (1980). Patients perspective on the curative process: a comparision of day treatment and outpatients psychotherapy groups. Small Group Behaviour, 11, 371-388.

Butler T., Fuhriman A. (1983). Level of functioning and lenght of time in treatment variables influencing patients' therapeutic experience in group psychotherapy. International Journal of Group Psychotherapy, 33, 189-205.

Clark MS (1991). Prosocial Behaviour. London: Sage.

Corsini, R.J. and Rosenberg, B. (1955). Mechanisms of group psychotherapy: processes and dynamics. Journal of Abnormal Social Psychology; 51, 406-411.

Dierick, P. and Lietaer, G. (2008). Client perception of therapeutic factors in group psychotherapy and growth groups: an empiricallybased hierchical model. International Journal of Group Psychotherapy, 58(2):203-30.

García Cabeza, I., Ducajú, M., Gutiérrez, M., González de Chávez, M. (2011). Therapeutic factors in group of patients with psychosis. Group Analysis, 4, 419 - 436.

García Cabeza, I., González de Chávez, M. (2009). Insight and therapeutic factors in group psychotherapy for schizophrenic outpatients. Psychosis, 1, 134-144.

González de Chávez, M. (2008). En: Alanen, Y.O., González de Chávez, M., Silver, A.L., and Martindale, B (eds). Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas: historia, desarrollo y perspectivas. Terapia de grupo y esquizofrenia, pp: 293-313. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la esquizofrenia.

González de Chávez, M. (2011). 25 años de psicoterapia de grupo en la psicosis. Madrid: Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.

González de Chávez, M. and Capilla, T. (1993a). Autoconocimiento y reacciones especulares en psicoterapia de grupo con pacientes

esquizofrénicos (I). Revista de la Asociación. Española de Neuropsiquiatría, 44, 29-34.

González de Chávez, M. and Capilla, T (1993b). Autoconocimiento y reacciones especulares en psicoterapia de grupo con pacientes esquizofrénicos (II). Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 45, 103-112.

González de Chávez, M., García Cabeza, I, Fraile, J. C. (1999). Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 19 (72), 573-586.

González de Chávez, M. and García-Ordás, A. (1992). Group therapy as a facilitating factor in the combined treatment approach to schizophrenia. In: Webart, A. and Cullberg, J. (Eds), *Psychotherapy of schizophrenia - Facilitating and obstructive factors*. Oslo: Scandinavian University Press.

González de Chávez, M., Gutiérrez, M., Ducajú, M. and Fraile, JC. (2000). Comparative study of the therapeutic factors of group therapy in schizophrenic inpatients and outpatients. Group Analysis, 33, 251-264.

Hobbs M., Birtchnell S., Harte A., Lacey H. (1989). Therapeutic factors in short-term group therapy for women with bulimia. International Journal of Eating Disorders, 8, 623-633.

Kahn, E., Webster, P.B. and Storck, M. (1986). Curative factors in two types of inpatient psychotherapy groups. International Journal of Group Psychotherapy, 36, 579-585.

Kanas, N. (1996). *Group therapy for schizophrenic patients*. Clinical Issues: Group process. Therapeutic factors, pp 104-108. Washington D.C.: American Psychiatric Press, Inc.

Kanas, N., Barr, MA. (1982). Short-term homogeneus group therapy for schizophrenia inpatients: a questionnaire evaluation. Group, 6, 32-38.

Kanas, N., Stewart, P., Habey, K. (1988). Content and outcome in a short-term therapy group for schizophrenic outpatient. Hosp Community Psychiatry, 39, 437-439.

Kapur, R., Miller, K. and Mitchell, G. (1988). Therapeutic factors within in-patients and outpatients psychotherapy groups. British Journal of Psychiatry, 152, 229-233.

Leszcz, M., Yalom, I.D. and Nordem, M. (1985). The value of inpatient group psychotherapy: patient's perception. International Journal of Group Psychotherapy, 35, 41-433.

Lese, K.P. and MacNair-Semands, R.R. (2000). The therapeutic Factors Inventory: development of a scale. Group, 24, 303-317.

Liberman, M.A. (1983). Comparative analyses of change mechanisms in groups. In: Dies, R.R. and MacKenzie, K.R. (eds). *Advances in group psychotherapy*. New York: International University Press.

MacKenzie, K.R. (1990). Introduction to time-limited group psychotherapy

(1st edition). Washington: American Psychiatric Press.

Maxmen, J.S. and Hanover, M.D. (1973). Group therapy as viewed by hospitalized patients. Archives of General Psychiatry, 28, 404-408.

McGlashan, T.H. (1994). What has become of the psychotherapy of schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 90 (supl. 384), 147-152.

Mushet, G.L., Whalan, G.S., Power, R. (1989). In-patients' views of the helpful aspects of group psychotherapy impact of therapeutic style and treatment setting. British Journal of Medicine Psychological, 2, 135-141.

Rico, L. and Sunyer, M. (2001). Análisis comparativo de los factores terapéuticos grupales en la esquizofrenia (II): resultados y discusión. Psiquis, 22, 57-72.

Schaffer, J.B. and Dreyer, S.F. (1982). Staff and inpatient perceptions of change mechanisms in group psychotherapy. American Journal of Psychiatry, 139, 127-128.

Vlastelica M., Urlić I. and Pavlović, S. (2001). The assessment of the analytic group treatment efficiency according to Yalom's classification. Collegium Antropologicum, 25: 227-37.

Weiner M.F. (1986). Homogeneus groups. En: Frances A.J., Halles R. (eds.). Group psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press.

Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev., 15 (6), CD002831.

Yalom, I (1970). *The theory and practice of group psychotherapy*, (1^a edition). New York: Basics Books.

Yalom, I. (1985). The theory and practice of group psychotherapy, (3^a edition). New York: Basics Books.

Yalom, I. and Leszcz, M. (2005). The theory and practice of group psychotherapy, (5^a edition). New York: Basics Books.

CAPÍTULO CUATRO

Creación de un grupo de terapia para personas con experiencias psicóticas

Manuel González de Chávez

En este capítulo expondremos los principales aspectos tener en cuenta cuando nos proponemos crear un grupo de terapia para personas que viven experiencias psicóticas. Los que se derivan de la organización asistencial y el funcionamiento institucional donde el grupo se va a ubicar, y los relacionados con la evaluación y selección inicial de los pacientes para un grupo de nueva creación, o para incluir a nuevos pacientes en un grupo ya establecido y funcionando regularmente.

El dispositivo asistencial

Las posibilidades de crear un grupo de terapia para personas con trastornos psicóticos son muy diversas, pero dependen en gran medida del contexto asistencial y las instituciones en que se realice, del equipo de terapeutas de las mismas, de sus enfoques o comprensión habituales de los trastornos que sufren estos pacientes, y de los objetivos y tareas terapéuticas en grupo que se propongan.

Las unidades de agudos de los hospitales generales, los centros de salud mental, hospitales o centros de día, centros residenciales o unidades de rehabilitación, comunidades terapéuticas, y en general cualquier dispositivo de la organización de los servicios de salud mental que atienden a personas psicóticas, lo hacen ya a personas diferenciadas en sus características, y por tanto los grupos terapéuticos que puedan crearse en ellos deberán tener objetivos y tareas específicas, acordes con las demandas asistenciales y las funciones generales de la institución concreta donde los grupos de terapia se ubiquen.

Aun así, en todas estas instituciones, según la formación y perspectivas de los miembros de los equipos terapéuticos interesados en crear estos grupos, es posible crear grupos con enfoques y finalidades diferentes y con variadas perspectivas teóricas, como grupos cognitivo-conductuales, dinámicos, interpersonales, existenciales, de resolución de problemas, y un largo etcétera. Y podrían hacerse con tareas prácticas y formatos de tamaño, composición y duración muy diversos.

Pero debemos tener en cuenta que la viabilidad de los grupos de terapia, su permanencia en el tiempo, y la canalización y afluencia regular de pacientes suficientes para que sean terapéuticos, dependerá siempre de la concordancia de los grupos que se creen con las demandas habituales del dispositivo asistencial donde se van a ubicar. La creación de un grupo de terapia deberá estar siempre orientada a las necesidades de los pacientes de esa institución, y no tanto a las predilecciones o satisfacciones de los profesionales que puedan o quieran crear un grupo terapéutico.

El grupo no puede ser una célula terapéutica aislada en la organización sanitaria y social. Sólo podrá funcionar engarzada en el conjunto de las actividades y programas asistenciales que atiendan al paciente antes, durante y después de la terapia grupal. Sólo en esa conjunción sobreviven y tienen sentido los grupos. No podemos pedir a un grupo de terapia que sea en sí mismo el tratamiento único y global de los pacientes con experiencias psicóticas.

El funcionamiento institucional

Conocer e incidir en el funcionamiento de la institución en la que se va a crear un grupo de psicoterapia para pacientes psicóticos es totalmente imprescindible para hacerlo viable. No sólo por la infraestructura que vamos a precisar de salas de grupos, despachos, salas de esperas o apoyo administrativo, ni por la necesaria elección, motivación y formación de los terapeutas de grupo, sino porque la colaboración del conjunto de la institución es muy necesaria para que los grupos de terapia sean atractivos, sean considerados un activo terapéutico del centro, tengan canalizaciones regulares de pacientes que puedan beneficiarse de ellos, progresen y permanezcan en el tiempo.

Y esta implicación de la institución con las terapias de grupo es válida tanto en centros públicos como en la práctica privada. Hay instituciones que tienen sofisticados sistemas de canalización y evaluación de los pacientes candidatos a una terapia de grupo (Brown, 1991). Y hay evidencia de que los dispositivos asistenciales dirigidos por profesionales con experiencia terapéutica grupal crean más grupos de terapia, evalúan y canalizan más pacientes a los mismos, y reducen también el número de drop-outs en los grupos. Y también, ocurre lo contrario, cuando la dirección del centro no está interesada en las terapias de grupo (Yalom 1966, 1983). Pero no solamente el poder administrativo de los profesionales es relevante. La enseñanza y formación de la enfermería y todo el personal asistencial en dinámica de grupos y en los fundamentos básicos de la terapia grupal y sus objetivos terapéuticos, es una tarea muy recomendable, y en las instituciones con pacientes internados hasta imprescindible (Battegay, 1971).

La institución misma debe preocuparse de la formación de todos los profesionales y en especial de la competencia los terapeutas que lideren los grupos de esos pacientes. Es una tarea que debe incentivarse de forma adecuada con respecto a la realización de las otras tareas clínicas habituales, y no debe ser una sobrecarga extra de los terapeutas grupales. A veces, cierta flexibilidad horaria se hace necesaria, por ejemplo cuando para facilitar la asistencia de los pacientes a los grupos ambulatorios, se realizan estos grupos fuera del horario laboral del personal del centro.

Las características del terapeuta del grupo son clave en el funcionamiento del mismo desde su creación y a lo largo de todo el proceso terapéutico (Dies, 1994). Y en los grupos dedicados a personas con experiencias psicóticas, su compromiso, esfuerzo, motivación y empatía con estos pacientes son esenciales (Urlić, 1999). Aquí no caben terapeutas grandiosos, narcisistas y mesiánicos. La tarea es lenta, con frecuencia modesta en los logros, a veces difícil de seguir y entender, con muchas limitaciones personales y biográficas en los miembros del grupo, y bloqueos, impasses y frustraciones en sus progresos terapéuticos. El terapeuta debe tener la sensibilidad, la paciencia y el realismo suficientes para conducir siempre el grupo diferenciando su identidad profesional de los vaivenes de la dinámica grupal, que en ocasiones se sumergen tanto en las experiencias psicóticas dolorosas vividas por algunos miembros que parecen llevar a todo el grupo a un hundimiento insuperable. Y el terapeuta debe saber sacar el grupo a flote, sin fantasías, ni voluntarismos, sino con esperanza y pragmatismo.

Un grupo de terapia con pacientes psicóticos, y más aún con pacientes en crisis en unidades de internamiento, suele conllevar momentos de crisis, tensiones más o menos inesperadas y dificultades de manejo con algunos miembros del grupo, por lo que el trabajo en coterapia es muy importante.

En las unidades de agudos casi imprescindible, incluso con más de dos terapeutas si ello facilita la implicación del personal de enfermería y el mejor funcionamiento de la terapia grupal y también de la unidad (Sandison, 1994). En general, un grupo de terapia de pacientes psicóticos puede liderarse bien con un terapeuta y un coterapeuta, aceptando además como observadores y «scripts» a profesionales en formación, que a medida que progresen pueden actuar como coterapeutas, antes de dirigir sus propios grupos. La coterapia facilita una mejor observación y conocimiento de los detalles de la dinámica grupal y el manejo de las transferencias y contratransferencias, y además ayuda a resolver algunos aspectos prácticos institucionales relacionados con la necesaria continuidad de los grupos por vacaciones o ausencias.

Pragmatismo y realismo deben tener terapeuta y coterapeuta cuando plantean la creación de un grupo de terapia con pacientes psicóticos ante el resto de los profesionales de la institución. No es una panacea, ni una terapia mágica. No se deben crear expectativas irreales, ni se van a resolver los problemas de los demás profesionales con los casos más difíciles y resistentes. El grupo no puede asumir la totalidad del tratamiento de los pacientes que incluya, ni es la derivación de aquellos pacientes que otros profesionales no deseen. Es un recurso terapéutico más, de eficacia demostrada, cuya singularidad y peculiaridades, esencialmente grupales y diferentes a las demás psicoterapias, puede incidir favorablemente en las experiencias y comportamientos de los pacientes con trastornos psicóticos (González de Chávez, 2009; Kanas, 1996; Urlić, 2012).

En la creación de un grupo de terapia para personas con experiencias psicóticas, el terapeuta debe conseguir el apoyo de la institución y motivarla favorablemente a aceptar el grupo en el conjunto de programas y actividades del centro, clarificando el tipo de pacientes más adecuados, de los que son atendidos en esa institución, para las tareas y los objetivos terapéuticos que se propone en el grupo (O'Brien, 1975). Debe explicitar toda la organización del grupo, el enfoque y las técnicas o estrategias grupales, el procedimiento de remisión, evaluación y selección de pacientes, las salas o despachos que se van a utilizar y los días y horas disponibles, el número más recomendable de miembros, la frecuencia y duración de las sesiones, si el grupo es cerrado o abierto, homogéneo o heterogéneo, incluyendo pacientes con otros trastornos no psicóticos, si es de pacientes internados o ambulatorios, o incluye ambas posibilidades, la duración promedia estimada de la terapia grupal para los miembros del grupo, y como coordinarse, en general y administrativamente, con los demás profesionales que tengan a su cargo estos pacientes.

Lo más conveniente es establecer reuniones institucionales regulares donde intercambien información los terapeutas de los grupos y el resto de profesionales del centro. Reuniones adecuadas para coordinar el tratamiento farmacológico y las terapias combinadas que reciba el paciente, sean individuales, familiares o socializadoras. Y donde también los diversos terapeutas y el personal de enfermería que intervienen en su tratamiento o programa terapéutico sigan las incidencias, progresos o retrocesos que puedan acontecer.

La selección y preparación de los pacientes

Tratándose de pacientes psicóticos, podríamos tener la tentación de preguntarnos, en general, cuando y a quienes les recomendaríamos psicoterapia de grupo (Toseland and Siporin, 1986). Pero la selección concreta de pacientes para un grupo de psicoterapia se orienta de modo diferente, diferenciando entre la inclusión en los grupos de pacientes agudos en internamiento, y la selección para grupos ambulatorios.

En las instituciones de agudos, no todos los pacientes psicóticos están en condiciones de participar en un grupo. En los momentos más intensos de las crisis psicóticas, los pacientes pueden estar muy desorganizados, perplejos, angustiados, excitados, u hostiles, y viviendo una marcada distorsión del contexto que les rodea. Hay una fase pre-grupal de tratamiento individual y ayuda neuroléptica, hasta que el paciente sea capaz de un cierto grado de control y una mejor percepción de la realidad que vive. Una fase pre-grupal también para motivarle a asistir al grupo y escuchar a los demás para que pueda conocer que otras personas allí internadas tienen algunas experiencias similares a las suyas. Esa desingularización de las experiencias psicóticas de los pacientes es el principal beneficio de estos grupos y debemos facilitárselo al mayor número posible de los pacientes, aunque en grupos reducidos, preferiblemente de unos 6-8 miembros, inicialmente haya que ser flexibles con ellos, porque les sea difícil permanecer atento durante toda la sesión, o haya que controlar más su comportamiento, su escucha o sus intervenciones, con la ayuda de los coterapeutas. Con posterioridad, estos pacientes podrán revelar sus experiencias y contrastarlas con las de los demás, incluso ubicarlas en su biografía y sus problemas. Tendrán la oportunidad de hablar de ello con otras personas con similares dificultades. Vivirán la experiencia de un contexto terapéutico grupal que les motive a seguir ambulatoriamente una terapia de grupo.

En los grupos ambulatorios de pacientes psicóticos conviene hacer una selección más afinada de los posibles nuevos miembros que puedan incorporarse a un grupo, preferiblemente de un número no mayor de 8-12 pacientes. En primer lugar, esta selección va a depender del tipo de grupo. Será distinta, por ejemplo, para un grupo psicoeducativo, cognitivo-

conductual o de actividades sociales, que para un grupo de orientación psicodinámica y duración prolongada. El terapeuta que conduce cada grupo debe evaluar al nuevo candidato y su compatibilidad con el grupo. Y debe considerar también el ritmo de apertura del grupo y el momento oportuno de la introducción de un nuevo miembro de acuerdo con la cohesión y el proceso grupal.

Aunque la situación optima sea que el paciente pueda incorporarse al grupo después de la primera crisis al ser dado de alta de su internamiento, y que además su tratamiento individual estuviese también a cargo del mismo terapeuta o coterapeuta que conducen el grupo que ya le conocen extensamente, esas circunstancias no son frecuentes en la mayoría de las instituciones, donde son otros los profesionales que tienen a su cargo el tratamiento de aquellos pacientes que remiten o recomiendan para terapia grupal, siguiendo protocolos o procedimientos escritos o verbales.

Conviene subrayar aquí, que entre el profesional que se hace cargo del tratamiento farmacológico o la psicoterapia individual, y que remite el paciente a terapia de grupo, y el terapeuta grupal debe existir una colaboración fluida y sincera, en beneficio del paciente (Rand, 1999; Rutan and Alonso, 1982). Se debe contar primero con el terapeuta de grupo, y no se debe remitir al paciente a terapia de grupo con objetivos encubiertos, como pedir una segunda opinión, eludir responsabilidades o simplemente transferir al paciente. Tampoco creando falsas expectativas, o sobrevalorando o infravalorando cualquiera de las terapias que recibe el paciente. Siempre hay que evitar una escisión entre ambos tratamientos, por ejemplo, considerando a uno básico o elemental y al otro accesorio, sofisticado o prescindible. Tampoco debe aceptarse una relación terapéutica muy distinta entre ambos terapeutas o una confidencialidad no compartida. Y mucho menos, desde luego, que ambos terapeutas se comuniquen entre sí a través del paciente o su familia. Ambos terapeutas deben ofrecer al paciente y sus familiares o allegados una imagen común de la terapia combinada, y del sentido tanto del tratamiento farmacológico como del de las psicoterapias que siga el enfermo.

Los terapeutas y coterapeutas de grupo, antes de incluir en el grupo a un nuevo paciente, y además de la información que pueda ofrecerles el profesional que lo tenga a cargo, deben conocerle suficientemente por medio de entrevistas personales. Deben conocer sus experiencias psicóticas y su dinámica biográfica, además de su disposición y motivación a seguir una terapia grupal. En estos pacientes la falta de motivación por la terapia grupal no debe ser razón inicial para su exclusión, como puede ocurrir en otros casos (Brabender, 2002). Conviene insistirles mucho, tanto a ellos como a sus familiares, en la oportunidad excepcional y los beneficios de poder escuchar, conocer y hablar con otras personas con experiencias similares. Puede dárseles la oportunidad de asistir a varias sesiones de grupo antes de comprometerse en firme. En cualquier caso, tampoco con estos pacientes suelen ser frecuentes los llamados contratos terapéuticos, pero si debemos pedirles un acuerdo de asistencia, puntualidad, confidencialidad, respeto mutuo y en general el cumplimiento de las normas del grupo, que repetiremos una y otra vez cada vez que se incorpore un nuevo miembro.

En las entrevistas pre-grupales que hagamos para conocer a los nuevos miembros, podemos prescindir perfectamente de los criterios diagnósticos habituales porque son irrelevantes y no nos aportan mayor conocimiento de los pacientes, ni de su posible adaptación y relaciones con otros miembros del grupo. Pero hay otras muchas características de los pacientes que son importantes conocer, además de sus motivaciones por la terapia grupal y el tratamiento en general. Por ejemplo su grado de insight, sus relaciones terapéuticas, su capacidad de autoobservación y mentalidad psicológica, el estilo de recuperación, las variables de su personalidad, el ajuste premórbido y posmórbido, el nivel y funcionamiento social, afectivo, educativo y ocupacional, los factores de estrés y precipitantes, las formas de comienzo y evolución de sus experiencias psicóticas o las dinámicas familiares existentes. Todas estas características son verdaderamente relevantes para avanzarnos el futuro progreso del paciente en el grupo (González de Chávez, García Cabeza and Fraile, 1999; González de Chávez and Capilla, 2012).

Las entrevistas previas de los pacientes con los terapeutas grupales son muy importantes para motivar y conocer a los nuevos miembros, establecer relaciones terapéuticas iniciales, apoyarles en sus primeras sesiones de grupo y aventurar las dinámica y procesos terapéuticos grupales tras su incorporación al grupo. Pero son también importantes para explicar y llegar acuerdos con pacientes y familiares sobre los objetivos de todo el programa terapéutico que vayan a seguir, el sentido y los detalles de cada actividad concreta y la coordinación y disponibilidad de los profesionales implicados en el conjunto del tratamiento. Porque la psicoterapia de grupo que van a iniciar puede ser un instrumento terapéutico muy importante, pero nunca un dispositivo aislado, sino coordinado con los demás recursos necesarios para la recuperación.

Bibliografía

Battegay R. «Clinical Group Psychotherapy» (pp. 31-40) in Battegay R. & Benedetti G. *Psychodynamic Approach in Group-therapy and Psychotherapy of Psychotics. Acta Psychiatrica Scandinavica*. Supplementum 224. 1971.

Brabender V. Introduction to Group Therapy. Wiley. N. York. 2002.

Brown D. «Assessment and selection for groups» (pp. 55-72) in Roberts J. & Pines M. The Practice of Group Analysis. Routledge. 1991..

Dies R. «Therapist Variables in Group Psychotherapy Research» (pp. 114-154) in Fuhriman A. & Burlingame G. M. (Eds.) Handbook of Group Psychotherapy. Wiley. N. York. 1994.

González de Chávez M. «Group Psychotherapy and Schizophrenia» in Alanen Y. O.; González de Chávez M.; Silver A. L. & Martindale B. (Eds) Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses. Past, Present and Future. Routledge. London. 2009

González de Chávez M. and Capilla T. Autoconocimiento y reacciones especulares en psicoterapia de grupo con pacientes esquizofrénicos. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1993;44:29-34 y 45:103-112. También en González de Chávez M (Ed) «25 años de psicoterapia de grupo en las Psicosis». Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. Madrid,. 2012:125-158.

González de Chávez M., García Cabeza I., Fraile J. C. Dos tipos de grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1999. 72. 573-586. También en González de Chávez M (Ed) «25 años de psicoterapia de grupo en las Psicosis». Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. Madrid. 2012:79-94.

Kanas N. Group Therapy for Schizophrenic Patients. American Psychiatric Press. Washington. 1996.

O'Brien Ch. P. Group therapy for schizophrenia: a practical approach. Schizophrenia Bulletin. 1975; 13:119-130.

Rand E. H. «Guidelines to Maximize de Process of Collaborative Care» (pp. 353-381) en Riba M. B. & Balon R (Eds) Psychopharmacology and Psychotherapy. A Collaborative Approach. American Psychiatric Press. Washington, 1999.

Rutan S. & Alonso A. Group Therapy, Individual Therapy, or Both?. International I of Group Psychotherapy. 1982. 32(3). 267-282.

Sandison R. Working with Schizophrenics Individually and in Groups: Understanding the Psychotic Process. *Group Analysis*. 1994. 27. 393-406.

Toseland R. W. & Siporin M. When Recommend Group Treatment: A Review of the Clinical and Research of the Literature. International J Group *Psychotherapy.* 1986. 36(2). 171-201.

Urlić I. «The Therapist Role in the Group Treatment of Psychotic Patients and Outpatients. A Foulkesian Perspective» (pp. 148-180) in Schermer V. L. & Pines M. (Eds.). Group Psychotherapy of the Psychoses. Jessica Kingsley Publisher. London. 1999.

Urlić I. «Group Psychotherapy for Patients with Psychosis: A Psychodynamic (Group Analytical) Approach» (pp. 547-569) in Kleinberg

J. L. (Ed) The Wiley-Blackwell Handbook of Group Psychotherapy. Wiley. 2012. 547-569.

Yalom I. D. A study of group therapy dropouts. Archives of General Psychiatry. 1966. 14. 393-414.

Yalom I. D. Inpatient Group Psychotherapy. Basic Books. 1983.

Grupos en psicosis: Diferencias en los métodos y los entornos

CAPÍTULO CINCO

Cómo funciona la psicoterapia de grupo con personas que viven experiencias psicóticas

Manuel González de Chávez

La peculiaridad de un grupo de terapia con personas que viven o han vivido experiencias psicóticas es la multiplicidad de realidades que en el grupo existen. Hay una de la que participa todo el grupo, y luego hay tantas realidades psicóticas particulares y singulares como miembros del grupo. ¿Cómo funciona un grupo así, con este mosaico tan diverso de múltiples realidades individuales no compartidas por los otros?, ¿Cómo logra objetivos terapéuticos?.

El grupo, una realidad objetiva

Diremos, en primer lugar, que un grupo no es exclusivamente una matriz de muchas intersubjetividades. Es también, simultánea y paralelamente, el resultado de muchas percepciones interobjetivas, que hacen del grupo mismo una realidad objetiva.

El grupo existe en una institución. El paciente ha acudido a ese centro, por su propia iniciativa o la de sus allegados, con dificultades o problemas que han sido evaluados por profesionales cualificados, quienes han recomendado el seguimiento de una terapia de grupo en el conjunto de un programa terapéutico. Todo el proceso –el centro, los profesionales, las consultas, los internamientos, las evaluaciones y las prescripciones– son hechos objetivos verificables. Solo en algunas situaciones de crisis los pacientes internados perciben esta realidad de forma distinta. El centro no es un hospital, sino una cárcel, los profesionales sanitarios son policías disfrazados, los demás

pacientes son actores, ha sido perseguido y secuestrado para matarle, se está filmando una película porque va a ser acusado, castigado y avergonzado de su conducta, o bien porque será un personaje relevante admirado y famoso, etc. Pero con la excepción de algunos pacientes y en algunas situaciones de crisis, para la gran mayoría todo el recorrido que le lleva a una terapia de grupo es una secuencia de acontecimientos objetivos.

Como serán objetivos los terapeutas del grupo y los demás miembros que asisten al mismo. Tienen su nombre, sus profesiones, sus trabajos, sus edades. Son hombres o mujeres, están solteros, casados, separados o divorciados, tienen o no tienen hijos. Visten, peinan, hablan, gesticulan y se mueven de determinada manera. Los pacientes vienen solos o acompañados a las consultas del mismo centro. Han tenido o no internamientos, y también generalmente toman medicamentos prescritos por médicos concretos. Acuden a la institución regularmente y se supone que por problemas mentales. Se encuentran en la misma sala de grupos. Son personas reales.

Y son personas reales que, según los terapeutas, tienen problemas mentales similares, que a través de las comunicaciones que establezcan en la terapia de grupo pueden llegar a entender, afrontar o superar. Unas comunicaciones o relaciones grupales que serán relaciones interpersonales institucionalizadas, pero ya no serán tanto realidades objetivas, sino subjetivas. O mejor, intersubjetivas.

La comunicación intersubjetiva e interobjetiva del grupo

El conjunto de interacciones intersubjetivas de la terapia tienen lugar en el mundo real, en la realidad objetiva (Burger, 2010). No existe intersubjetividad abstracta y aislada, y el contexto grupal facilita relaciones interpersonales institucionalizadas que son intersubjetivas e interobjetivas, aspectos que, como en cualquier relación humana y en cualquier relación terapéutica, funcionan de forma conjunta, paralela y mutuamente dependientes (Buirski and Haglund, 2001).

Todos los miembros del grupo, incluidos los terapeutas son personas reales, y aunque algún paciente, en algún momento, tenga una interpretación distorsionada de los mismos, no por eso dejan de ser las personas que realmente son, con sus datos y características objetivas y verificables. Ahora bien, todo lo que ellos comuniquen de sí mismos como observaciones y reflexiones sobre su vida y sus experiencias o las de otros miembros del grupo, ya no son tan objetivas y verificables, sino en su mayor parte apreciaciones subjetivas que pueden ser o no validadas intersubjetivamente.

Suponiendo, como debe ser, que el grupo no considere a sus miembros como meros cerebros disfuncionales o como portadores de entidades nosológicas artificiales, sino como personas con problemas y dificultades biográficas, sus narrativas nunca serán verdades objetivas, porque – con la excepción de algunos datos y fechas - no existe una verdad biográfica objetiva. A través de la comunicación interpersonal, en general, y de la grupal que nos ocupa ahora, no se pueden verificar las experiencias biográficas de los otros. Solo podemos conocerlas, reconocerlas y quizás validarlas por consenso.

La dinámica y el proceso grupal no serán nunca una secuencia de verdades objetivas, sino el producto de las comunicaciones intersubjetivas de las personas reales que forman el grupo, la construcción conjunta de una realidad colectiva formada por las narrativas e intervenciones de los miembros del grupo, incluidos los terapeutas, cuyo grado de veracidad, en principio, ni se sanciona, ni se cuestiona. Se admiten como verdades subjetivas.

En un grupo de personas con experiencias psicóticas, las mismas experiencias psicóticas son verdades para quien las vive, y los demás miembros del grupo deben aceptarlas como tales. Y que esto ocurra es una de las primeras tareas del terapeuta, quien debe promover la cohesión del grupo y la aceptación entre los miembros, creando una cultura grupal de respeto mutuo, de escucha empática, reciprocidad, sinceridad y confidencialidad en las comunicaciones (Urlić, 1999). Solo así, en un contexto receptivo, respetuoso y seguro, los pacientes podrán salir de su retraimiento defensivo y su habitual desconfianza. Y aventurarse a revelar a los demás en el grupo sus experiencias psicóticas.

La autorrevelación de las experiencias psicóticas

La revelación de algunas experiencias psicóticas por parte del paciente ha tenido ya lugar antes de incorporarse al grupo. Quizás verbalmente o en su comportamiento ha manifestado a sus familiares una percepción o interpretación tan diferente de la realidad que finalmente dio lugar a una consulta profesional. Otras veces ha sido un incidente público el que ocasionó el internamiento psiquiátrico. Luego, ya en la institución, y en un conjunto de entrevistas específicas, algunas revelaciones del paciente han llevado al diagnóstico y a las recomendaciones terapéuticas, que incluían la terapia de grupo. También, y antes de incorporarse al grupo, los terapeutas han podido conocer, al menos parcialmente, la realidad psicótica que vive o ha vivido el paciente. Para él, una realidad objetiva, aunque ni sus allegados, ni los profesionales sanitarios, lo vean o lo crean así.

Pero, en toda esa etapa pregrupal, la persona con experiencias psicóticas ya se ha venido planteando si debe o no revelarlas. Si eso le va a proporcionar algún alivio o ayuda, si con ello va a poder verificar la verdad de lo que vive, o si solo va a acarrearle diagnósticos, estigmas, rechazos y descalificaciones. Por eso, lo habitual en estas personas, al

incorporarse al grupo, es una actitud de incertidumbre, recelo y temor a la incomprensión.

El grupo de terapia facilita la autorrevelación de los pacientes (Vinogradov and Yalom, 1990). En un clima de respeto mutuo, los pacientes van a tener la oportunidad de escuchar otros relatos biográficos y las experiencias psicóticas que otros miembros del grupo han vivido o viven. La horizontalidad y reciprocidad del grupo lo convierten en un contexto activo, multifocal y multi-intersubjetivo, muy productivo en identificaciones entre sus miembros y asociaciones derivadas de sus relatos y revelaciones. Puede observar semejanzas y diferencias consigo mismo, pero sobre todo puede ver la escucha atenta de los demás ante las experiencias singulares de los otros, y todas las preguntas, reflexiones o cuestionamientos respetuosos con los que intentan conocer, comprender y dar verosimilitud a esas realidades o verdades supuestamente objetivas, que son las experiencias psicóticas de cada cual.

Como en otras terapias, la autorrevelación de los pacientes depende mucho de su dinámica personal, de su autocontrol defensivo y los riesgos que cree que corre, o su voluntad y expectativas de clarificar y verificar sus experiencias. Pero también depende de la actitud, empatía, interés y compromiso de los terapeutas (v. Derlega and Berg, 1967; Faber, 2006) y en este caso, de los demás miembros del grupo. La autorrevelación de los pacientes es un proceso personal y no lineal, sino espiral, que se va produciendo con idas y venidas a lo largo de muchas sesiones. Generalmente comunican antes aquellos aspectos que les producen más estrés o les resultan menos dolorosos, y más tarde aquellos otros que exponen su fragilidad y los traumas de los que se sienten más avergonzados y culpables. Pero no debemos caer en la simpleza de hacer elementales correlaciones entre la autorrevelación en el grupo y el pronóstico de los pacientes psicóticos (Donald et al., 1975). El pronóstico de los pacientes es el resultado de muchas variables personales y asistenciales. La autorrevelación, que regula y protege la intimidad y la identidad, es una variable intersubjetiva que se mueve en los parámetros de las ventajas y los riesgos en cada relación interpersonal y en cada contexto. Es un proceso interpersonal, y en este caso grupal, que depende mucho de los receptores o confidentes. De la actitud de escucha, atención, discreción, confianza y empatía de los otros miembros del grupo.

El insight sobre los otros

Las autorrevelaciones de los pacientes sobre sus problemas y sus experiencias biográficas y psicóticas, facilitan la cohesión grupal y otros factores terapéuticos, como la catarsis, la universalidad, las identificaciones o

el aprendizaje interpersonal (Bloch y Crouch, 1985) y dan lugar al "mirroring", probablemente el fenómeno más específico de la psicoterapia de grupo (ver Pines, 1982; Berger, 2012), que es el proceso intersubjetivo e interobjetivo de reacciones especulares múltiples, simultáneas y recíprocas entre los miembros del grupo, que se escuchan, observan, exploran y se van conociendo entre sí.

Lo que hace que las relaciones multidiádicas, voluntarias e intencionadas dentro del grupo, generen los fenómenos especulares es que los miembros del grupo compartan los mismos o parecidos trastornos o dificultades, y que vivan o hayan vivido algunas experiencias similares. Eso hace que cada paciente pueda ser un espejo para los demás, y los demás miembros del grupo puedan ser espejos para él, que vea en ellos algunos de sus propios problemas, reacciones y conductas, las percepciones e interpretaciones que comparte con los demás y otras experiencias peculiares que no comparte en absoluto.

El «mirroring» facilita la observación y exploración de semejanzas y diferencias dentro del grupo, lo común con otros o con todos, y lo que solo acontece a alguno de sus miembros, lo que se vive del mismo modo o lo que cada cual vive de un modo diferente. Facilita simultáneamente el conocimiento de los demás y el propio conocimiento, y forzosamente obliga a pensar sobre los demás y a pensarse uno mismo.

A medida que cada miembro del grupo va revelando dentro de un clima de escucha y respeto sus experiencias psicóticas, va resultando pronto evidente que algunas percepciones o interpretaciones de la realidad no pueden ser aceptadas por los demás como verdades objetivas verificables. Por ejemplo, un supuesto poder para mover los astros, hacer llover a voluntad, proporcionar amor y felicidad a toda la humanidad y acabar con las guerras, la pobreza o el paro. Otras revelaciones psicóticas como las voces que oyen, o los poderes e influencias telepáticas que provocan, experimentan o sufren, tampoco son validadas por consenso en el grupo. Quien vive estas experiencias intenta inicialmente convencer a los demás de la realidad de las mismas. Quienes no participan de ellas intentan entenderlas, explorar sus orígenes y características, contrastarlas con otras evidencias contrarias u otras interpretaciones posibles.

Ante la no aceptación de la realidad de sus experiencias psicóticas por los demás, algunos pacientes intentarán englobar en su delirio a todo el grupo, lo que el grupo rápidamente rechazará mostrando otras evidencias. Otros tratarán de confirmar y reforzar las experiencias psicóticas ajenas con vistas a que las propias sean también aceptadas como reales. Las intervenciones de los terapeutas deben contrastar y desmontar ese discurso de refuerzo psicótico, carente de datos y verosimilitud. El mismo paciente reforzado interviene a menudo porque capta la falacia apresurada de quien intenta validar lo que casi no conoce.

El «mirroring» en el grupo de pacientes psicóticos explota la posibilidad de «insight» sobre los otros. El que sean capaces pronto y con mucha facilidad de reconocer las experiencias psicóticas de los demás y al mismo tiempo incapaces de reconocer las suyas propias. Pueden separar en los demás la dualidad del mundo externo y el mundo interno, los deseos y temores de los hechos, la realidad objetiva que perciben de los otros y el discurso psicótico que ellos comunican y no se puede comprobar. Una dualidad – realidad objetiva y realidad subjetiva – que cada paciente no puede distinguir en sí mismo, en aquellos aspectos de sus experiencias y de su identidad en los que ha transformado subjetivamente su propia realidad (González de Chávez and Capilla, 2012).

La aceptación del carácter subjetivo de las experiencias psicóticas

Quizás inicialmente, con cierta sorpresa y desconcierto, cada miembro del grupo ve que no puede ratificar la veracidad de las experiencias psicóticas de los otros, y observa también - el insight de los otros sobre él - como el resto del grupo pone en duda la veracidad de sus propias experiencias. Las vivencias que relatan unos y otros tienen formalmente muchas similitudes, pero tienen algo en común. Nadie puede verificar el mundo singular que viven los otros, y todos creen irreales las experiencias psicóticas de los demás.

La dinámica grupal, llena de mundos peculiares que no se pueden colectivamente objetivar, ni validar por consenso, supone un conjunto de múltiples perplejidades para el grupo y un aumento de las contradicciones internas de sus miembros. Unos dudarán de sí mismos, otros insistirán en sus convicciones psicóticas y otros querrán devaluar las opiniones o confrontaciones de los demás. Los terapeutas deben conducir el grupo desde el cuestionamiento de la realidad al consenso de la subjetividad. A la aceptación del carácter subjetivo de las experiencias psicóticas. Esas experiencias personales y singulares son realidades verdaderamente vividas por cada cual. Son realidades subjetivas.

Ese es el primer, imprescindible e inexcusable objetivo de la psicoterapia de grupo con personas que sufren trastornos psicóticos: la aceptación del carácter subjetivo de las experiencias psicóticas. En el grupo, cada paciente empieza a cuestionarse su propia singularidad cuando cuestiona el mundo singular que viven los demás. Empieza a dudar de la realidad objetiva de sus experiencias psicóticas al mismo tiempo que duda de la realidad objetiva de las psicosis de los otros.

La aceptación del carácter subjetivo de las experiencias psicóticas abre un mundo nuevo de interrogantes al grupo y a cada uno de sus miembros. ¿Cómo y por qué hemos llegado a esa transformación subjetiva de nuestra propia realidad?. ¿Cómo y por qué tal o cual miembro del grupo, y ellos mismos, vivimos algunos aspectos concretos de realidad de un modo completamente distinto a los demás? Es el proceso grupal y personal que pasa de la identidad y realidad psicótica, con falta de insight, al debate interno contradictorio sobre la realidad o irrealidad de las experiencias, y que lleva a la aceptación de la subjetividad de los trastornos.

El grupo se pregunta ahora sobre las causas de los trastornos mismos. Ya no es una reflexión sobre la veracidad, sino sobre la causalidad. Una reflexión interna de cada cual sobre sí mismo, su identidad y su vida, y una reflexión común, gracias al aprendizaje interpersonal en el grupo, sobre dinámicas biográficas, conflictos internos, factores de vulnerabilidad y circunstancias precipitantes que les han podido llevar a la crisis. Un proceso personal y grupal de autoobservación y autoconocimiento (García Cabeza and González de Chávez, 2009).

De la identidad vulnerable a la integración de la identidad

El proceso de autoobservación y autoconocimiento en el grupo es siempre un proceso desigual porque son heterogéneas las experiencias psicóticas y desiguales las capacidades y características de cada uno de los miembros del grupo. Hay pacientes que no pueden o se resisten a profundizar en los factores que han influido en sus trastornos. Otros se inclinan inicialmente por causas físicas, generales o inespecíficas, como stress, cansancio o insomnio, y otros aún persisten en causalidades mágicas, como vudú o mal de ojo, o abiertamente psicóticas, como envenenamientos intencionados. Todos pueden aceptar que han sido o son vulnerables, y a partir de ese reconocimiento los terapeutas deberán trabajar por homogeneizar en lo posible al grupo, y no alejar demasiado los ritmos y procesos de unos y otros.

En los grupos de orientación dinámica el proceso grupal se orienta hacia los factores psicológicos, interpersonales, familiares y sociales existentes en cada uno de los miembros. Las autorrevelaciones son ahora más biográficas, relacionadas con las fragilidades y adversidades vividas, y con las estrategias de afrontamiento y mecanismos más utilizados para defender la identidad y la autoestima.

La terapia de grupo, multi-intersubjetiva y multifocal, es muy productiva y acelera considerablemente las oportunidades de reflexión y autoconocimiento, aunque estos procesos no son nada fáciles para los pacientes psicóticos que han utilizado en sus vidas, con mucha frecuencia, estrategias de negación y autoengaño ante sus problemas y conflictos. En los programas psicoterapéuticos solo una minoría llega a comprender el sentido y significado de sus experiencias psicóticas (Alanen et al., 1986).

Es decir, a integrarlas como parte de su nueva identidad, a conectar esas experiencias como la manifestación incontrolable de los aspectos rechazados, negados, regresivos o idealizados de sí mismos que forzaron el colapso psicótico de su identidad vulnerable.

Pero la gran mayoría de los pacientes psicóticos en una terapia de grupo si pueden lograr una identidad menos vulnerable y más autónoma, realista y estable. Menos proclive a buscar soluciones subjetivas irreales y más capacitados para afrontar con realismo sus dificultades. Más dispuestos y capacitados para introducir aquellos cambios en sus vidas y en sus relaciones que faciliten su recuperación. Porque el objetivo de la psicoterapia de grupo no es solo la reflexión colectiva que lleva al autoconocimiento, sino también la reflexión común que lleva a la acción.

Bibliografía

Alanen Y. O., Räkkölainen V., Laakso J., Rasimus R., Kaljonen A. Toward a need specific treatment of schizophrenic psychoses. Springer Verlag. Heidelberg. 1986.

Berger M. «The Dynamics of Mirror Reactions and their Impact on Analytic Group» (pp. 197-216) in Kleinberg Jl. The Wiley-Blackwell Handbook of Group Psychotherapy. Wiley. West Sussex. 2012.

Bloch S. & Crouch E. Therapeutic Factors in Group Psychotherapy. Oxford University Press. 1985.

Buirski P. and Haglund P. Making sense together. The interpersonal approach to psychotherapy. Jason Aronson. N. York. 2001.

Burger T. "Origins of Objectivity". Oxford University Press. Oxford. 2010. Donald S., Strassberg MA., Roback HB., Anchor KN., Abramowitz SI.

"Self-Disclosure in Group Therapy with Schizophrenics". Archives of General Psychiatry. 1975. 32. 1259-1261.

Farber B "Self-Disclosure in Psychotherapy". Guilford Press. N. York. 2006 Garcia Cabeza I. & González de Chávez M. "Therapeutic factors and insight in group therapy for outpatients diagnosed with schizophrenia". Psychosis. 2009. vol. 1. issue 2. 134-144.

González de Chávez M. & Capilla T. Autoconocimiento y reacciones especulares en psicoterapia de grupo con pacientes esquizofrénicos. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1993. 44. 29-34 y 45. 103-112. También en González de Chávez M (Ed.). 25 años de psicoterapia de grupo en las Psicosis. Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. Madrid. 2012. 125-158.

Pines M. Reflection on Mirroring. *Group Analysis*. Vol 15. Supp. 1-26. 1982. Urlić I. «The Therapist Role in the Group Treatment of Psychotic Patients and Outpatients. A Foulkesian Perspective» (pp. 148-180.) in Schermer V. L. & Pines M. (Eds) Group Psychotherapy of the Psychoses. Jessica Kingsley Publisher. London. 1999.

Vinogradov S. & Yalom I. «Self-Disclosure in Group Psychotherapy» (pp. 191-204) in Stricker G. and Fisher M. (eds.). Self-Disclosure in the Therapeutic Relationship. Plenun Press. N. York. 1990.

CAPÍTULO SEIS

Características de la transferencia y la contratransferencia en un abordaje psicológico de los pacientes con psicosis

Consideraciones de dinámica de grupo

Maurizio Peciccia, Ivan Urlić, Simone Donnari

Introducción

De acuerdo con los resultados de muchos estudios, en general los resultados más positivos en los pacientes con psicosis se pueden obtener combinando medicamentos y psicoterapia. Los abordajes psicoterápicos pueden ser dinámicos/no dinámicos, de apoyo, psicoeducativos, u otras formas de rehabilitación. Es importante insistir en que el abordaje psicodinámico se origina en el concepto psicoanalítico del conocimiento de la secuencia del desarrollo de un ser humano, desde los fenómenos prenatales observables y siguiendo todas las fases de la vida. Esto incluye principalmente la teoría de las relaciones de objeto, la psicología del ego y del self, y la teoría del apego, entre otras. El conocimiento del ser humano durante el proceso de desarrollo y la crucial importancia de la interacción constante entre su dotación genética y el entorno circundante representa una inagotable fuente para la observación y el análisis de los múltiples elementos influyentes que en las diferentes fases del desarrollo modelan los rasgos de la personalidad, los patrones relacionales y la conducta, tanto de las personas como de los grupos.

La investigación clínica y neurocientífica ha mostrado que el cerebro humano almacena todos los impulsos, tanto favorables como desfavorables, y que no es capaz de «olvidar» nada salvo que sufra un daño orgánico. Freud creía que lo olvidado no está perdido, porque se mantiene en el inconsciente. Esto significa que todas las experiencias modelan los conocimientos y las reacciones humanas (que están en una interrelación activa constante), va sea en el nivel consciente o en el inconsciente, cuando la persona intenta conocerse a sí misma o cuando se relaciona con su entorno. Freud consideró que estas características eran mecanismos mentales que se manifiestan en forma de fenómenos de transferencia y contratransferencia, que, junto con los mecanismos de defensa, el modelo estructural de la personalidad, el funcionamiento del self, las características psicológicas de los grupos, el tipo de relaciones de objeto y los estilos de apego, representan la base del abordaje psicodinámico. Foulkes, como psicoanalista, describe el grupo como una herramienta terapéutica importante y valiosa, aplicando los conceptos psicoanalíticos y añadiendo algunos fenómenos específicos del grupo, como el grupo en conjunto, la matriz del grupo y las resistencias del grupo, además de factores terapéuticos específicos, y las características de la transferencia y la contratransferencia en el contexto del grupo. Aunque el análisis de grupo se creó para pacientes que sufrían trastornos neuróticos, a lo largo del tiempo su ámbito de aplicación se ha ampliado hasta incluir a otros pacientes con «diagnósticos difíciles», como pacientes que sufren trastornos limítrofes y psicóticos.

Sobre la transferencia y la contratransferencia de los pacientes con psicosis

Desde que Freud introdujo la noción de transferencia en 1912, muchos autores importantes han descrito diferentes aspectos de este fenómeno. Fenichel (1945) escribe que la transferencia se despliega dentro y fuera del análisis, tanto en personas con neurosis o con psicosis como en personas sanas. Todas las relaciones humanas contienen una mezcla de reacciones realistas y de transferencia, como las derivadas primitivas, arcaicas y esenciales de la primera relación madre—hijo. Muchos de los elementos de una relación de objeto, o incluso todos ellos, podrían estar contenidos en una relación de transferencia. Básicamente las relaciones de transferencia son repeticiones de las relaciones de objeto de momentos previos. Al tratarse de una expresión de la posibilidad de volver a experimentar los instintos y las inhibiciones reprimidos y frustrados, representa la expresión, más que la evitación del recuerdo, la defensa frente al recuerdo

y la manifestación de la compulsión de repetición (Freud, 1912, 1914; Freud, 1937; Fenichel, 1945). Greenson (1967) escribió que la transferencia es un anacronismo, un error en el tiempo. Se relaciona con la transferencia, los impulsos, las defensas y las emociones conectados con una persona desde el pasado hacia una persona desde el presente, y que el fenómeno es inconsciente.

Los procesos psíquicos que están entremezclados en la transferencia tienen algunas características constantes: compulsión de repetición, el objeto al que se transfieren las emociones, la proyección con las emociones transferidas, la situación de transferencia y la regresión. Las características de la transferencia son inadecuación, intensidad, ambivalencia, inestabilidad y persistencia. Es importante tener en mente que la repetición siempre representa una resistencia dirigida contra la función del recuerdo. Los seguidores de la escuela kleiniana consideran que los fenómenos de transferencia son proyecciones e introyecciones de objetos muy inmaduros con características de bondad y maldad. Los pacientes que muestran este tipo de transferencia no se comunican con un ego coherente e integrado, y no intentan establecer una alianza de trabajo, sino el contacto directo con diversos introvectos. Searles (1965) escribe que la transferencia incluye a tres personas: el sujeto, el objeto procedente del pasado y el objeto presente. En esencia, la matriz de relaciones de transferencia es la unión primigenia madre-hijo.

Los fenómenos de transferencia se basan en dos elementos: la capacidad de diferenciación entre el self y el mundo de los objetos, y la capacidad de transferir reacciones emocionales desde las representaciones de los objetos procedentes del pasado hasta el objeto presente. La relación de transferencia dirigida al terapeuta, aunque es regresiva y ambivalente, representa el factor esencial para el establecimiento y el mantenimiento del tratamiento (a este respecto, el contacto inicial con el terapeuta puede tener un papel decisivo mediante la percepción de las características «buenas» o «malas» introvectadas) (Urlić, 1999, 2016). Cuanto más regresiva sea la transferencia, más espacio ocuparán los instintos agresivos. Benedetti (1991) escribe que la transferencia psicótica significa no solo una repetición del pasado, sino también la relación real que oculta el nuevo comienzo.

La transferencia puede ser positiva o negativa. Debido al déficit en la función del ego, el paciente utiliza mecanismos de defensa primitivos como negación, proyección masiva, identificación proyectiva, escisión e idealización primitiva. Esto significa que no hay posibilidad de integrar las representaciones «totalmente buenas» y «totalmente malas» del self y del objeto en representaciones integrales, de manera que no se puede alcanzar la constancia del objeto: en consecuencia, los objetos integrados se experimentan como algo parcial (Žunter-Nagy and Mayer, 2001). Las

relaciones de objeto pueden tener una cualidad «maternal», «paternal», «fraternal», etcétera. Las reacciones de transferencia se podrían distinguir según la fase del desarrollo de la libido, o en relación con la estructura: el analista o director del grupo podría llegar a representar el superego, el ego o la identificación, para el paciente o el grupo. En las reacciones de transferencia también se debe incluir la identificación.

Distinción de la identificación en el campo de la psicosis

Cuadro clínico 6.1: Transferencia psicótica

La transferencia psicótica se produjo cuando el paciente recién ingresado por un empeoramiento de su psicosis se unió espontáneamente al grupo de la comunidad terapéutica de la planta. Insistió en participar en la sesión. De repente se levantó de un salto de la silla, intentando arrojarla hacia el equipo de terapeutas, gritando al psiquiatra que es el director que le ha insultado por la mañana. La silla rompió la ventana de cristal, lo que generó miedo en el grupo, hasta que se sacó de la habitación a este paciente, que estaba muy agitado.

Cuadro clínico 6.2: Psicosis de transferencia

El paciente regresó del ejército porque «no era adecuado» para el servicio militar. Su extraña conducta mostraba una evolución desfavorable. En un grupo ambulatorio de pacientes que sufrían psicosis declaró que había decidido abandonar el grupo. Cuando se le pidió una explicación se negó a ofrecerla en público. El terapeuta sugirió que debía escribir sus razones para la siguiente sesión. En la siguiente sesión el paciente, con mucha reticencia pero ayudado por el terapeuta, empezó a leer su papel, a menudo tartamudeando y sonrojándose: «doctor, usted es la peor persona que he conocidojamás, el personaje más sucio, la persona menos digna de confianza...», Y de repente cambió su tono: «doctor, usted es la mejor persona que he conocido jamás, el amigo más fiable, mi padre, mi hermano...»

En el contexto del grupo hay algunos fenómenos especiales relacionados con la expresión de la transferencia, como transferencias múltiples, transferencia al grupo en conjunto, transferencia del grupo completo, emparejamiento, formación de subgrupos, sesiones alternativas, sueños y silencio. En relación con la resistencia a la transferencia, sus características

incluyen: «necesidad» de gratificación de transferencia, reacciones de transferencia defensivas, reacciones de transferencia generalizadas, representación de la reacción de transferencia (como en el caso clínico 6.1) y representación (o interpretación) de la resistencia en la situación analítica (egosintónica) (como en el caso clínico 6.2).

Como regla general, se debe analizar la transferencia cuando se da una de las siguientes situaciones: si representa resistencia, si alcanza un nivel óptimo de intensidad, o cuando la intervención del psicoterapeuta o director del grupo añadirá una nueva perspectiva. En los pacientes con psicosis se debe esperar a aplicar la técnica de intervención hasta que el paciente o el grupo esté suficientemente maduro para soportar la confrontación con el uso de argumentos. Se debe insistir en que las reacciones de transferencia «irresolubles» se producen en casos de error en la evaluación de la capacidad de transferencia, en la transferencia erótica y en la perversión enmascarada que lleva a la psicosis (Štrkalj-Ivezić and Urlić, 2015).

La elaboración de la transferencia psicótica negativa es a menudo un momento de importancia crucial, no solo para la primera fase del proceso terapéutico, sino para todo el transcurso de la relación terapéutica y la colaboración. En este contexto atribuimos un significado y una importancia particulares al establecimiento de: una «experiencia simbiótica correctiva» (Urlić, 1999, 2012; Štrkalj-Ivezić and Urlić, 2015); la regulación de la proximidad y la distancia; y la fiabilidad, la actitud no intrusiva, la empatía y otras manifestaciones características de los procesos psicodinámicos en la relación terapéutica. La transferencia simbiótica se mantiene fuera de la conciencia porque puede activar sentimientos intolerables de fragmentación y, en consecuencia, defensas persecutorias. También se debe analizar la transferencia dual del paciente psicótico, tanto de fusión-simbiótica como autista-de separación (Peciccia and Benedetti, 1996). A menudo se considera que la transferencia/contratransferencia de fusión es una defensa contra la separación que evoca los fantasmas de la aniquilación y los miedos a la muerte. Cuando, por otro lado, el terapeuta o equipo terapéutico está dominado por la transferencia/ contratransferencia autista, que se caracteriza por desinversión de los demás y por sentimientos de inutilidad e indefensión, es posible atisbar después de estas características manifiestas diversos niveles de elementos de fusión-simbióticos que están escindidos.

La contratransferencia es un problema fundamental para el terapeuta o el equipo terapéutico, que no puede mantenerse «intacto» por los muchos síntomas, muy específicos y profundamente regresivos, de las diferentes manifestaciones patológicas de los pacientes con psicosis. Estas manifestaciones a menudo desencadenan sentimientos muy intensos,

incluso tormentosos, que pueden causar confusión en el terapeuta o el equipo terapéutico, y dificultades para controlarlos. La función del terapeuta/equipo terapéutico requiere la aceptación de algunas actitudes específicas (Urlić, 1999, 2012). Es importante que los psicoterapeutas (de grupo) aprendan a reconocer, elaborar y hacer un uso constructivo de lo que han aprendido de sus reacciones y sentimientos. La capacidad de contención del terapeuta o el equipo terapéutico, especialmente en relación con la psicoterapia de grupo con los pacientes psicóticos y los grupos para los familiares, necesita una supervisión continua y oportunidades para la consulta (supervisión por iguales).

Gabbard y Wilkinson (2000) insisten en que el éxito en el abordaje y el manejo de la contratransferencia en el tratamiento de los pacientes difíciles depende principalmente del apoyo (Winnicott, 1945) y la contención (Bion, 1962). La noción contemporánea de apoyo en su propia esencia conlleva un movimiento de lo concreto a lo simbólico. Para que se produzca ese desarrollo, la descripción que hace Bion de cómo la madre procesa los afectos de un lactante tiene una importancia fundamental como consecuencia de la necesidad de que la madre ayude al lactante a evitar el dolor no manejable. Bion creía que cuando la madre devuelve a su lactante los afectos no modificados, es probable que el lactante se sienta perseguido por la vuelta del contenido proyectado, y puede experimentar, como consecuencia, fragmentación del self.

El paciente en la situación de «aquí y ahora» despliega sus primeras experiencias y desea entremezclarse con el terapeuta, que estimula en él diferentes sentimientos intensos, una reacción de contratransferencia. Para contener la transferencia (muy ambivalente y en rápido cambio), ser el contenedor que destoxifica el contenido negativo y peligroso del paciente, soportar la agresividad no neutralizada del paciente, aceptar la fusión regresiva y el establecimiento repetitivo de límites, adaptarse a las oscilaciones en la capacidad funcional del paciente durante las fases del desarrollo, mantener la función psicoterapéutica cuando a menudo es puesta en peligro por la conducta del paciente, para todo ello (según Žunter Nagy and Mayer, 2001) hace falta un gran esfuerzo psíquico por parte del terapeuta. En consecuencia, el terapeuta o equipo terapéutico debe protegerse, y tienen la máxima importancia la supervisión, las consultas con los iguales y el autoanálisis.

En la era de los psicofármacos, los medicamentos, aparte de su valor bioquímico y el lugar que ocupan en un abordaje terapéutico integral, tienen significados emocionales importantes, que también se deben considerar en relación con los fenómenos de transición (en el sentido que les dio Winnicott).

El contexto terapéutico

En diversos contextos terapéuticos de grupo es posible crear espacios protegidos, inicialmente externos al paciente, en los que se pueden colocar los fragmentos escindidos del self, a fin de soñarlos y coserlos en la relación con el grupo o con el terapeuta o equipo terapéutico. El contexto varía según el grado de fragmentación que presenta el paciente. Si el habla no está comprometida, es posible utilizar la psicoterapia de grupo psicoanalítica verbal. Si el paciente no puede hablar, pero puede dibujar, podemos utilizar la terapia artística de grupo. A veces, cuando el paciente no puede hablar ni dibujar, utilizamos una nueva forma de comunicación: la terapia amniótica.

Terapia amniótica

Se trata de una terapia de grupo que tiene lugar cuatro veces a la semana en agua calentada hasta 35 °C (Peciccia and Benedetti, 2006; Peciccia and Donnari, 2006; Donnari, Garis and Peciccia, 2006). La terapia amniótica puede reactivar recuerdos de contacto con el líquido amniótico y con el útero. El grupo se transforma en un útero simbólico que contiene y apoya. La terapia amniótica ofrece al paciente el apoyo físico y mental que no se interiorizó durante la infancia. El apoyo amniótico se basa en movimientos repetidos de unión y separación. Al comienzo las fluctuaciones entre unión y separación en el agua se pueden percibir a veces como angustiosas y aterradoras, y a veces como seguras y protectoras. Los pacientes, apoyados en operadores amnióticos, se unen, se separan y después se vuelven a unir con otros participantes. Los desplazamientos y la superposición de los cuerpos en el agua generan fusión y separación continuas. Un paciente de terapia amniótica describió su experiencia:

A veces tenía la sensación de perder la conciencia y desplazarme en un estado onírico, y me sorprendió algo despertarme en el agua. No estaba realmente seguro de que fuera un sueño, porque parte de mí estaba consciente. Lo podría describir así: ya no sabía dónde estaba, y tuve un sueño porque podía ver imágenes oníricas. Pero al mismo tiempo que estaba soñando no había perdido la conciencia. Me sucedió tres o cuatro veces seguidas. Y estaba seguro de que no me iba a ahogar.

La experiencia de este paciente pone de manifiesto la importancia de la confianza básica y el sentimiento de seguridad entre el paciente y el terapeuta. Sumergidos entre estar despiertos y dormidos, todos los pacientes, y todo el grupo, experimentan una forma física y concreta de trabajo onírico (v. cap. 10). La terapia amniótica activa el trabajo de sueño, en parejas y en un grupo, y ayuda a los pacientes a interiorizar (contener e integrar) la presencia constante y atenta de los demás, que da apovo v contiene.

Las evaluaciones basadas en pruebas de la terapia amniótica mostraron un aumento global de la calidad de vida y las habilidades sociales de los pacientes (Peciccia, et al., 2015). La mejora en las habilidades sociales en el grupo de los participantes en terapia amniótica parece relacionarse con la mejora de la capacidad de definir los límites del self. Hay dos factores responsables de la mejora de los límites del self. El primero, inespecífico, es la presencia de agua, que actúa como un líquido amniótico que puede ofrecer contención y protección. El segundo factor es una forma particular de dar soporte al cuerpo que es específica de este método. Hay dos tipos de apoyo amniótico: individual y de grupo. El paciente puede ser apoyado y abrazado por un operador, o por más de un participante en el grupo, o, como alternativa, por el grupo entero. El apoyo amniótico nunca es solamente simbiótico: en el abrazo, muy próximo a los contactos de fusión piel con piel, siempre hay movimientos de micro y macroseparación. Un paciente describió los límites del self:

Esta forma de ser tocado suavemente es muy especial. En cierto modo me define en una dimensión sensorial; actúa como un mapa corporal, realmente mi mapa corporal. Quiero decir que es el límite externo de mi propio cuerpo y el miedo a perder mi propio cuerpo, que es tanto un hito como un mapa que estoy descubriendo. Este tipo de aprendizaje, aprender a sentirme a mí mismo, me da la impresión de descubrir partes de mí mismo que nunca había experimentado antes, y puede que esto realmente funcione, y si es así está mucho más allá del intelecto. Es algo que no tiene nada que ver con el intelecto.

El apoyo amniótico desencadena movimientos intensos de transferencia y contratransferencia padre-hijo, gracias a una reducción de seis veces del peso corporal por la inmersión en el agua. Se estimulan los recuerdos relacionados con sujetar a un niño o ser sujetado mientras se era niño. Cuando los pacientes están dispuestos para verbalizar sus sensaciones, se les anima a que realicen psicoterapia psicodinámica en grupo o individualmente.

Cuadro clínico 6.3: transferencia paterna en la terapia amniótica

El paciente G tiene 25 años de edad. En la primera infancia le alejaron de su padre, violento y peligroso, aunque siguió viviendo con su madre. Tiene miedo de que el padre pueda volver, y de que pueda surgir de la nada. Cuando este pensamiento se hace más intenso incluso elimina sangre con la orina. G no es capaz de conectar socialmente; está asustado de estar en un grupo de personas. Todos los intentos de integración social han fracasado porque cuando está rodeado de personas surge una especie de escena mental: una película de terror en la que él es la víctima. Después de la terapia amniótica, G afirma:

Fue una experiencia muy especial, un tipo de experiencia corporal que puedo definir como «paternal». El tipo de experiencia física que puede experimentar una persona cuando es sujetada por su padre. Por ejemplo, fue como si estuviera con mi padre esta mañana después de no sé ni siquiera cuántos años, y realmente fue un regalo. Lo podría describir con tan solo una palabra: equilibrio. Un intenso sentimiento de equilibrio que no percibía desde hacía mucho tiempo, y es como tener otro cuerpo.

Comentario: el grupo de terapia amniótica ofreció contención para sus aterradoras proyecciones y las transformó en amor y protección. Por primera vez G tiene la sensación de estar en el lugar correcto para liberarse de sus pesadillas, para soñarlas y digerirlas con el grupo.

En una experiencia compleja, G es entonces capaz de ayudar a la terapeuta, a la que percibe como una hermana que necesita protección. En una reacción de contratransferencia, la terapeuta se siente como si G fuera su hermano, capaz de protegerla, y asocia la experiencia emocional con su dolorosa infancia (cuando se sintió cualquier cosa menos protegida por su hermano mayor, que en realidad había abusado sexualmente de ella durante varios años). En este caso tuvo lugar algo más que la transferencia y la contratransferencia: fue una transferencia recíproca. Por lo tanto, la supervisión fue crucial para profundizar el conocimiento de estas experiencias.

En la terapia amniótica también hemos observado una activación de la sublimación de los instintos eróticos, tanto en los pacientes como los terapeutas. En la sublimación, el objetivo del instinto genital se desplaza y, tanto en los pacientes como en los terapeutas, el placer genital se transforma en el placer de ser sujetado y mecido, la sensación de la piel cuando es tocada por el líquido templado, y el placer por el apoyo amniótico de todo el grupo. La energía desexualizada producida por la sublimación sigue varios caminos:

- En el terapeuta, incrementa la devoción hacia el paciente, al que se respalda y apoya con más cuidado y afecto. En este caso, la energía de sublimación de los instintos genitales se pone al servicio de satisfacer las necesidades pregenitales del paciente.
- En el paciente, la energía desexualizada producida por la sublimación de los instintos genitales se dirige a que el terapeuta preste su apovo al paciente.
- La energía desexualizada producida por la sublimación de los instintos genitales también se dirige hacia el grupo y se puede observar en el aumento de los contactos entre los participantes del grupo y en el ritmo y la frecuencia de las uniones-separaciones dentro del grupo. Así, la energía sublimada del instinto genital se pone al servicio del proceso primario de reparación en el grupo. Un contenedor fragmentado y amenazante se transforma en un cuerpo materno completo, en un vientre que sujeta con amor.

Terapia artística

A modo de conclusión presentaremos algunas imágenes y comentarios del paciente C, que ha mostrado gracias a la terapia artística sus experiencias durante la terapia amniótica. Estas importantes imágenes pueden ayudar a comprender la intensidad emocional de su trabajo, y las emociones que se pueden desencadenar tanto en el paciente como en los terapeutas.



Figura 6.1 «Esta es la piscina debajo del cielo estrellado y representa la sensación que tuve mientras estaba con los ojos cerrados: que estaba rodeado por sirenas... Las figuras son negras porque no se les podía ver la cara, y pueden ser amistosas o amenazantes, como puedes ver por la posición de las manos. Por el contrario, las caras eran simplemente como máscaras que estaban emergiendo».

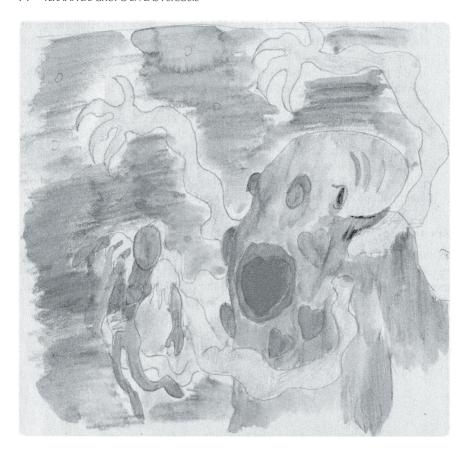


Figura 6.2 «Debajo del agua, el ruido del latido cardíaco siempre se amplifica, y la sensación de formar parte del grupo se debe a que todos estos corazones laten como si fueran uno solo. En cierto modo se parece al sonido de una criatura que se ve en mi dibujo. No es un monstruo, sino una criatura buena, que da masajes a las personas con manos de algas. Así que las manos son delicadas, en lugar de monstruosas. La criatura tiene varios corazones latiendo.»

Los «malos pensamientos», miedos y amenazas que se están proyectando en este momento en el grupo adoptan una forma tentacular. Sin embargo, la criatura también tiene unos brazos delicados, «como algas», y, sobre todo, los corazones que laten significan el inicio de cierta intimidad emocional en el grupo. El apoyo cálido está simbolizado por el corazón rojo del paciente, que también se dibuja sobre la figura monstruosa.

La calidez del agua es el signo, y no el símbolo, del calor afectivo y del corazón del grupo. La intimidad emocional comienza a experimentarse como agradable y no amenazante. Esta experiencia del grupo permite que los pacientes vivan la simbiosis y la separación al mismo tiempo, integrándolas.

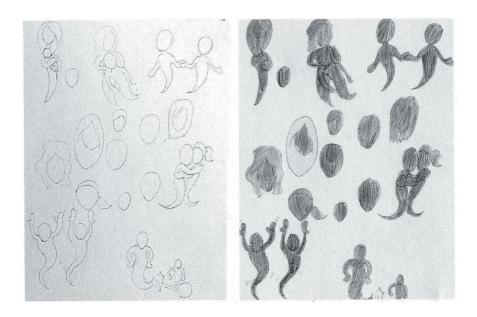


Figura 6.3 «Este dibujo tiene un significado más profundo. Representa diversas sensaciones de la terapia. Hay muchas caras que simbolizan la comunidad, la posibilidad de estar juntos y sentirse como uno solo. Hay algunos abrazos entre la madre y el niño, dos amigos, una madre y un hijo mayor, un novio y una novia, y una persona con un niño que está jugando, que podría ser yo con mi nieto. El contacto y el abrazo en el agua me sugieren otras situaciones en las que esto sucede».

En esta imagen se representa una secuencia de muchos momentos de transferencia experimentados en el grupo: lactante-hijo, hermano-amigo, hijo-adolescente, pero también un amante y un padre. La «burbuja» que contiene el grupo parece ser fuerte, y abre las puertas a experiencias positivas. En la terapia de grupo en el agua estas posiciones de transferencia toman se encarnan en los hombres y mujeres que comparten una experiencia

de relación con el dolor del paciente, con su muerte y su vida. Durante el trabajo terapéutico es la capacidad del terapeuta de integrar estas funciones lo que permite que se mantenga una alianza profunda con los recursos psíquicos vitales del paciente, a menudo ocultos en sus síntomas.

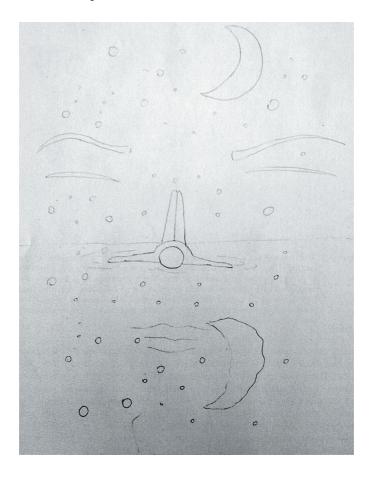


Figura 6.4 «Esta figura actúa a tres niveles. Hay un hombre flotando en el agua con las piernas levantadas. También está el reflejo del cielo nocturno en el agua. En conjunto también representa una cara somnolienta. Están los ojos, signos en el agua para la boca, y el hombre es la nariz. Todo tiene una dimensión onírica».

En esta última imagen surge una cara a partir de una intrincada red de identificaciones y contraidentificaciones en el grupo. La imagen recuerda

el conocido dicho: «el todo es más que la suma de sus partes». Parece representar la opinión de Foulkes (en referencia a los estudios de Lewin sobre el concepto de campo, que se remontan a los años 30 del siglo XX) de que la originalidad de la situación del grupo no depende de la suma de las personalidades de cada uno de los miembros. Por el contrario, la «matriz» muestra su propia estructura y autonomía funcional, que en cierto modo trascienden al individuo, aunque estén totalmente construidas y sean compartidas por los individuos. El grupo tiene una sólida complejidad interna, aun cuando el grupo sea también una unidad funcional.

Durante sus complejos recorridos terapéuticos, los pacientes psicóticos encuentran diferentes profesionales en distintos contextos asistenciales. La fragmentación de su experiencia existencial les obliga a diseminar partes de su propio self y de su mundo interno. Se puede considerar que estos fragmentos desconectados son teselas de un mosaico confuso que esperan a ser reordenadas para reflejar la identidad del paciente y su integración constante. En la figura 6.4 el surgimiento de una cara bien definida muestra el lento proceso de construcción de la identidad. Las experiencias verbales y no verbales del grupo, como ya se ha mencionado, ayudan al paciente a «soñar hacia fuera», integrando experiencias de simbiosis y separación. Intentamos recomponer un mosaico, lo que permite que los pacientes se identifiquen con una imagen unitaria de su propio self que pueden interiorizar como un símbolo seguro y firme (Donnari, 2011).

La atención que se presta constantemente a las necesidades afectivas primordiales de cada uno de los pacientes, y a su diferenciación progresiva, de la misma forma que a la evaluación de las relaciones importantes, permite que los miembros del grupo terapéutico mantengan una representación interna plástica y multidimensional del paciente que siempre propende a una integración adicional. Representa una base extremadamente segura que permite que el paciente se libere de las viejas representaciones consolidadas de sí mismo a fin de alcanzar otras diferentes que sean más ricas y auténticas.

Bibliografía

Benedetti, G. (1991) 'Foreword' in G. Benedetti and P.M. Furlan (Eds), *The Psychotherapy of Schizophrenia*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber Publishers.

Bion, W.R. (1962) Learning from Experience. London: Heinemann.

Donnari, S. (2011) 'Video-integration in group therapy of psychoses' (pp. 40-53) in 17th ISPS International Congress 'Psychological Therapies for Psychoses in the 21st Century Influencing Brain, Mind and Society'. Dubrovnik, 31 st May-4th June.

Donnari, S., Garis, M. and Peciccia, M. (2006) Warm water dipping group therapy for psychotic patients. Acta Psychiatrica Scandinavica, 431(114).

Fenichel, O. (1945) *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: Norton. Freud, A. (1937) *The Ego and the Mechanisms of Defence*. London: Hogarth Press.

Freud, S. (1912) 'The dynamics of transference' in J. Strachey (Ed), The Standard Edition of the Complete Psychological Works of S. Freud, Vol. XII (1978). London: Hogarth Press. Freud, S. (1914) 'Remembering, repeating and working-through (Further recommendations on the technique of psychoanalysis II)' in J. Strachey (Ed), The Standard Edition of the Complete Psychological Works of S. Freud, Vol. XII (1978). London: Hogarth Press.

Gabbard, G.O. and Wilkinson, S.M. (2000) Management of Countertransference with Borderline Patients. Lanham, MD: Jason Aronson.

Greenson, R.R. (1967) Technique and Practice of Psychoanalysis. New York: International Universities Press.

Peciccia, M. and Benedetti, G. (1996) The splitting between separate and symbiotic states of the self in the psychodynamic of schizophrenia. *International Forum of Psychoanalysis*, 5, 23-38.

Peciccia, M. and Benedetti, G. (2006) Principio del piacere e psicosi [Principle of pleasure and psychosis]. *Rivista di Psicologia Analitica*, 74, 87-118.

Peciccia, M. and Donnari, S. (2006) 'Ad aquas - Le acque della salute' ['Ad aquas - The waters of health'] in INuovi Luoghi delle Cure a Cura di Pier Maria Furlan [The New Place of Care by Pier Marian Furlan]. Turin, Italy: Edizioni Celid.

Peciccia, M., Mazzeschi, C., Donnari, S. and Buratta, L. (2015). A sensory-motor approach for patients with a diagnosis of psychosis: Some data from an empirical investigation on amniotic therapy. Psychosis, 7(2), 141-151.

Searles, H.F. (1965) Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects. New York: International Universities Press.

Štrkalj-Ivezić, S. and Urlić, I. (2015) The capacity to use the group as a corrective symbiotic object in group analytic psychotherapy for patients with psychosis. *Group Analysis*, 48(3), 315-331.

Urlić, I. (1999) 'The therapist role in the group treatment of psychotic patients and outpatients. A Foulkesian perspective' (pp. 148-180) in V.L. Schermer and M. Pines (Eds), *Group Psychotherapy of the Psychoses*. London: Jessica Kingsley.

Urlić, I. (2012) 'Group psychotherapy for patients with psychosis: A psychodynamic (group analytical) approach' (pp. 547-569) in J.L. Kleinberg (Ed), The Wiley-Blackwell Handbook of Group Psychotherapy. New York: Wiley.

79

Urlić, I. (2016). 'The single session approach: The importance of the first encounter between patient and the doctor'. Lecture at the School of Psychotherapy of Psychoses, Dubrovnik, Croatia.

Winnicott, D.W. (1945) Primitive emotional development. *The International Journal of Psychoanalysis*, 26, 137.

Žunter Nagy, A.M. and Mayer, N. (2001) 'Transference and countertransference in psychotherapy of psychoses'. Lecture at the School of Psychotherapy of Psychoses, Dubrovnik, Croatia.

CAPÍTULO SIETE

Psicoterapia de grupo en la unidad de pacientes hospitalizados agudos

Ivan Urlić

Introducción

En principio, los servicios psiquiátricos se organizan en torno a los servicios hospitalarios o a una red de centros de salud mental que tiene una relación estrecha con la planta del hospital. En cualquier caso, si es necesaria la hospitalización para proteger al paciente y a su entorno de la agresividad dirigida contra los demás o contra él mismo, o de alguna otra forma de conducta incontrolada y de la influencia de aberraciones patológicas en la vivencia de los mundos interno o externo, o de ambos, el paciente que sufre de episodios psicóticos agudos se enfrenta muy a menudo al ambiente de la unidad psiquiátrica aguda.

El conocimiento de la psicopatología de los pacientes con psicosis y la posibilidad de administrar mejor el tratamiento en la fase aguda que supone una descompensación implican las siguientes consideraciones:

- El significado de la hospitalización.
- El valor del primer encuentro para el paciente y el terapeuta o el equipo terapéutico.

- Cuándo y cómo se debe comunicar que se espera la inclusión del paciente en la comunidad terapéutica de la unidad psiquiátrica aguda.
- Cómo transmitir al nuevo paciente que la libertad de expresión verbal de sus pensamientos y sentimientos excluye las conductas inadecuadas.

Los primeros encuentros entre el psiquiatra o el equipo psiquiátrico y el paciente tienen un valor grande y decisivo para determinar la posibilidad de colaboración entre ellos, o entre los grupos de pacientes con psicosis y su coordinador, los profesionales de enfermería del hospital y el equipo terapéutico.

El primer encuentro del paciente y el equipo terapéutico: experiencias individuales y de grupo

La investigación sobre la alianza de trabajo en psicoterapia debe mucho a los nuevos y complejos conocimientos sobre el significado de la vulnerabilidad emocional de las personas que más tarde pueden presentar formas disociativas y psicóticas de afrontar las experiencias traumáticas tempranas (González de Chávez, 2012) y a los nuevos conocimientos que ofrecen los descubrimientos neurocientíficos. Estas experiencias, junto con los recuerdos y las consecuencias que han quedado grabados, tienden a aparecer en las personas hipersensibles en forma síntomas que constituyen la expresión de profundos mecanismos de defensa disociativos y de escisión. Los síntomas psicóticos dominan sus cuadros clínicos.

Cuadro clínico 7.1

El paciente ingresó de urgencia acompañado por sus familiares, el personal médico y la policía. Era un joven extremadamente agitado que expresaba sus enormes miedos maldiciendo y escupiendo e intentando deshacerse de sus guardianes. Rechazaba cualquier contacto verbal, e inmediatamente después de haberle sujetado a la cama y de haberle administrado medicación le expliqué mis responsabilidades durante su ingreso en el hospital, y que la sujeción era para evitar cualquier daño que pudiera provocarse a sí mismo o a los demás. Le dije que su equipo le ayudaría a tranquilizarse, y que luego hablaríamos de sus experiencias. Otros pacientes de la unidad aseguraron al recién llegado que podía estar seguro de que esta promesa se cumpliría.

Después de varios días se invitó al paciente a hablar con el psiquiatra. Al entrar en la habitación su vista se fijó en un cartel (v. fig. 7.1) inspirado en las manchas de Rorschach. En el centro del cartel, el juego del parchís representa un juego bien estructurado. Pasados unos minutos el paciente dijo que se sentía «así», y señaló la parte turbulenta del diseño. Asentí con la cabeza. Y continuó: «y a usted le gustaría que yo fuera así», señalando al juego bien estructurado. Volví a asentir con la cabeza. El paciente suspiró aliviado y se sentó, dispuesto a iniciar el diálogo. Este fue el comienzo de una colaboración fructífera. Más tarde, durante los encuentros terapéuticos comunitarios, fue muy constructivo al animar a otros recién llegados a colaborar con el tratamiento.

(Fuente: Urlić, 2012)



Figura 7.1 Cartel con manchas similares a las de la prueba de Rorschach, con el juego del Ludo en el centro

La alianza de trabajo es un aspecto de la relación terapéutica que se refiere a la colaboración (Manor, 2010). En la consulta individual o en el trabajo en grupo se debe desarrollar dicha colaboración no solo entre el terapeuta y el paciente (cada uno de los pacientes), sino también entre todos los pacientes que asisten a cada uno de los grupos. Se espera que cada paciente reciba ayuda no solo del psiquiatra o del equipo terapéutico, sino también de sus iguales (familiares, amigos, compañeros de trabajo, otros miembros del grupo, etc.).

Aunque el primer contacto médico con el paciente psicótico agudo suele ser individual, inevitablemente también están presentes distintos grupos: familiares, profesionales médicos y sociales (incluyendo la policía y los servicios médicos de urgencia), otros pacientes de la unidad psiquiátrica, etc. (Urlić, 2012). El desarrollo de la confianza mutua es el elemento fundamental que permite que los pacientes individuales o los miembros del grupo revelen sus dificultades y establezcan relaciones seguras y de confianza con las personas importantes de su entorno. Los miembros del grupo deben tomar conciencia de la experiencia emocional correctora dentro del entorno terapéutico, individual o de grupo, y deben comparar diversos tipos de experiencias (incluso la experiencia simbiótica correctora) (Urlić, 1999, 2012; Štrkalj-Ivezitć and Urlić, 2015).

Después de más de 40 años de trabajo en el servicio de psiquiatría, el psiquiatra puede recordar todo tipo de encuentros con diferentes casos psiquiátricos. Estos encuentros suelen ser con pacientes acompañados por sus familiares, o por la policía y los servicios médicos de urgencia cuando es necesaria su intervención. Es poco frecuente que alguien decida consultar con un psiquiatra por sentimientos o síntomas relacionados con cambios en el pensamiento y otros elementos de la esfera cognitiva que desconciertan y agobian a la persona, a veces incluso de forma obsesiva.

Cuadro clínico 7.2

Hace algún tiempo recibí una llamada telefónica de una ciudad lejana. El nombre no me era desconocido, pero no podía recordar más detalles. El joven se presentó como un ingeniero que vivía con su familia y trabajaba en esa ciudad. Tenía una relación matrimonial estable y dos hijos en edad escolar. Estaba satisfecho con su trabajo y expresó su perspectiva de promoción profesional. Estaba en contacto habitual con su psiquiatra para recibir medicación. La única insatisfacción, dijo, era no tener la oportunidad de hablar de sus pensamientos y sentimientos: se sentía atormentado todo el tiempo, aunque no siempre con la misma intensidad.

Me llamó por teléfono porque recordaba el primer encuentro que tuvo conmigo, 15 años antes, cuando fue llevado por primera vez a la clínica psiquiátrica por una descompensación psicótica con intenciones suicidas. Esto sucedió durante su primer año de estudiante. Como procedía de una familia tradicional con cuatro hijos, nunca había estado fuera de su pueblo durante mucho tiempo hasta que comenzó a estudiar. Esta primera separación de su familia y de su ambiente habitual le generó ansiedad intensa, miedos inmotivados e ideas suicidas. En nuestra primera entrevista quedó de manifiesto su hipersensibilidad, así como su ansiedad por la separación y el miedo a la intensidad psicótica. Sus ideas e intentos de suicidio se controlaron con medicación a dosis altas. Después de ser dado de alta del hospital continuó sus estudios en otra ciudad donde tenía familiares y apoyo médico.

Ahora, 15 años más tarde, una vez que tenía su familia, su trabajo y una vida satisfactoria, quería hablar de la amenaza que sentía en su interior. Recordó que su padre le aplicó castigos físicos durante su infancia y adolescencia, y frecuentemente le criticaba y nunca le hacía ningún elogio. Su baja autoestima estimulaba sus impulsos suicidas. Al tomar conciencia de esta conexión, y mediante la elaboración emocional, la presión de estas ideas perdió su intensidad, y su autoestima pudo aumentar. Durante la psicoterapia subrayó repetidamente que nuestros primeros encuentros le habían ayudado a transformar el miedo a la terapia psiquiátrica en el sentimiento de empoderamiento que le daba la cercanía humana con el psiquiatra. Por lo tanto, la experiencia emocional correctora pareció ser el elemento esencial que le sirvió de apoyo durante mucho tiempo y después de muchos años.

Según Satir (2000):

Todo el proceso terapéutico debe estar dirigido a abrir el potencial de curación entre el paciente y el terapeuta o el equipo terapéutico.

En mi experiencia, nada cambia hasta que se abre ese potencial de curación: el encuentro del self más profundo del terapeuta con el self más profundo del paciente. Esto crea un contexto de vulnerabilidad y de apertura a la posibilidad de cambio. Además, Satir (2000) describe una definición simplificada de un sistema, una especie de diálogo continuo:

...acción, reacción e interacción entre un conjunto de variables esenciales que desarrollan un orden y una secuencia para obtener un resultado conjunto.

Siguiendo una tendencia hacia el eclecticismo positivo, Kanas (1996) aboga por un método integrador que incluya en la psicoterapia de grupo de los pacientes con psicosis todos los elementos constructivos de todos los tipos de abordajes. El fortalecimiento de las funciones del ego por medio de la terapia de grupo, especialmente la posibilidad de sentir y verificar la realidad, sigue siendo el objetivo básico de este método. En otras palabras, el afrontamiento de los síntomas y la mejora de las relaciones interpersonales deben ser constantemente objetivos básicos del tratamiento. De este modo, el tratamiento con psicofármacos y la psicoterapia representan dos partes de un todo, junto con las intervenciones psicosociales.

Cuadro clínico 7.3

Hace más de 30 años conocí a un arquitecto que, incluso siendo estudiante, destacaba entre sus compañeros. Su carrera se desarrolló de manera brillante. Vivía con su familia y era padre de tres hijos. Su crisis psicótica sorprendió a su familia, pero no fue una sorpresa para él mismo. Durante muchos años a veces era consciente de que no era capaz de desempeñar plenamente sus funciones. Sus fantasías, más bien grandiosas, tuvieron un efecto desorganizador en su trabajo y su creatividad. Estaba muy preocupado por no poder contener estos episodios, y tenía ansiedad porque su esposa, sus hijos, sus amigos y sus colaboradores percibieran su «distracción». En realidad, su afectividad era bastante plana y le percibían como una persona introvertida. Al principio de nuestra colaboración terapéutica aceptó que no era «libre» en su conducta y en la expresión de sus sentimientos e ideas debido a los síntomas disociativos, que le hacían diferente de las personas que le rodeaban.

Después de varios años de psicoterapia, combinada con pequeñas dosis de antipsicóticos, acordamos que asistiría a las consultas solo cuando lo necesitara. Después de muchos años me informó de que tomaba habitualmente su muy escasa medicación, y que en diversos momentos hablaba conmigo en su imaginación, como si estuviera en nuestra experiencia psicoterapéutica. En todos estos años se había convertido en un arquitecto de mucha fama y tenía un desempeño funcional muy bueno. Las impresiones favorables de nuestros primeros encuentros habían desdramatizado su pensamiento sobre el lado psicótico de su mente, de modo que podía vivir y trabajar con pequeñas cantidades de ayuda psiquiátrica.

El entorno estructurado, aunque regresivo, del hospital representa un marco para la experiencia simbiótica, que en el sentido correctivo y constructivo ofrece lo siguiente (Urlić, 1999; Restek-Petrović, Oreškovic-Krezler and Mihanović, 2007; Gans and Counselman, 2010):

- Una relación estructurada, personal y diádica con el médico y el personal sanitario (si tiene formación adecuada).
- Medicamentos que, además de sus efectos farmacológicos, también están imbuidos del significado de un objeto de transición en el que a menudo se invierte y que se incorpora de forma ambivalente. En consecuencia, la medicación se puede experimentar independientemente de sus propiedades farmacológicas.
- La experiencia de grupo, como lugar de exposición, así como la posibilidad de «practicar» una situación triádica que determina la valoración de la capacidad de reajuste social del paciente, o el nivel de de-fusión de los objetos parciales y el grado en el que se establecen su integridad y constancia.

La mayor parte de las ocasiones el tratamiento hospitalario también representa un elemento selectivo para continuar la psicoterapia de grupo en el tratamiento ambulatorio.

La relación entre un paciente con psicosis y el terapeuta

En la aplicación de la psicoterapia individual o de grupo a los pacientes con psicosis tienen una importancia fundamental los siguientes aspectos:

- La evaluación de la capacidad del paciente para establecer una relación con el terapeuta y, a través de él, también con los demás.
- Los rasgos de personalidad y la formación del terapeuta.

La capacidad de un paciente con psicosis de establecer una relación con otra persona se refiere principalmente a su capacidad de introyección. La integridad de la experiencia intrapsíquica del paciente está entretejida con su capacidad de percibir la realidad exterior y de, a partir de esta realidad, introyectar al terapeuta como un objeto externo separado. Otra dimensión de la relación con la realidad externa es la proyección, que se entrelaza con la introyección. El intercambio constante entre introyección y proyección determina la experiencia del self y la definición de los objetos externos y del entorno. Según Satir (2000):

Tienes afecto y tienes un efecto.

La capacidad de establecer relaciones con los demás está vinculada con la posibilidad de que los pacientes que sufren de psicosis establezcan una transferencia positiva (v. también cap. 6). La transferencia del paciente con psicosis también incluirá la repetición de la relación con el terapeuta/equipo terapéutico desde los primeros encuentros, con elementos de la vida real (v. Caso clínico 7.2).

El terapeuta debe introducir las siguientes características terapéuticas en la relación terapéutica (Urlić, 1999, 2012):

- Calidez no posesiva (es una capacidad primaria, unidireccional y no verbal).
- Empatía (capacidad del terapeuta de introyectar al paciente como objeto y de estructurar la imagen del paciente con tantos datos de todas las fases del desarrollo como sea posible: en el terapeuta, la imagen del paciente se forma mediante la organización de los datos no verbales y verbales percibidos inconsciente y conscientemente).
- Un aspecto genuino (que permite al terapeuta dirigir y medir espontáneamente su conducta hacia el paciente).

Cuando coordina a un grupo de pacientes con esquizofrenia u otro trastorno psicótico, el terapeuta actúa de manera diferente a como lo haría en un grupo de personas capaces de desempeñar su capacidad funcional a un nivel superior. Los objetivos del trabajo en grupo están relacionados con las necesidades específicas de los pacientes. Debido a las dificultades que tienen los pacientes con psicosis para experimentar e interpretar las realidades interna y externa, Kanas (1996) describe las funciones del terapeuta en estos grupos. El terapeuta es: (1) activo y directivo a fin de mantener a los miembros del grupo centrados en el tema; (2) claro, consistente y concreto en las intervenciones; (3) comprensivo y diplomático con los comentarios; (4) abierto y dispuesto a dar opiniones y consejos que sean adecuados para la discusión; (5) centrado en el aquí y ahora (no en el ahí y entonces); y (6) favorable a las interacciones entre los pacientes (en lugar de las interacciones entre el paciente y el terapeuta).

En el contexto de la función que desempeña el terapeuta en un grupo de pacientes con psicosis, existe un dilema entre los dos tipos básicos de coordinador: «energizante» o «proveedor» (Yalom and Lieberman, 1971). En relación con la acción medida, parece que la paciencia del proveedor es más aceptable (Urlić, 1999), ya que parece que de esta forma se desempeña mejor el papel del terapeuta como «nuevo objeto primario», aunque requiere un compromiso más completo y prolongado por parte del terapeuta.

Si se analizan los grupos pequeños y medianos de pacientes hospitalizados y ambulatorios que sufren de psicosis, así como el papel del terapeuta en dichos grupos, podría decirse lo siguiente (Urlić, 1999, 2012):

- El terapeuta coordina a los individuos del grupo. Por experiencia propia, esta situación no cambia mucho desde el principio hasta el final del tratamiento de grupo en las condiciones del hospital, debido a la profunda regresión y la fragmentación del funcionamiento psíquico de los pacientes. En un grupo de pacientes ambulatorios se puede aplicar un método más flexible, con la transformación de los tratamientos de final abierto en un curso de tratamiento más definido.
- En los grupos hospitalarios, debido a las limitaciones de tiempo relacionadas con el tratamiento en la planta y a la heterogeneidad en la profundidad de la regresión, los objetivos terapéuticos son necesariamente limitados. Por el contrario, un grupo de pacientes ambulatorios necesita constancia o continuidad espacial y temporal, con una perspectiva abierta y adaptable al nivel de las funciones del ego y estabilidad en las relaciones de objeto del paciente. En un grupo de pacientes ambulatorios con psicosis, la posibilidad de evolución del papel del terapeuta de líder a coordinador es más realista y a menudo más adecuada que en el entorno hospitalario (Foulkes, 1964). Esto significa que las distinciones entre estos dos tipos de conducta se vuelven más sensibles a una amplia gama de influencias y, por lo tanto, son mucho más flexibles en su intercambio.
- El trabajo terapéutico en grupo puede orientarse a la experiencia simbiótica correctora, así como a la «dilución» de la relación de transferencia diádica en relación con el desarrollo dirigido a un nivel triádico, mejor adaptado socialmente (Urlić, 1999; Chazan, 2001; Štrkalj-Ivezić v Urlić, 2015).
- Tanto en el entorno intrahospitalario como en el ambulatorio, la psicoterapia de grupo en los pacientes con psicosis, junto con la terapia psicofarmacológica, representa una parte complementaria esencial del tratamiento de los pacientes con psicosis (con la excepción de los pacientes maníacos y los que tienden a tener una conducta inadecuada, y con beneficios cuestionables en los pacientes que sufren de paranoia aguda). El componente social del método biopsicosocial debe representar siempre uno de los marcos de trabajo básicos, teniendo en cuenta el mejor nivel de recuperación posible.

La psicoterapia de grupo de los pacientes con psicosis representa una parte importante de los procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos. Puede representar la técnica de un método profesional como parte de la rutina habitual o puede alcanzar altos niveles de creatividad y representar un desafío para la investigación científica futura.

Por lo tanto, se debe considerar que el método psicodinámico (analítico de grupo) es un conjunto de conceptos derivados de nociones psicoanalíticas esenciales y de abundantes experiencias clínicas a largo plazo, sujeto a las correspondientes modificaciones cuando se va a aplicar a la psicoterapia de grupo de orientación psicodinámica en los pacientes con psicosis. Según mi experiencia, esta es la forma más eficaz de respaldar el desempeño de las funciones sociales y la identidad personal, lo que conduce a la recuperación.

Cuadro clínico 7.4

En una sesión de psicoterapia de grupo para pacientes con psicosis, la paciente L relata su sueño. Va a ir a una fiesta. Muchos de sus amigos estarán allí. Tiene curiosidad por saber con quién se va a encontrar. En la siguiente escena se encuentra con su amigo (que sufre de esquizofrenia y ha intentado suicidarse varias veces), que la saluda: «Hola, ¿cómo estás?» En este sueño él se comporta de una manera muy normal; un hombre culto y muy inteligente.

Después de haber relatado su sueño, la paciente L añade que todavía está desconcertada y emocionada porque una persona «loca» pueda sentirse tan bien y parecer tan normal. En la discusión de grupo, muchos pacientes están de acuerdo en que a veces se sienten normales y enfermos al mismo tiempo. Esto es un signo de esperanza para todos ellos. El terapeuta enfatiza entonces la importancia de la colaboración continua con el equipo terapéutico. Muchos miembros del grupo asienten con la cabeza.

Después de un breve silencio, la paciente M dice que le gustaría compartir su secreto: se divorció porque no podía soportar vivir con un hombre rígido. Ha tenido muchas parejas desde entonces. Su madre, viuda, dice que las mujeres no deben estar solas. Los comentarios del grupo se refieren a las dificultades para establecer relaciones más estables dentro de sus familias. Algunas veces estas dificultades les llevan a evitar los contactos interpersonales íntimos. Otro miembro del grupo afirma que se siente bien en este grupo porque confía en todos los miembros del equipo y en el grupo.

Comentarios: En esta sesión, el desarrollo de la confianza mutua fue el elemento central que permitió a los miembros del grupo revelar sus dificultades para establecer relaciones seguras y fiables con las personas importantes de su entorno. Los miembros del grupo estaban tomando conciencia de la experiencia emocional correctora dentro del grupo terapéutico, y pudieron comparar diversos tipos de experiencia.

(Fuente: Urlić, 2012)

Objetivos, tareas y vínculos para la psicoterapia en pacientes hospitalizados con psicosis

El marco de trabajo con el paciente hospitalizado lleva al terapeuta a preguntarse constantemente cómo influyen los diversos sistemas implicados (los pacientes, el terapeuta, el personal de la planta, las familias, los empleadores de los pacientes, etc.) en tres cuestiones principales, y, a su vez, cómo se ven influenciados por ellas: los objetivos del trabajo en grupo (psicoterapia), las tareas (es decir, los métodos) elegidas y los vínculos que se desarrollan durante la sesión (Manor, 2010). El ambiente de la unidad psiquiátrica como comunidad terapéutica tiene una gran influencia en la naturaleza de las relaciones y en todo el entorno, lo que genera la alianza de trabajo. Constantemente se debe manifestar calidez al acercarse a los pacientes, mediante comunicación verbal y no verbal. Debido a la rápida rotación de los pacientes, el ambiente puede fluctuar constantemente, por lo que son necesarios nuevos ajustes. Esto se refleja en el grupo en su conjunto e influye en los objetivos, las tareas y los vínculos.

Debido a las características específicas de la naturaleza del trabajo en la unidad psiquiátrica aguda, los objetivos deben ser moderados en cuanto a las expectativas de los pacientes y a lo que se puede conseguir durante su hospitalización. Las habilidades de resolución de problemas son una parte importante del trabajo de grupo, con el objetivo de fortalecer las funciones del ego de los pacientes y su capacidad de verificación de la realidad. MacKenzie (1997) sugiere que las tareas pueden planificarse en un «formato de sesión única», en el que cada sesión es una experiencia autónoma. Hay que tener en cuenta que la inclusión demasiado precoz del paciente recién ingresado puede provocar en él nuevos miedos y proyecciones, así como identificaciones proyectivas, todo lo cual podría dar lugar a conductas inadecuadas que pueden ser no solo perturbadoras para el grupo, sino también incluso peligrosas debido a la agresividad que se libera.

El trabajo en grupo en la unidad psiquiátrica aguda refleja principalmente algunas experiencias previas de todos los miembros del grupo. Es importante utilizar el trabajo en grupo como un lugar privilegiado en el que se puede fomentar el establecimiento de nuevas relaciones y experimentar las posibilidades de vinculación social. La función de apoyo y contención que ofrece no solo el grupo, sino también toda la unidad, y la función estructuradora de los límites y de la alianza de trabajo suelen ser útiles a este respecto. En este entorno se fomenta la reducción de la escisión y de la profunda regresión en el desempeño funcional de la personalidad, para que los pacientes puedan recuperar una mejor verificación de la realidad y la capacidad de interrelacionarse con otras personas. Aunque esto comienza con una experiencia terapéutica bien estructurada y protegida en la unidad aguda de psiquiatría, puede realizarse después en una cultura de grupo reconocible.

Comentarios finales

Considerando el carácter gregario de la naturaleza humana, los pacientes con una descompensación psicótica aguda en una unidad de hospitalización psiquiátrica aguda deben ser recibidos con una aceptación bien estructurada de sus temores impensables, su ansiedad y su sensación de que su vida está en peligro. La aceptación terapéutica estructurada del paciente debe incluir:

- Modalidades de tratamiento claramente definidas.
- Medicación y un sistema de neutralización para la posible agresividad explícita dirigida contra uno mismo o contra los demás.
- Explicación adecuada e individualizada de la alianza de trabajo propuesta por la unidad.
- Experiencia de grupo para fomentar el vínculo con otros pacientes y con el equipo terapéutico, así como para restablecer o apoyar la capacidad de reajuste social.

La capacidad de contención que ofrece la unidad debe tener en cuenta los límites y la estructura de la unidad, así como el precario equilibrio entre la jerarquía y los elementos democráticos, especialmente con los pacientes que se encuentran en una descompensación psicótica aguda o que, por el motivo que sea, tienen un desempeño funcional con un sentido borroso de los límites. Se debe prestar una atención especial a aquellos pacientes que responden con rechazo a la aceptación cálida, lo que puede indicar que se sienten abrumados por miedos paranoicos. Regular la distancia en la relación con los pacientes paranoicos y muy agitados forma parte del

trabajo rutinario en una unidad hospitalaria psiquiátrica aguda. Esto es especialmente importante en lo relativo al trabajo en grupo.

Todo el trabajo de grupo en una unidad psiquiátrica intrahospitalaria se lleva a cabo en situaciones que cambian constantemente. Los principales objetivos de este trabajo de grupo con los pacientes psicóticos son:

- Ayudar a los pacientes a superar una crisis psicótica aguda.
- Permitir que los pacientes restablezcan su mejor equilibrio en el desempeño de sus funciones psíquicas.
- Mejorar la verificación de la realidad.
- Regular mejor la modulación de los afectos y los patrones de conducta.
- Mejorar el vínculo interpersonal.
- Preparar a los pacientes para continuar con la psicoterapia de grupo en régimen ambulatorio.
- Fortalecer las funciones del ego y las relaciones sociales.

La generación de una experiencia positiva a partir del (primer) encuentro con la unidad psiquiátrica aguda es un desafío que incluye el apoyo constante mientras se pasa del uso excesivo de unos mecanismos de defensa primitivos a otros más maduros. El método analítico de grupo clásico siempre debe adaptarse para tener en cuenta las necesidades específicas de los pacientes diagnosticados de psicosis (ya sea esquizofrenia, trastorno bipolar o cualquier otra entidad etiológica).

Bibliografía

Chazan, R. (2001) *The Group as Therapist*. London: Jessica Kingsley.

Foulkes, S.H. (1964) *Therapeutic Group Analysis*. London: George Allen & Unwin Ltd. GansGans J.S. and Counselman, E.F. (2010) Patient selection for psychodynamic group psychotherapy: Practical and dynamic considerations. International Journal of Group Psychotherapy, 60(2), 197-220.

González de Chávez, M. (2012) «¿Cómo establecer relaciones terapéuticas con una persona que vive experiencias psicóticas?» (pp. 361-381) en M. González de Chávez (Ed), 25 Años de Psicoterapia de Grupo en las Psicosis. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.

Kanas, N. (1996) *Group Therapy for Schizophrenic Patients*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

MacKenzie, K.R. (1997) *Time-Managed Group Psychotherapy*. London: American Psychiatric Press.

Manor, O. (2010) «The single session format» in J. Radcliffe, K. Hajek, J. Carson and O. Manor (Eds), *Psychological Groupwork with Acute Psychiatric*

Inpatients. London: Whiting and Birch.

Restek-Petrović, B., Oreškovic-Krezler, N. and Mihanović, M. (2007) Patient selection for group psychotherapy of patients with psychosis (Croatian). Socijalna psihijatrija, 35(3), 133-139.

Satir, V. (2000) «The personhood of therapist: Effect on systems» in B.J. Brothers (Ed), *The Personhood of the Therapist*. Philadelphia: Haworth Press.

Štrkalj-Ivezić, S. and Urlić, I. (2015) The capacity to use the group as a corrective symbiotic object in group analytic psychotherapy for patients with psychosis. Group Analysis, 48(3):315-331.

Urlić, I. (1999) «The therapist role in the group treatment of psychotic patients and outpatients. A Foulkesian perspective» (pp. 148-180) en V.L. Schermer and M. Pines (Eds), Group Psychotherapy of the Psychoses. London: Jessica Kingsley.

Urlić, I. (2012) «Group psychotherapy for patients with psychosis: A psychodynamic (group analytical) approach» (pp. 547-569) en J.L. Kleinberg (Ed), The Wiley-Blackwell Handbook of Group Psychotherapy. New York: Wiley.

Yalom, I.D. and Lieberman, M. (1971) A study of encounter group casualties. Archives of General Psychiatry, 25(1), 16-30.

CAPÍTULO OCHO

Psicoterapia de grupo a corto y a largo plazo en pacientes ambulatorios que padecen una psicosis

Marjeta Blinc Pesek, Bojana Avguštin Avčin, Nada Perovšek Šolinc, Kaja Medved

Introducción

La psicoterapia de grupo para los pacientes ambulatorios con una psicosis ha sido beneficiosa para los pacientes y es gratificante para los terapeutas. Se puede aplicar en diferentes entornos y puede tener diferentes objetivos a corto y a largo plazo. La duración de la psicoterapia de grupo, así como los criterios de inclusión y exclusión, y las técnicas y los objetivos del tratamiento, son consideraciones importantes a la hora de planificar el trabajo con un grupo de pacientes con psicosis. Describimos nuestras experiencias y hallazgos a medio y largo plazo con grupos de pacientes ambulatorios que padecen una psicosis.

Selección de los pacientes

Los pacientes rara vez solicitan psicoterapia de grupo por iniciativa propia. A veces un familiar, generalmente un progenitor, busca el «mejor» tratamiento para su hijo «enfermo», pero es principalmente el terapeuta quien selecciona a los pacientes, eligiendo a las personas que piensa que

podrían beneficiarse del trabajo en grupo. Un factor importante para que la terapia de grupo de los pacientes que padecen una psicosis tenga éxito y sea gratificante es que el miembro del grupo reciba el tratamiento habitual, que incluye medicamentos recetados de forma individualizada. Un factor de pronóstico positivo es la comunicación frecuente entre el psiquiatra que trata al paciente y el coordinador del grupo.

En la fase inicial, de preparación del grupo, cada candidato a terapia de grupo debe recibir al menos una o dos sesiones preparatorias individuales. Si el grupo es coordinado en forma de coterapia, deben estar presentes los dos coterapeutas. Los terapeutas deben estar familiarizados con los antecedentes psiquiátricos detallados de cada uno de los pacientes, así como con su situación social y vital. Es importante motivar al paciente y evaluar el nivel de funcionamiento del ego y su capacidad de verificación de la realidad, así como la motivación intrínseca para la terapia de grupo. Los pacientes con psicosis aptos para psicoterapia de grupo a corto y largo plazo forman un grupo heterogéneo en cuanto a nivel de desempeño de funciones sociales, fase del proceso psicótico, rasgos de personalidad, experiencias de hospitalización y otras circunstancias vitales.

Los objetivos de cada grupo son distintos, pero todos tienen una finalidad común: aumentar la conciencia que tienen los pacientes de ellos mismos mediante la interacción con otros miembros del grupo, que aportan retroalimentación en múltiples niveles (capacidad de respuesta, compromiso, control emocional o espontaneidad), y también mediante la retroalimentación sobre su conducta en general. Los pacientes mejoran sus habilidades sociales interpersonales a través de las interacciones en el grupo. Los sentimientos de estigma y aislamiento disminuyen, y todo esto puede mejorar la calidad de vida de los pacientes. Los grupos a largo plazo pueden promover cambios en los niveles más profundos de la estructura psicológica de los pacientes y mejorar su confianza básica.

Sin embargo, se sabe que no todos los pacientes con psicosis pueden beneficiarse de la psicoterapia de grupo. Entre las contraindicaciones relativas se encuentran los síntomas paranoides graves, la enfermedad psicótica aguda, la depresión profunda, el trastorno limítrofe impulsivos con estructura narcisista, y los daños psicoorgánicos. Para los pacientes con estas alteraciones se indica la formación de grupos homogéneos según el diagnóstico; por el contrario, para los pacientes con otros rasgos psicóticos se recomiendan grupos heterogéneos de pacientes masculinos y femeninos (Urlić, 2010). Los criterios de exclusión para la psicoterapia de grupo ambulatoria son la comorbilidad por adicción a drogas, el trastorno de personalidad disocial grave comórbido, la necesidad de ingreso hospitalario crónico para el control de los síntomas, el deterioro cognitivo significativo y el síndrome mental orgánico.

Contexto

El tamaño recomendado del grupo es de 6 a 8 miembros, pero en la práctica varía de tres a 12. La frecuencia de las sesiones puede ser semanal o quincenal. La duración de las sesiones semanales es de 60 minutos, y los grupos quincenales se reúnen durante 90 minutos. Los grupos pueden ser abiertos o cerrados en lo que respecta a la inclusión de nuevos miembros. Los grupos a medio plazo suelen ser grupos cerrados. El contexto y el objetivo se deben definir de forma explícita en las sesiones preparatorias, y se deben repetir en la primera sesión de grupo. Los grupos a largo plazo suelen ser grupos abiertos con inclusión lenta, lo que significa que se puede incluir a un nuevo miembro después de la baja de un miembro anterior. El contexto y los objetivos se deben revisar al comienzo de la primera sesión de cada uno de los nuevos miembros (v. Bernard, et al., 2008).

El terapeuta

El terapeuta de grupo que trabaja con pacientes con psicosis debe tener un interés sincero y mostrarse empático con los pacientes y el grupo. Sin embargo, debería ser capaz de mantener el nivel de distancia adecuado (Gabbard, 2005; Štrkalj-Ivezić and Urlić, 2015). Es esencial la paciencia para esperar a que se produzcan los cambios muy pequeños y lentos que logran los pacientes. Es importante que el terapeuta pueda contener los afectos intensos y las proyecciones que los pacientes que padecen una psicosis a menudo expresan en la terapia de grupo.

El terapeuta debe haber recibido formación en psicoterapia de grupo, especialmente cuando trabaja con grupos a largo plazo, en los que surgen elementos de análisis de grupo y los miembros alcanzan a veces una introspección más profunda. Es importante que tenga cierta experiencia con el tratamiento de los pacientes con trastornos psicóticos y que se someta a supervisión frecuente. Los terapeutas deben ser: (1) activos, a fin de mantener a los miembros del grupo centrados en el tema; (2) claros, consistentes y concretos en las intervenciones; (3) comprensivos y diplomáticos con los comentarios; (4) abiertos y dispuestos a dar, cuando sea necesario, opiniones y consejos que sean adecuados para la discusión; (5) centrados en el aquí y ahora; y (6) favorables a las interacciones entre los pacientes.

La coordinación de los grupos en coterapia tiene algunas ventajas. La pareja de coterapeutas suele estar formada por un terapeuta con experiencia en la coordinación de grupos psicoterapéuticos para pacientes con psicosis y un coterapeuta o asistente que puede tener menos experiencia. La pareja de coterapeutas debe funcionar como un buen equipo y superar cualquier conflicto que pueda surgir entre ellos. En la coterapia es más fácil abordar y contener los afectos intensos y los conflictos inconscientes y tácitos que a menudo surgen en los grupos y que son insoportables para los pacientes. La pareja de terapeutas puede mantener la verificación de la realidad y garantizar la continuidad, lo cual es muy importante en el tratamiento de los pacientes con trastornos psicóticos.

Cuando se trabaja con pacientes que padecen una psicosis se realizan algunas modificaciones importantes en la técnica de análisis de grupo. Practicamos una técnica de grupo psicoanalítica modificada, no estructurada, con componentes de psicoeducación, elementos cognitivos, conversación no estructurada, y aclaraciones y fomento de las interacciones entre los miembros del grupo. Solo se hacen unas pocas interpretaciones de grupo, y se evitan las interpretaciones dinámicas incluso aunque la relación terapéutica sea sólida. El terapeuta es activo y ofrece intervenciones más educativas y aclaraciones, e incluso pueden ser útiles algunas sugerencias directas y gratificaciones (v. Kanas, 1996).

Cuadro clínico 8.1

La paciente A, una mujer de 35 años con esquizofrenia, empezó a participar en el grupo de terapia durante la enfermedad terminal de su madre. Ella se hizo cargo de todo el cuidado y asumió la responsabilidad de su madre durante su enfermedad. En el momento de la muerte de su madre recibió el apoyo del grupo. La paciente A regresó a su propio apartamento después de la muerte de su madre, y comenzó a trabajar.

PACIENTE A: Me torturaron durante mi ingreso en la planta de seguridad.

TERAPEUTAS Y RESTO DEL GRUPO (tratando de explicar la situación): Estabas delirando.

PACIENTE A (enfadada): Fue terrible. Me estaban torturando; fue horrible.

PACIENTE A (al terapeuta): ¡Le exijo que me crea! TERAPEUTA (tranquilizador, con voz suave): Sí, la creo.

Comentarios: La paciente A intentó proyectar en el terapeuta su sufrimiento y su fragmentación, mientras estaba todavía en la fase de negación de la pérdida de su madre. La desesperación que sintió cuando tuvo un brote psicótico y la ingresaron 5 años atrás, y el dolor que su madre no pudo evitar ni aliviar, se repiten ahora en

su transferencia psicótica hacia el terapeuta. Todavía no se había formado el contenido de su desesperación, que era la pérdida de su madre. Exigió que se reconociera y contuviera su dolor. Esto se logró no interpretando su creencia delirante de ser torturada.

Se fomentan activamente las interacciones entre los miembros del grupo. Se debe mantener el énfasis en los temas de aquí y ahora que son importantes para los miembros. El terapeuta debe tratar de incluir a todos los miembros del grupo en la discusión, ayudando a los miembros silenciosos a hablar, y también debe intentar entender los motivos de su silencio. Cuando los miembros interactúan espontáneamente en torno a un tema apropiado, el terapeuta debe permanecer en silencio y permitir que los pacientes tengan la sensación de dominio e independencia. Cuando hay un conflicto entre los miembros, el terapeuta no debe tomar partido, sino más bien animar a todo el grupo a discutir el tema de una manera que les lleve a entender por qué ha surgido el conflicto. La tarea del terapeuta es ayudar al grupo a transformarse en una unidad cohesiva con una atmósfera en la que puedan actuar los factores curativos. De esta manera, el grupo se convierte en terapeuta (Urlić, 2010; Yalom and Leszcz, 2005).

Grupos a corto y medio plazo

Los grupos a medio plazo se definen como aquellos que duran de 10 a 12 meses; todos los grupos que se planifican para un período de tiempo más corto se denominan grupos a corto plazo. Por lo general no se introducen nuevos pacientes durante un período tan corto, aunque es correcto tener cierta flexibilidad. Los grupos a corto plazo se integran bien con la psicoterapia individual, el entrenamiento cognitivo, el apoyo familiar y otras intervenciones psicosociales utilizadas en el tratamiento de las fases tempranas de las psicosis.

Los grupos psicoterapéuticos a corto plazo a menudo se diseñan como grupos de formación en habilidades. Un ejemplo es el programa FETZ (The Cologne Early Recognition and Intervention Center for mental crises; Centro de detección e intervención tempranas ante crisis mentales de Colonia) (Addington, Francey and Morrison, 2006), en el que los grupos funcionan como grupos de formación en habilidades como parte de un programa ambulatorio de intervención para el tratamiento de las fases prodrómicas tempranas de la psicosis. Estos grupos ofrecen a los miembros modelos de iguales para afrontar el estrés, los síntomas y el estigma percibido. Para muchos miembros es muy importante que la

terapia de grupo les ofrezca la oportunidad de experimentar que no están solos con su enfermedad y sus problemas. Una tarea importante del grupo es superar el sentimiento de estigma debido a la enfermedad mental.

El marco conceptual para el trabajo en grupo a corto plazo se basa en el modelo de vulnerabilidad y afrontamiento del estrés de la esquizofrenia. Las intervenciones cognitivas-conductuales y las estrategias entrenamiento metacognitivo se pueden utilizar en los grupos a corto plazo. El objetivo específico de los grupos en las fases más tempranas de las psicosis es mejorar los síntomas, evitar el deterioro social y prevenir o retrasar la progresión a psicosis aguda. Por lo tanto, la mejora de los recursos para el afrontamiento y el manejo del estrés son estrategias subyacentes a la intervención. Los pacientes que se recuperan de un primer episodio de psicosis también pueden beneficiarse de intervenciones de grupo a corto plazo. En estos casos, los objetivos de los grupos a corto plazo son ayudar a los pacientes a desarrollar habilidades sociales, ofrecer información sobre la enfermedad, mejorar el conocimiento de las consecuencias de la enfermedad sobre sus vidas y reevaluar sus metas y ambiciones. Es importante que los pacientes que han padecido una psicosis tengan la oportunidad de compartir su experiencia con los demás.

Los elementos educativos que se utilizan habitualmente en las primeras etapas de la terapia de grupo ayudan a los pacientes a hacer frente a sus síntomas psicóticos. Los temas relacionados con el tratamiento, la medicación, las experiencias traumáticas o las necesidades específicas se discuten en un entorno seguro. Se fomenta la discusión de otros temas cotidianos, especialmente temas optimistas. Los miembros del grupo mejoran sus habilidades de comunicación; aprenden a escuchar y a desarrollar un mejor control de la realidad. Interactúan en un ambiente de grupo donde se proporciona una estructura que permite prevenir la regresión mediante las intervenciones de los terapeutas.

Utilizamos nuestra modificación del modelo integrador de la terapia de grupo (Kanas, 1996, 1999), que tiene como misión ofrecer apoyo. Nuestros grupos pueden funcionar como grupos a medio plazo con una duración de 8 a 12 meses. En las primeras fases de la psicosis los pacientes llegan a tener un mejor control y a diferenciar sus síntomas psicóticos y sus emociones, y mejora el desempeño de sus funciones sociales (Addington, Francey and Morrison, 2006). La cohesión del grupo se desarrolla muy lentamente, pero, una vez que se ha formado, sigue siendo muy fuerte (Lakeman, 2006). Una característica muy importante de los grupos a medio plazo es que alivian la enorme angustia y el sufrimiento de los pacientes con psicosis, especialmente en las fases inicial e intermedia de la enfermedad. En estas fases muchos pacientes lloran la pérdida de la salud, las aspiraciones y las ambiciones que tenían antes de que se desarrollara la enfermedad.

Anivel interpersonal es importante ayudar a los miembros a estar menos aislados y mejorar sus relaciones a través de las interacciones de grupo. La curación llega a través de las experiencias que los pacientes tienen unos de otros durante las sesiones, y a través de la retroalimentación inmediata de los terapeutas en el contexto de aquí y ahora. Las sesiones fomentan las interacciones del grupo en la vida diaria, lo que mejora el desempeño de las funciones sociales. Al desarrollar un estilo de comunicación más «normal», y unas relaciones mejores y más estables, los miembros del grupo reducen la autoestigmatización y mejoran la conciencia de su propio self y el funcionamiento de su ego.

El modelo integrador de la terapia de grupo utiliza la discusión abierta, donde los miembros eligen y desarrollan los temas por sí mismos. Se pueden examinar los problemas a largo plazo y las conductas maladaptativas. Es importante utilizar el conocimiento psicodinámico de la historia del paciente individual, así como la dinámica continua del grupo.

Cuadro clínico 8.2

En la clínica psiquiátrica Rudnik, de Liubliana, se realizaron sesiones de grupo a medio plazo durante 8 meses con un pequeño grupo de pacientes con psicosis. El grupo fue coordinado en coterapia. La pareja de coterapeutas estaba formada por un psiquiatra con experiencia y un psicólogo. Se utilizó una técnica psicoanalítica modificada y no estructurada con discusión libre, psicoeducación y aclaraciones. Después de dos abandonos y una finalización prematura, tres hombres que permanecieron todo el tiempo formaron una matriz de grupo firme. Todos los pacientes incluidos habían sido diagnosticados de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo según los criterios diagnósticos del manual DSM-IV.

En las primeras cuatro sesiones el tema principal fue la psicosis: sus causas y consecuencias, y el miedo que generaba. Los miembros hablaron de sus hospitalizaciones, sus episodios psicóticos y su medicación: Me sentí estigmatizado después de ser hospitalizado y atado tres veces. En las siguientes sesiones los miembros compartieron los sentimientos de trauma que no habían podido expresar en su contexto social previo. Manifestaron sentirse incomprendidos y solos, y expresaron su culpabilidad por haber puesto a sus familias en una situación de estigma y vergüenza: Después de mi episodio psicótico, me aislé. Pensé que nadie podía entender lo que me había pasado, y no quería causar problemas a mi familia.

En la décima sesión los miembros estuvieron de acuerdo en que no era fácil para ellos venir a la terapia. Todos estaban ansiosos porque tenían dificultad para expresar libremente sus sentimientos negativos. Reconocieron su impulso de retirarse del grupo y de la discusión: Es más fácil no venir al grupo, o venir y estar callados: pero ese no es el motivo por el que estamos aquí. Un tema similar surgió en la duodécima sesión, cuando uno de los miembros expresó sus sentimientos acerca de sus pensamientos: A veces me avergüenzo de mis propios pensamientos. Deseo ser invisible cuando eso ocurre.

Comentarios: Pudimos observar el deseo afectivo del miembro de ser «invisible», así como la percepción de ser profundamente imperfecto e incapaz. En ese momento el miembro funcionaba en el nivel neurótico, y expresaba sentimientos de vergüenza, pero esta situación no tuvo ninguna influencia importante en el proceso del grupo ni en la discusión, porque otros miembros no estaban en el nivel neurótico.

Después de analizar el proceso de grupo y centrarnos en la vergüenza, quisimos señalar que éramos capaces de reconocer tres fases en el proceso del grupo: (1) la primera fase se refería a la psicosis: sus causas y consecuencias y el miedo a ella; (2) la segunda fase se refería al estigma: los miembros manifestaron tanto sus sentimientos por la pérdida de su papel social y su estatus como el trauma relacionado con su episodio psicótico; y (3) la última fase se refería a la diferenciación: la posibilidad de trabajar con temas personales relacionados con la vergüenza. Uno de los miembros expresó algunos pensamientos de los cuales estaba avergonzado, pero en ese momento él era el único miembro del grupo que estaba en remisión completa (funcionando en un nivel neurótico); por lo tanto, no pudimos trabajar sobre la vergüenza a nivel de grupo. Otro factor importante a tener en cuenta es la duración de la terapia de grupo. Este grupo duró 8 meses, un período de tiempo que no es suficiente para tratar temas personales relacionados con los sentimientos de vergüenza. Sin embargo, a pesar de ello, los miembros pudieron expresar sus sentimientos de culpa por haber puesto a sus familias en una situación de estigma y vergüenza.

En este tipo de grupo podemos trabajar con el estigma, los sentimientos de pérdida y el trauma. Los miembros pueden diferenciar su contenido psicótico. También pueden diferenciar su posición en el grupo y en la vida. Esto da a los pacientes la oportunidad de elegir un grupo a largo plazo y seguir trabajando en el proceso psicoterapéutico.

El límite temporal del grupo puede acelerar el proceso de grupo, y en la fase de finalización podemos observar grandiosidad y sentimientos de amor excesivo entre los miembros del grupo, en un claro contraste con sus sentimientos de desconfianza hacia el mundo exterior. Sus «partes sanas» comunicaron su necesidad de amor y conexión. Teniendo en cuenta que los grupos funcionan en el nivel del miembro más débil, una conclusión importante para nosotros fue que los temas personales de la vergüenza no pueden resolverse a menos que todos los miembros del grupo estén en remisión plena. En este grupo de pacientes con psicosis, la vergüenza estaba presente en un nivel inconsciente al que no se podía acceder y tratar.

Grupos a largo plazo

Los grupos a largo plazo se desarrollan durante muchos años; algunos duran incluso más de una década. El trabajo en grupo a largo plazo tiene importantes efectos a corto y a largo plazo sobre la calidad de vida, el cumplimiento de la medicación, el desempeño de las funciones sociales y la reducción del estigma (Martindale, et al., 2002). Los pacientes deben estar intrínsecamente motivados y bien preparados para el trabajo en grupo (Lakeman, 2006). Los grupos a largo plazo pueden evolucionar a partir de los pacientes que participaron en grupos a corto o medio plazo, y pueden tener una progresión lenta y un final abierto. Se incluyen nuevos miembros después de que un miembro anterior haya abandonado el grupo.

Amedida que progresa el proceso de grupo observamos una pertenencia más constante y una conversación sincera y abierta sobre los síntomas y los problemas de la vida real. Algunos pacientes pueden abandonar el grupo antes de tiempo, pero los miembros restantes son constantes y algunos de ellos pueden sentirse incapaces de finalizar el proceso de grupo. Después de la finalización, los pacientes pueden participar en redes sociales que mantienen algunos de los efectos beneficiosos de los grupos. Sin embargo, algunos pacientes presentan un empeoramiento transitorio de sus síntomas psicóticos durante la terapia de grupo.

En la práctica clínica hemos observado que el mejor resultado lo tienen los pacientes que asisten a estos grupos durante 3 a 5 años. Algunos pacientes que permanecen en estos grupos más de 6 años pueden ser incapaces de separarse del grupo y pasar a entornos sociales externos al grupo. Nuestra observación clínica es que los pacientes que permanecen en el grupo más de 6 años tienen menos interacción social fuera del grupo o de la familia inmediata. Puede haber un momento óptimo en el que el paciente debe abandonar el grupo, dependiendo de su capacidad funcional dentro y fuera del grupo (Blinc Pesek, et al., 2010). Los pacientes para los que el grupo representa la única interacción social fuera de la familia inmediata tienen como alternativa los centros de día y los clubes.

En nuestra experiencia hemos encontrado que estos grupos son más importantes para los pacientes más graves, lo que indica que los pacientes recuperados no dependen tanto de la terapia de grupo como los pacientes con algún grado de enfermedad o discapacidad. Los pacientes que participan en grupos de larga duración se conocen bien; la confianza y la cohesión se desarrollan con el tiempo. Dado que la terapia de grupo a largo plazo ayuda a los pacientes a comprender mejor su enfermedad y a tener una mayor conciencia de sí mismos, por lo general llegan a tener períodos prolongados de remisión estable. Esto permite que el terapeuta estimule un nivel controlado de regresión y ansiedad, lo que trae a la superficie los mecanismos primitivos de defensa y las relaciones de objeto primitivas. Sin embargo, el grupo también funciona en un nivel de discusión libre, lo que significa que podemos observar los mismos fenómenos de grupo que en los grupos de pacientes con diagnósticos menos graves. El terapeuta debe controlar estos fenómenos para prevenir las recaídas.

Cuadro clínico 8.3

El paciente U, un hombre de 36 años de edad con una forma grave de esquizofrenia, ha estado ausente del grupo durante varias sesiones. Al comienzo de su ausencia hizo saber al grupo que su ausencia se debía a una recaída de su enfermedad. Más tarde, a pesar de estar ausente del grupo, no supimos nada de él durante cuatro sesiones. El grupo habló sobre el paciente U, y los miembros expresaron su preocupación y pidieron a los terapeutas que lo invitaran a regresar al grupo. Varias mujeres del grupo expresaron su deseo de tener su número de teléfono para poder ponerse en contacto con él y pedirle que volviera al grupo. Finalmente fue el terapeuta quien lo invitó a regresar al grupo. La primera sesión después de su regreso:

PACIENTE U (mirando al terapeuta): Me está pasando algo. Desde su cuello hacia arriba veo la cabeza de mi madre. OTRO MIEMBRO DEL GRUPO (suavemente): Eso es una alucinación. TERAPEUTA (al paciente U): ¿Cómo se siente al respecto? PACIENTE U (sonriendo): Bien.

Silencio tenso.

COTERAPEUTA CON EXPERIENCIA: Esto no es nada infrecuente. Puede suceder. En realidad, nosotros, los terapeutas, representamos a las madres de este grupo. No es de extrañar que pueda ver a su madre en el terapeuta.

Otra participante en el grupo cambia de tema y comienza a hablar de su trabajo. Todas las tardes, después de terminar su trabajo, le gusta ir al patio de recreo.

PACIENTE U: Mis padres piensan que yo podría trabajar más [trabaja a tiempo parcial en la empresa familiar].

El grupo pasa a otros temas, relacionados con el deporte, y afirma que es mejor no hacer deporte solo. Más adelante, el grupo discute los síntomas negativos de la esquizofrenia.

Comentarios: Creemos que el paciente U ha desarrollado una transferencia neurótica durante sus 3 años de tratamiento en el grupo (v. Cap. 6). Se expresó de forma psicótica, afirmando que puede ver la cabeza de su madre en el cuello del terapeuta. Sin embargo, fue realmente una expresión de protesta contra su invitación al grupo. La invitación fue percibida como una agresión, de manera similar a las exigencias que le hizo su madre de que trabajara más, incluso cuando tenía un brote psicótico. Los terapeutas «sobrevivieron» y contuvieron la transferencia agresiva, y aclararon (interpretaron) la alucinación en una forma más aceptable. Varios meses después, el paciente U le dijo al grupo que prefería a las chicas con sobrepeso (muchas chicas tratadas por psicosis tienen sobrepeso). Habló con su madre de su atracción por las chicas con «sobrepeso» y ella le dijo que no se le permitía invitarlas a casa. Esto demuestra que el estigma sigue estando presente y que la madre no puede aceptar al paciente U tal como es.

Los miembros del grupo intentan superar el estigma de su diagnóstico y la soledad que trae la enfermedad a sus vidas. Los terapeutas deben tener una actitud optimista y asentada en la realidad hacia la posibilidad de que los pacientes desarrollen relaciones interpersonales, con el fin de lograr mayores niveles de relaciones de objeto, intersubjetividad y empatía hacia los demás.

Conclusión

Los grupos a corto y medio plazo a menudo se diseñan como grupos de formación en habilidades, que incluyen entrenamiento cognitivo, apoyo familiar y otras intervenciones psicosociales utilizadas en el

tratamiento de las fases tempranas de la psicosis. En las primeras fases de la psicosis los pacientes llegan a tener un mejor control y a diferenciar sus síntomas psicóticos y sus emociones, y mejora el desempeño de sus funciones sociales. Los grupos a corto plazo mejoran el cumplimiento del tratamiento, reducen el estigma y mejoran la calidad de vida subjetiva.

El trabajo en grupo a largo plazo tiene importantes efectos sobre la calidad de vida a corto y a largo plazo, la actitud hacia la medicación, el desempeño de funciones sociales y la reducción del estigma. Los pacientes deben tener motivación intrínseca y estar bien preparados para el trabajo en grupo. Se les debe animar a que permanezcan en la terapia de grupo el tiempo suficiente que les permita comprender mejor la naturaleza de su enfermedad, reducir los sentimientos de estigma y adquirir más confianza e independencia en las situaciones sociales. También se debe tener en cuenta el momento adecuado para abandonar el grupo; se debe animar a los pacientes a que lo hagan, y se les debe apoyar en el período posterior a la finalización de la terapia de grupo. La fase de finalización es una parte importante del proceso de grupo en ambos tipos de grupos. Se debe investigar más sobre los factores terapéuticos específicos de los grupos a plazo medio y largo.

Bibliografía

Addington J., Francey, S.M. and Morrison, A.P. (2006) Working with People at High Risk of Developing Psychosis: A treatment handbook. London: John Wiley & Sons.

Bernard, H., Burlingame, G.M., Flores, P., Green, L., et al. (2008) Clinical practice guidelines for group psychotherapy. International Journal of Group *Psychotherapy*, 58, 455-542.

Blinc Pesek, M., Mihoci, J., Perovšek Šolinc, N. and Avguštin, B. (2010) Long term groups for patients with psychosis in partial remission -Evaluation of ten years' work. *Psychialria Danubina*, 22(1), 88-91.

Gabbard, G.O. (2005) Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, 4th edition.

Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Kanas, N. (1996) Group Therapy for Schizophrenic Patients. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Kanas, N. (1999) 'Group therapy with schizophrenic and bipolar patients' (pp. 129-147) en V.L. Schernter and M. Pines (Eds), Group Psychotherapy of the Psychoses. London: Jessica Kingsley.

Lakeman, R. (2006) Adapting psychotherapy to psychosis. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH), 5(1).

Martindale, B., Bateman, A., Crowe, M. and Margison, F. (2002)

Psychosis: Psychological Approaches and Their Effectiveness. Bideford, UK: Gaskell.

Štrkalj-Ivezić, S. and Urlić, I. (2015) The capacity to use the group as a corrective symbiotic object in group analytic psychotherapy for patients with psychosis. Group Analysis, 48(3), 315-331.

Urlić, I. (2010) The group psychodynamic psychotherapy approach to patients with psychosis. Psychiatria Danubina, 22(1), 10-14.

Yalom, I. D. and Leszcz, M. (2005) The Theory and Practice of Group *Psychotherapy*. New York: Basic Books.

CAPÍTULO NUEVE

Intimidad, amor y sexualidad en la psicoterapia de grupo psicodinámica con pacientes con psicosis

Branka Restek-Petrović, Nataša Orešković-Krezler

Introducción

La mayoría de los terapeutas que tratan la psicosis mediante psicoterapia estarán de acuerdo en que el tema del amor y la sexualidad en los pacientes con trastornos psicóticos ha sido ignorado y mal estudiado (Skodlar and Zunter Nagy, 2009; Akhtar and Thomson, 1980). Uno de los motivos son los objetivos establecidos en la psicoterapia para los pacientes con trastornos psicóticos (sobre todo la estabilización del trastorno, la aceptación de las realidades de la enfermedad mental y la necesidad de un tratamiento a largo plazo, la socialización de los pacientes y la capacidad de conseguir un empleo y una vida más o menos independiente) y el hecho de que, cuando se alcanzan estos objetivos, habitualmente se considera que la terapia está completa. El elevado coste de la asistencia sanitaria de los pacientes con esquizofrenia y otras psicosis, y las necesidades de racionalizar estos costes, han llevado a preferir soluciones terapéuticas rápidas. Por lo tanto, los pacientes que sufren trastornos psicóticos rara vez tienen la oportunidad de participar en psicoterapia a largo plazo, en la que, después de alcanzar los objetivos básicos de estabilización del trastorno y socialización, tendrían la oportunidad de desarrollar sus relaciones de objeto y sus mecanismos de defensa, la integración del self, la capacidad de intimidad, y la capacidad de establecer relaciones estables y estrechas.

Intimidad, amor y sexualidad en grupos de psicosis a largo plazo

La psicoterapia psicodinámica de grupo y sus características específicas, como el entorno realista y democrático, presentan un formato conceptual único que no ofrecen otros tipos de psicoterapia, y que es especialmente útil para la población de pacientes con trastornos psicóticos (González de Chávez, 2009). El paciente tiene la oportunidad, en el aquí y ahora, de conocer y compartir el espacio terapéutico con otros pacientes, comunicarse con ellos en condiciones estables y acogedoras, y compartir experiencias y aprender de ellos. Al establecer una matriz de grupo en un proceso de grupo de larga duración (Foulkes, 1984), las relaciones de objeto regresivas y los mecanismos de defensa primitivos se actualizan y están accesibles para el análisis y el escrutinio, mientras que la experiencia emocional correctora que se origina por buena simbiosis en el grupo (Štrkalj Ivezić and Urlić, 2015; Restek-Petrović, 2008) abre el camino a unas relaciones interpersonales más maduras y estables.

En el proceso de la psicoterapia de grupo a largo plazo con pacientes psicóticos hemos observado la creación de amistades a largo plazo que superaron los límites temporales y el ámbito del grupo, así como el establecimiento de parejas y de relaciones a largo plazo (una de las cuales terminó en matrimonio y paternidad), que describiremos con más detalle en este capítulo; también describiremos la influencia de estas relaciones en la dinámica de otros miembros y del grupo en su conjunto.

Se considera que la creación de parejas en la psicoterapia psicodinámica de grupo es principalmente una conducta defensiva y perturbadora que representa la expresión de impulsos regresivos subconscientes. Sin embargo, algunos autores (Grothjan, 1977; Nitsun, 2006) también reconocen los aspectos positivos de este fenómeno, pero solo si quedan contenidos y se exploran dentro de los límites de un grupo maduro.

En los grupos de pacientes esquizofrénicos la intimidad y el amor son raros, probablemente debido a las dificultades ya descritas en el campo de las relaciones interpersonales. A continuación describiremos nuestras experiencias con la psicoterapia de grupo psicodinámica ambulatoria a largo plazo coordinada por dos analistas de grupo en una dinámica semanal de una hora y media.

Cuadro clínico 9.1

Un grupo está compuesto por siete pacientes esquizofrénicos. Tres mujeres y dos hombres del grupo están en la fase de remisión y tienen un elevado nivel funcional, mantienen contactos sociales, están en la tercera década de la vida, y tienen un empleo. Todos ellos han ingresado varias veces en el hospital y tienen varios años de enfermedad a sus espaldas. Los otros dos hombres del grupo son más jóvenes y se les incluyó después del primer episodio de su enfermedad; uno es un estudiante universitario que ha abandonado los estudios, apenas mantiene contactos sociales y no tiene ninguna experiencia sexual, y el otro, el miembro más joven, el paciente S, tiene 20 años y se rebela contra la autoridad recurriendo al consumo de drogas y la promiscuidad sexual.

Durante las sesiones iniciales el paciente S domina rápidamente el grupo. Entretiene al grupo con sus anécdotas mientras «provoca» a los terapeutas con sus frecuentes relatos de las fiestas a las que asiste y en las que bebe alcohol y fuma marihuana, además de referir que deja de tomar la medicación. Es acogido por el grupo, ya que lo protege del silencio, de la apertura de temas más profundos y de una mayor intimidad. Pronto comienza a desarrollarse una nueva rivalidad entre el paciente S y el paciente Z, un estudiante que a menudo insiste en sus logros intelectuales, lo que genera la aprobación de otros miembros del grupo.

El paciente S sigue monopolizando aún más el grupo. En un intento de equilibrar las partes «más jóvenes» y «más viejas» del grupo y evitar que domine el paciente S, los terapeutas, con relativamente poca experiencia, introducen una paciente más joven. Después de unas cuantas sesiones, esta paciente deja de asistir e informa a los terapeutas de que va a dejar el grupo. Durante una sesión de grupo se supo que había iniciado una relación sexual con el paciente S, pero que no podía admitirlo ante el grupo. Después de unos meses se repite la misma situación con otra mujer. Mientras tanto, el resto del grupo se vuelve más activo con el apoyo de los terapeutas, y comienza a enfrentarse al paciente S con más frecuencia por su resistencia al tratamiento. Entonces el paciente S abandona el grupo.

Comentarios: En este grupo, entre cuyos miembros hay una brecha generacional, el miembro más joven luchó por conseguir la atención exclusiva de los terapeutas, entrando en rivalidades con los otros miembros jóvenes y enfrentándose abiertamente en el grupo con el paciente Z, mientras se dedicaba a «perseguir» a las nuevas pacientes para expulsarlas del grupo iniciando relaciones sexuales con ellas. Después de que se reconociera en el grupo este tipo de resistencia, y después de que se enfrentaran a él, el paciente S abandonó el grupo.

Cuadro clínico 9.2

Un grupo de ocho pacientes esquizofrénicos se reúne en una consulta privada. Los miembros del grupo, aunque se les incluyó durante la fase de estabilización de su enfermedad, se muestran regresivos y retraídos. Los comienzos del grupo están marcados por el establecimiento gradual de contacto, la ansiedad y los silencios frecuentes, y los temas de discusión son la enfermedad, los síntomas, los ingresos hospitalarios, el miedo a que la enfermedad empeore y la difícil experiencia de la estigmatización. Se hace hincapié en las similitudes entre los pacientes, lo que facilita el desarrollo de cohesión. Cuando se establece la cohesión se ofrece contenido personal y se empiezan a explorar las diferencias. Se genera gradualmente un conflicto interpersonal entre dos miembros: un hombre (paciente M) con defensas obsesivas excepcionalmente rígidas que le han permitido mantenerse en una remisión estable y tener éxito en su vida laboral y social, pero a costa de su incapacidad para establecer relaciones emocionales íntimas; y una mujer con sólidas cualidades introspectivas y capacidad de expresarse emocionalmente, pero con una capacidad funcional social débil a pesar de tener una alta motivación para el tratamiento. A pesar de la intervención de los terapeutas y de los miembros del grupo, esta dinámica domina el grupo durante mucho tiempo, entorpeciendo el establecimiento de relaciones íntimas, hasta que uno de los miembros más regresivos del grupo señala que ambos se sienten atraídos, lo que calma el conflicto constante y permite al grupo avanzar.

Durante el quinto año del grupo llegan dos nuevos miembros. Ambos habían estado integrados en otro grupo que finalizó, ambos están estables y en remisión, y se les incluyó en nuestro grupo de psicoterapia por iniciativa propia. Después de un mes, una de las nuevas pacientes, la paciente L, declara que ella y el paciente T (un miembro más antiguo del grupo) están enamorados y mantienen una relación.

Sesión 178: La paciente L comienza la sesión con la noticia de que ella y el paciente T mantienen una relación. Habla de cómo se sentaron en un café antes de la reunión del grupo y discutieron cómo anunciarían la noticia al grupo, qué dirían a los terapeutas, y cómo reaccionarían estos. Hablaron de cómo aceptarían su relación sus familias, la comunidad de la iglesia de la paciente L, y sus amigos. La paciente L cita los comentarios de su hermana, con quien vive, y de su sacerdote, que le preguntaron por el paciente T, qué hace y dónde trabaja, como si fuera una niña pequeña. Otro miembro del grupo le pregunta cómo imaginaron que sería la reacción de los terapeutas, y la paciente L dice que pensó que reaccionarían como los demás y que pensarían que era infantil. Le pregunta al grupo lo que piensan. Dos miembros expresan su sorpresa, pero también su apoyo a la pareja. Los otros se les unen. La conversación se centra en la reacción de la hermana, que, como siempre, hace que la paciente L se dé cuenta de que está enferma e impone sus opiniones. Después de esto, el grupo llama al paciente M y le pregunta cuál es la situación de sus relaciones íntimas. Se establece un método familiar de comunicación: todo el grupo critica al paciente M diciendo que es demasiado racional, que está demasiado centrado en su trabajo y en el dinero, y que descuida sus emociones, ante lo cual el paciente M se defiende diciendo que actualmente no necesita a nadie y que tiene otras preocupaciones (su trabajo, los deportes, la renovación de su piso, etc.).

Comentarios: El grupo reacciona a la noticia de una relación emocional entre dos miembros del grupo expresando verbalmente su apoyo, pero, en lugar de analizarlo con más profundidad, la conversación se aleja del contenido íntimo siguiendo un patrón establecido: instando al miembro del grupo con mayores problemas con las emociones y las relaciones íntimas a defender su «posición rígida». No tiene éxito el intento de los terapeutas de devolver al grupo al tema de la creación de la pareja, las reacciones de sus familias y el miedo a la reacción del terapeuta.

Sesión 204: Un paciente comienza la sesión expresando sus sentimientos de tristeza por la muerte de un amigo íntimo. La paciente L recuerda la muerte de su madre por cáncer cuando ella tenía 13 años, y la muerte de su padre 3 años después. La tercera pérdida, cuando la abandonó su novio, llevó a la aparición de su enfermedad. Otros miembros del grupo también expresan sus pérdidas: la muerte de un padre, el intento de suicidio de una

hermana menor, y ser testigos de un grave accidente de tráfico en el que alguien murió. Después de un breve silencio, la paciente L declara que el paciente T la ha dejado sin explicación, por teléfono. Ambos decidieron continuar el tratamiento en el grupo, ya que saben que están enfermos. Se siente triste, pero también está enfadada porque cree que él debe explicarle las razones de la ruptura. Señala que, antes, habría terminado en el hospital en una situación así. Otro paciente dice que la decepción en el amor forma parte de la vida, y que debe ser aceptada como tal.

La paciente L continúa diciendo que solo quiere saber por qué la ha dejado el paciente T. El paciente T no dice nada, con la cabeza baja, y dice que así es como se siente. Otro miembro le dice a la paciente L que, aunque sería bueno saber la razón de la ruptura, no debe insistir porque es evidente que el paciente T no está listo para hablar. Este paciente cuenta su propia experiencia desde su juventud, cuando una novia lo abandonó sin decir una palabra, lo que le afectó y provocó que apagara los cigarrillos en la mano, y aplastó su confianza en sí mismo y afectó a sus relaciones posteriores.

En unas cuantas sesiones más el grupo analiza esta situación, y la paciente L recibe retroalimentación sobre su exigencia y su intromisión (pedirle al paciente T que le confíe todo, hasta los más mínimos detalles, asegurarse de que él toma su medicación y obligarlo a realizar diversas actividades). El grupo también señala la similitud entre esta conducta y la de su hermana, que normalmente molestaría a la paciente L.

A medida que el grupo continúa, varios miembros tienen problemas de relación: dos miembros (uno de los cuales es el paciente M) encuentran novia, otro tiene problemas conyugales graves y se enfrenta a un posible divorcio, y otra tiene problemas de relación con su novio cuando él quiere casarse pero ella no está lista. En el proceso de grupo se analizan los problemas de relación. Después de 4 meses, en el cumpleaños de la paciente L, el paciente T deja una rosa en su silla, lo cual es un anuncio de su reconciliación. Todo el grupo expresa su apoyo.

La relación entre la paciente L y el paciente T se comenta ahora más abiertamente en el grupo, y cuando se discuten los problemas de la relación se les pregunta por sus experiencias. Un miembro presenta a su novia al grupo, esperando que esto le ayude a él a entenderla mejor. La paciente L comienza a compartir con el grupo el lado íntimo de su relación, su miedo a ser tocada por los hombres, lo que dificultó las relaciones íntimas, aunque ahora ha mejorado mucho desde su relación con el paciente T. Después de algunas de estas «indiscreciones» de la paciente L en el grupo, el paciente T se enfada y declara que va

a dejar el grupo. Durante las siguientes sesiones, a las que la paciente L asiste sola, se habla de compartir el contenido íntimo, la sinceridad y la necesidad de intimidad como una parte necesaria del trabajo en grupo. Después de un mes el paciente T regresa por iniciativa propia y comienza a mostrarse más abierto en el grupo.

Comentarios: La creación de una pareja hace que el grupo se enfrente a problemas para desarrollar intimidad, aunque también fomenta el análisis de los problemas en las relaciones íntimas. En el grupo se analizan las rupturas y se controlan las emociones; en este caso la crisis de separación no condujo a un episodio psicótico y a la hospitalización. El grupo le dio al paciente T «tiempo muerto» y respetó su incapacidad para enfrentarse a sus acciones. El grupo analiza gradualmente las razones por las que el paciente T dejó a la paciente L, y la confronta con su conducta intrusiva y controladora, que representa una repetición de la conducta de su hermana hacia ella. La solución a este conflicto de relación y la reconciliación están simbolizadas por una rosa en el cumpleaños de la paciente L, con el apoyo de todo el grupo. En las sesiones de grupo posteriores la pareja se comunica de una manera más libre y sincera, y analiza el contenido íntimo. La experiencia con una pareja en el grupo y la discusión de sus problemas influyen en otros dos hombres del grupo, que también establecen relaciones emocionales con mujeres (fuera del grupo), mientras que los miembros que están casados o que ya mantenían relaciones hablan de sus problemas íntimos. El grupo ofrece apoyo, y confronta y analiza los problemas de un miembro del grupo que se ve amenazado por un posible divorcio. La pareja que se ha establecido en el grupo a menudo sirve como fuente de consejo y experiencia sobre los problemas en las relaciones emocionales.

Cuadro clínico 9.3

Un grupo de jóvenes esquizofrénicos forma parte de un programa ambulatorio de intervención temprana en un hospital psiquiátrico. El grupo está coordinado por un analista de grupo y un residente de psiquiatría, con una sesión semanal de una hora. El grupo tiene nueve miembros, todos clínicamente estables pero con dificultades para establecer relaciones emocionales y desempeñar sus roles sociales. La duración de la participación en el grupo oscila entre 3 y

8 años. Después de la salida prevista de un miembro del grupo, una nueva mujer, la paciente M, se une al grupo.

Después de unos meses, el paciente B anuncia que él y la paciente M mantienen una relación. Desde el principio el paciente B habla libremente de sus sentimientos, asociaciones y problemas en su relación con la paciente M, y también de haber sufrido la desaprobación de la relación por su madre y su hermano, experiencia que a menudo tiene dimensiones paranoides. La paciente M es bien aceptada en el grupo y comienza a socializar fuera del grupo con otras mujeres del grupo. Con la aprobación de sus padres, invita al grupo a una barbacoa y una fiesta en el jardín, y asisten todos menos los dos miembros más autistas del grupo.

En la discusión de grupo, el paciente B expresa con frecuencia la opinión de su madre de que la relación es «infantil y estúpida», y que fracasará rápidamente porque las personas enfermas no están preparadas para las relaciones ni para el matrimonio. El paciente B expresa amargura y enfado, y habla de otras experiencias de su vida cuando recibió desprecio y críticas por parte de su madre, en lugar de aprobación. También expresa su sospecha de que su hermano mayor lo odia y quiere matarlo. Otros miembros del grupo frecuentemente se enfrentan al paciente B diciéndole que esta imagen de su madre es exagerada, y sugiriendo cautelosamente que es parte de su enfermedad, al mismo tiempo que consideran que la imagen de su hermano que describe el paciente es completamente irracional. Lo confirman con una experiencia específica que presenciaron en su compañía cuando el paciente B interpretó la petición de su madre de que retirara algunas sillas como un ataque personal. La paciente M está de acuerdo y expresa su opinión sobre la madre del paciente B como una mujer seca y emocionalmente distante, pero que quiere lo mejor para su hijo.

Después de 2 años, la pareja anuncia que están comprometidos. Los padres de la paciente M anuncian que van a regalar un piso a la joven pareja y acuerdan una fecha para la boda. El grupo se involucra en la emoción que rodea la boda y les ayuda a elegir un traje y el vestido de la novia, y en los preparativos de la boda. Cuando asiste a la sesión del grupo sin la paciente M, el paciente B comparte su temor a ser abandonado en el altar, así como sus miedos por no ser buen esposo y posible padre. El grupo presta mucho apoyo al paciente B. Aunque todos los miembros del grupo están invitados a la boda, asisten dos miembros, y al final de la primera sesión después de la boda la pareja invita al grupo y a los terapeutas al pastel de boda.

Comentarios: En una sesión de supervisión se relata esta situación y se valora la asistencia continua de la pareja al grupo. Se acuerda que se discutirá con ellos la posible transferencia de uno de ellos a otro grupo, y que también se le pedirá al grupo su opinión. La paciente M y el paciente B expresan su deseo de permanecer juntos en el grupo, algo que los miembros del grupo apoyan unánimemente.

Resumen y reflexión

La expresión de los deseos íntimos y de la sexualidad es una cuestión personal, y se desarrolla en un entorno diádico, separado de los demás, que requiere límites adecuados. Sin embargo, en este mismo espacio íntimo se experimenta mucha ansiedad, tensión, frustración y ocasionalmente dolor, decepción y abuso de poder (Nitsun, 2006). En la situación de grupo se presenta la intimidad de la pareja, y se abre en un espacio compartido con los otros miembros del grupo y los terapeutas como testigos, y la influencia del entorno social representado por el grupo se extiende más allá de los límites de la pareja.

Las parejas sexuales en el grupo, por definición, son una expresión de la resistencia y las tendencias regresivas, y se interpretan como un desafío a la autoridad que se deriva de una situación edípica. Esto es válido para las relaciones sexuales que se forman entre los miembros fuera del grupo, generalmente en secreto, como una violación de la regla que prohíbe el contacto entre los miembros del grupo fuera de los límites del grupo. Es una expresión de un proceso de grupo que no se comprende lo suficiente o se maneja de forma adecuada. Sin embargo, algunos autores también destacan los aspectos positivos de este fenómeno, pero solo si quedan contenidos y se analizan dentro de los límites de un grupo maduro.

Los pacientes esquizofrénicos tienen grandes dificultades en las relaciones sociales, y sus relaciones con los demás están cargadas de conflictos intensos y ambivalencia. Este tipo de paciente sufre los mayores problemas en las relaciones íntimas, que suelen exigir la capacidad de mantener la relación durante un período de tiempo más largo con un mínimo de hostilidad y, por lo tanto, las relaciones emocionales estables y duraderas son raras.

Las relaciones del cuadro clínico 9.1 representan resistencia y son la expresión de una dinámica no reconocida dentro del grupo y de la falta de decisión para liderar el grupo, así como de una mala selección de los participantes. Sin embargo, en los cuadros clínicos 9.2 y 9.3, las relaciones

emocionales a largo plazo aparecen dentro del proceso de grupo, y una de ellas termina en matrimonio. En el grupo del cuadro clínico 9.2, la creación de una pareja permitió que el grupo resolviera conflictos crónicos, relacionados con la intimidad, que habían obstaculizado su progreso. También se fomentó la identificación positiva con la pareja y se establecieron nuevas relaciones emocionales (fuera del grupo), a la vez que aumentaron la empatía y la capacidad de todos los miembros del grupo de analizar contenidos íntimos. El grupo del cuadro clínico 9.3 es un grupo de pacientes jóvenes, clínicamente estables pero socialmente aislados, para quienes el grupo representaba casi su única interacción social fuera de su familia inmediata. La creación de una pareja dentro del grupo influyó en una mayor socialización y en las revelaciones que se analizaron en el grupo. El grupo ofreció apoyo a la pareja, pero también sirvió para verificar la realidad de las distorsiones y proyecciones en las relaciones de objeto.

En nuestra experiencia, la psicoterapia de grupo a largo plazo con pacientes psicóticos exige que el terapeuta comprenda y ajuste las reglas y los procedimientos técnicos habituales desarrollados para pacientes no psicóticos, además de adaptar las reglas gracias a la progresión de los grupos desde el autismo hacia unas relaciones interpersonales más ricas y la capacidad para desarrollar un trabajo psicológico. La creación de parejas en el grupo suele ser un problema y un desafío para los terapeutas y para todo el grupo, pero en un grupo maduro y funcional puede ser una valiosa contribución al grupo en su conjunto en su función de reflejo y de observación como testigo de las relaciones íntimas, y por ello contribuye a un proceso social potencialmente reconstructivo (Nitsun, 2006).

Bibliografía

Akhtar, S. and Thomson, J.A. (1980) Schizophrenia and sexuality: Review and a report of twelve unusual cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 41(4): 134—142.

Foulkes, S.H. (1984) *Therapeutic Group Analysis*. London: Kamac Books. González de Chávez, M. (2009) 'Group psychotherapy and schizophrenia' en Y.O. Alanen, M. González de Chávez, A-L.S, Silver and B. Martindale (Eds), *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenia Psychoses*. London: Routledge.

Grothjan, M. (1977) *Art and Technique of Analytic Group Psychotherapy*. New York: Jason Aronson.

Nitsun, M. (2006) *The Group as an Object of Desire*. London: Routledge. Restek-Petrović, B. (2008) 'Grupna psihoterapija psihoza u ambulantnim uvjetima' ['Group psychotherapy of psychosis for outpatients'] in E.

Klain (Ed), Grupna Analiza: Analitička grupna psihoterapija [Group Analysis: Analytical group psychotherapy]. Zagreb: Medicinska naklada.

Škodlar, B. and Žunter Nagy, M. (2009) Sexuality and psychosis. Psychiatria Danubina, 21(1), 111-116.

Štrkalj Ivezić, S. and Urlić, I. (2015) The capacity to use the group as a corrective symbiotic object in group analytic psychotherapy for patients with psychosis. Group Analysis, 48, 315-331.

CAPÍTULO DIEZ

Ontología y fenomenología del sueño en las psicosis Abordaje analítico de grupo con perspectiva neuropsicológica

Anastassios Koukis

Introducción

En este capítulo¹ se discutirá el punto de vista psicoanalítico de que los pacientes que padecen una psicosis no pueden soñar, y se aportarán datos que respaldan la idea de que el análisis grupal puede ayudar a las personas con psicosis a recuperar su capacidad para soñar, lo que contribuirá a su terapia. También demostrará que el déficit del soñar en las psicosis está en el nivel fenomenológico o de sueño de contenido manifiesto, más que en el nivel ontológico o de sueño de contenido latente, e indicará brevemente las direcciones en las que debe ir la investigación psicoanalítica y analítica de grupo de este déficit, con la ayuda de la investigación neurocientífica.

Freud (1900) creía que el sueño es un proceso de tipo psicótico, en pacientes tanto neuróticos como psicóticos, y que su ontología, común a ambos, es representar la fantasía arcaica de la escena primigenia. La única diferencia entre el sueño neurótico y el psicótico radica en que los pacientes neuróticos son capaces de transformar el sustrato ontológico de los sueños, es decir, la escena primigenia concebida como una experiencia puramente sensual, en una fenomenología basada en imágenes refinadas,

expresividad emocional y simbolismo abundante, con leves distorsiones representativas de una naturaleza alucinatoria normal. Por el contrario, los pacientes con psicosis o bien carecen totalmente de la capacidad de soñar, como los esquizofrénicos (porque su inconsciente está desinvestido de las representaciones de las cosas), o bien, como los pacientes con paranoia, producen sueños en los que los elementos fenomenológicos están muy distorsionados debido a su carácter alucinatorio más profundo (Freud, 1911, 1917, 1918). Dejando de lado el papel de la fantasía de la escena primigenia y la exploración sistemática del sueño psicótico, Freud concebía los sueños neuróticos principalmente como un producto fenomenológico cuyo único fundamento ontológico eran los deseos edípicos reprimidos del sujeto neurótico (Freud, 1900).

Klein (1935, 1940) reafirmó el valor de representar la fantasía de la escena primigenia en los sueños como algo inicialmente normal, tanto en las personas neuróticas como en las psicóticas. La evolución de los sueños, que pasan de representar el coito de los padres de una manera persecutoria (posición paranoide-esquizoide) a representarlo de una manera que indica la aceptación de la muerte simbólica de los padres (posición depresiva), marca la transición de los sueños psicóticos a los sueños propiamente dichos.

Para Bion (1967, 1992), los sueños son las proyecciones internas de las imágenes visuales de una madre suficientemente buena (la «cosa» de Freud) y de la fantasía de la escena primigenia a medida que pasa de ser una experiencia sensorial/ontológica a ser un «ideograma» de la unión parental (nivel fenomenológico), y marca la transición de la fase oralsádica a la posición paranoide-esquizoide y a la posición depresiva como una situación edípica madura (Bion, 1992, pp. 52, 64). Considera que el sueño es la capacidad de digerir mentalmente la necesidad del pecho materno como algo real, tanto durante el día como durante la noche, y consiste en volver a succionar el pecho en un nivel simbólico proyectando imágenes visuales en la pantalla del sueño, o en succionarlo relatando los sueños en una sesión psicoanalítica. Los pacientes con psicosis no pueden soñar porque representan la escena primigenia únicamente como una experiencia sensual y fragmentaria. Esta es la consecuencia de la succión alucinatoria que recibieron de una madre concebida como un objeto «muerto» dentro de ellos, como resultado de lo cual desean continuamente el pecho como algo real (y retienen un fuerte recuerdo de él). Por eso solo pueden visualizar a la madre en forma de imágenes fragmentarias que les persiguen durante la posición paranoide-esquizoide en la que han quedado fijas. Las personas con psicosis fragmentan las imágenes en sus sueños (esta es una forma de evitar la entrada en la posición depresiva, escindiéndola) mediante identificaciones proyectivas excesivas contra sí

mismas y contra el objeto que albergan en su interior (Bion, 1992). Los sueños psicóticos son solo «alucinaciones visuales invisibles» (Bion, 1967, p. 96) o identificaciones proyectivas que se vuelven contra el terapeuta o el grupo cuando los pacientes relatan sus sueños. Bion (1967, 1992) no descarta la posibilidad de que los pacientes psicóticos que están en psicoanálisis puedan soñar hasta cierto punto, representando la escena primigenia en una fenomenología un tanto articulada.

Foulkes (1964) argumenta que los sueños constituyen encapsulaciones narcisistas y, por lo tanto, son por naturaleza procesos psicóticos en su forma neurótica o psicótica. Los sueños de los pacientes que padecen neurosis o psicosis solo pueden convertirse en una actividad saludable a condición de que se produzcan en forma de sueños de grupo en un entorno analítico de grupo cuando se expresa la calidad de la dinámica en su matriz basada en una serie de fenómenos y factores de grupo, como la comunicación, los fenómenos condensadores, las reacciones de espejo, la transposición, etc. La fenomenología de esta comunicación grupal, tal y como se expresa en el nivel/fase intermedio de las imágenes corporales y mentales del grupo (etapa anal-sádica de Freud, o posición paranoide-esquizoide de Klein), y principalmente en el tercer nivel/fase actual (etapa fálica de Freud, o posición depresiva de Klein), constituye (a diferencia de la ontología del grupo manifestada en su primer nivel/ fase arcaico/primigenia [oral-sádico]), un proceso de ensueño que los sueños de los miembros del grupo representan como sueños de grupo. Foulkes rechaza totalmente la idea de que los sueños de los pacientes con neurosis o psicosis puedan, a través de los sueños del grupo, expresar la ontología del proceso de grupo como una fantasía evolucionada de la escena primigenia representada por la unión entre el terapeuta y el grupo.

El sueño como evolución de la fantasía de la escena primigenia en el grupo

Según Klein y Bion, podría considerarse que fantasías arcaicas como la de la escena primigenia, junto con ciertos mecanismos primordiales de defensa como la proyección, la escisión o la identificación proyectiva, constituyen el núcleo primario del carácter social del ser humano, del que el sueño es una manifestación básica. En este estudio se reconsiderará el papel del grupo en la producción de sueños como una representación de la fantasía de la escena primigenia, que ayuda a los pacientes con psicosis en análisis de grupo a reconstituir en cierta medida su capacidad para soñar.

Observaciones preliminares

La calidad del sueño de los pacientes con psicosis o neurosis se articula sucesivamente en forma de sueños de grupo (Foulkes, 1964), y se correlaciona con la evolución progresiva del grupo cuando pasa de la representación de la unión imaginaria del terapeuta y el grupo como fantasía de la escena primigenia a la representación de la unión del coordinador y el grupo como una idea muy simbólica de la pareja parental. Esta evolución sigue de manera continua y en espiral; la del grupo progresa desde la fase oral-sádica hasta la posición paranoideesquizoide y la posición depresiva, y la del terapeuta desde una figura paterna arcaica directiva (director) hasta una figura paterna simbólica (coordinador), la confianza en la cual revela la importante madurez del grupo, según la descripción de Foulkes (1964). Los fenómenos de espejo, y especialmente la matriz, también han dado al grupo un estilo de «capacidad de ensueño» que caracteriza a la madre suficientemente buena en particular, y que falta en el paciente psicótico (Bion, 1992, p. 53), a la vez que ayudan al terapeuta, que debe evitar cualquier interpretación relacionada.

Se presenta brevemente la forma en la que dos pacientes con psicosis, la paciente S y el paciente G2, fueron capaces de soñar adecuadamente al representar en sus sueños la fantasía de la escena primigenia y su evolución hacia la idea de los padres combinados. A este proceso colaboraron significativamente otros pacientes (principalmente neuróticos o limítrofes), que relataron sus sueños dentro de una matriz de sueños. Los pacientes eran miembros de un heterogéneo grupo de análisis grupal que se reunía una vez a la semana. Entraron en el grupo después de aproximadamente 3 y 4 años, respectivamente, de psicoterapia individual una vez a la semana. La paciente S es una trabajadora social de 26 años que vive sola. Sus síntomas incluían patología esquizofrénica, como escuchar voces y creer que la gente hablaba constantemente de ella en la televisión. Entró en el grupo como miembro nuevo y lo abandonó después de unos 6 años de terapia, cuando sus síntomas habían disminuido mucho y había recuperado significativamente su capacidad para soñar. El paciente G, también de 26 años, un matemático que también vivía solo, fue miembro fundador del grupo. Sufría psicosis paranoide aguda. Normalmente se imaginaba que era Dios, e ingresó en el hospital dos veces. Los síntomas fueron desapareciendo progresivamente gracias a la terapia individual y de grupo y a la medicación. No tuvo que volver a ingresar en el hospital, recuperó lo suficiente su capacidad de soñar, y pudo abandonar el grupo después de unos 8 años de terapia.

Primera fase

Durante la primera fase, que duró de 6 meses a cerca de 1 año, el relato inicial de los sueños de los pacientes (principalmente individuales) indicaba que la fantasía de la escena primigenia, y del grupo concebido como tal, estaba oculta en sueños que tenían todas las características de un trastorno delirante (sueño del paciente G), o bien estaba representada en forma de otra fantasía primaria, como la de la madre con pene (sueño de la paciente S). Ambos sueños eran algo similares a muchos sueños relatados por otros miembros. En estos sueños la escena primigenia se presentaba totalmente escindida, en el sentido de que el cuerpo materno se representaba como un total de penes paternos (generalmente simbolizados por imágenes de serpientes) y lactantes (simbolizados por bebés) que están «muertos» (sueño del paciente J). Todos los sueños revelan que no se puede representar la escena primigenia porque el reflejo de los pacientes en el objeto materno/grupo está ausente en esta fase debido a su fijación en la fase oral-sádica/nivel primordial del grupo.

Esto queda ilustrado por uno de los primeros sueños de grupo de un paciente limítrofe, el paciente C, en el que se representa sin ojos a hombres y mujeres, incluido el terapeuta de grupo. El relato de este tipo de sueños constituye una identificación proyectiva que pretende revivir la correspondiente experiencia primigenia/psicótica que, al menos en su fase inicial, es abarcada inevitablemente por el grupo.

PACIENTE G: Soñé que era Dios.

PACIENTE J: Una serpiente me amenazaba, y muchos bebés, y muertos.

PACIENTE S: Mi madre estaba desnuda y tenía un pene delante.

PACIENTE C: Vi hombres y mujeres que no tienen ojos, y que nuestro terapeuta no tenía ojos.

Segunda fase

Durante la segunda fase, que duró de 1 a 2 años, los sueños de los pacientes con psicosis que se relataron en el grupo, ya sea como producciones individuales o, más a menudo, como sueños de grupo, surgieron evidentemente de un primer reflejo de la persona que soñaba con el grupo, proceso que se concebía como suficientemente bueno. Los sueños expresan principalmente ansiedad paranoide (posición paranoide-esquizoide), pero la identificación proyectiva con el grupo es ahora mucho menor. Entonces puede ser contenida por el grupo, y a su vez apoya la función del grupo como contenedor (Friedman, 2000).

La fantasía de la escena primigenia ha comenzado a ser representada específicamente de forma persecutoria, ya sea como el pene del padre o de la madre (simbolizado por un cuchillo) que intenta penetrar al paciente por detrás (el primer sueño de la paciente S), o como la fantasía de la madre con pene en una forma más suave y afeminada (el segundo sueño de la paciente S). También puede adoptar la forma de la unión del coordinador, concebido como Cristo, y el grupo, como la Iglesia, dentro de un estado que continúa expresando un trastorno delirante y en el que el paciente sigue siendo Dios (sueño del paciente G).

El contenido de estos sueños no difiere de los sueños relatados por otros pacientes durante el mismo período. Un sueño relatado por el paciente M, un paciente neurótico que sufría crisis de angustia, expresaba la posición paranoide-esquizoide representada como un ataque contra el paciente por perros (que representaban al coordinador), en el que la escena primigenia está representada imperceptiblemente por la unión del coordinador/perros con el paciente. Sin embargo, los sueños de los pacientes no psicóticos difieren de los sueños psicóticos por el mayor nivel de su calidad de representación y su tono emocional, la selección más fina de símbolos oníricos y el uso sofisticado del lenguaje, ya sea en el propio proceso de soñar o en su narración.

PACIENTE S: Estaba durmiendo boca abajo; un cuchillo viene de arriba y me atraviesa.

PACIENTE G: Entro en una iglesia. De repente aparece Cristo. «Yo también soy Dios», le digo.

PACIENTE S: Fue en un lugar como este donde se reúne el grupo. De repente apareció una mujer desnuda; tenía una vulva de plástico, y dentro de esta cosa de plástico había un pene, también de plástico.

PACIENTE M: Una jauría de perros venía hacia mí.

Tercera fase

En la tercera fase, en la que la posición depresiva sigue desarrollándose ininterrumpidamente en el grupo, en un tira y afloja con la posición esquizoide-paranoide, los sueños relatados por los pacientes que padecen una psicosis parecen poseer una serie de rasgos neuróticos, que indican la primera entrada, suficiente aunque inestable, de los pacientes en la posición depresiva. Los sueños son de un carácter grupal más fino y se narran mediante la identificación proyectiva en el sentido de una comunicación suficientemente buena. El paciente ahora se refleja mejor, y con más eficacia, en el grupo. La fantasía de la madre con pene parece

estar suficientemente reprimida, y a esto contribuye el propio sueño, cuando la madre deja que se le caiga el pene (primer sueño de la paciente S). La escena primigenia, aunque sigue siendo de naturaleza homosexual como una unión de dos hombres (el padre y la madre fálica), indica el primer intento del paciente de lograr la muerte simbólica de los padres apoyándose en una posición depresiva, aunque de forma arcaica y salvaje (segundo sueño de la paciente S). En otros casos la escena primigenia se simboliza en los sueños (1) como el matrimonio de los padres de la persona (o el «matrimonio» entre el coordinador y el grupo), aunque o bien no se pueda discernir claramente la pareja (el primer sueño del paciente G), o bien es el padre del amigo, no el padre del paciente, quien se casa con la madre del paciente (segundo sueño del paciente G), o (2) más tarde como el matrimonio de sus padres (o del grupo y el coordinador) dentro del grupo, que queda simbolizado por un carruaje de una manera que indica hasta cierto punto la muerte simbólica de los padres (tercer sueño del paciente G).

Una vez más, estos sueños carecen de la calidad emocional y la plasticidad simbólica e imaginativa que caracterizan a los sueños de los pacientes neuróticos, lo que indica que estos últimos entran de manera más estable en la posición depresiva. Por ejemplo, en los sueños de la paciente M la escena primigenia está simbolizada por su propia boda ligada a su duelo por la muerte simbólica de sus padres (o del grupo y el coordinador); en los sueños psicóticos no hay ninguna indicación de duelo.

PACIENTE S: Vi a una mujer desnuda; en lugar de sus genitales tenía un pene, que se cayó.

PACIENTE G: Había ido a una boda, pero no sabía quiénes eran los recién casados.

PACIENTE G: Soñé que el padre de mi amigo se casaba con mi madre. PACIENTE G: Vi un hombre muerto, tal vez mi padre. Pero luego todo era como una boda. Estaba dentro de un carruaje, y muchos de vosotros estabais allí.

PACIENTE S: Estaba en un teatro antiguo. Estaba oscuro, y en el escenario había dos picas en las que estaban las cabezas de dos hombres; las cabezas estaban vivas. Entonces las cabezas murieron.

PACIENTE M: Mis padres han muerto. Me estoy preparando para el funeral y llorando, pero de repente me voy a casar y a prepararme para ir a ver un vestido de novia.

Conclusiones y observaciones sobre la futura investigación en neurociencias

El soñar en las psicosis puede evolucionar hasta transformarse en un sueño con características neuróticas en un grupo heterogéneo de análisis de grupo, lo que supone una contribución decisiva a la terapia del paciente. Esto se debe a que, al igual que el sueño en la neurosis, el sueño psicótico sigue y expresa la evolución del grupo (concebido como la unión del terapeuta y el grupo) desde el nivel preedípico primordial/ontológico (fase oral-sádica y posición paranoide-esquizoide), en la que representa la escena primigenia como experiencia sensual, hasta el nivel edípico fenomenológico final actual (posición depresiva), que muestra la escena primigenia como la representación de una pareja ideal de padres según las opiniones de Klein (1935, 1940) y Bion (1967, 1992). Foulkes (1964) ignoró por completo este método de grupo y su efecto sobre el soñar.

Sin embargo, estas conclusiones se deben aceptar con algunas reservas. De hecho, los pacientes con psicosis no sueñan de una forma normal/neurótica (Freud, 1911, 1917, 1918; Bion, 1967, 1992), y todavía estamos muy lejos de poder ayudarles a soñar como los pacientes con neurosis. Aunque los sueños de estos últimos también expresan la escena primigenia a nivel ontológico, la fenomenología de los sueños de los pacientes neuróticos es mucho más sofisticada en el uso de la emoción, el lenguaje, la imaginería y el simbolismo que la de los sueños de los pacientes con psicosis.

¿Cuál es, entonces, el factor que falta en el proceso que supone la transformación de la ontología del sueño psicótico en la fenomenología de un contenido neurótico suficientemente bueno? La respuesta a esta pregunta no debe basarse únicamente en la investigación psicoanalítica. La investigación neurocientífica ha verificado las opiniones de Freud (1900) sobre un núcleo común al sueño y la psicosis (Gottesmann, 2006; Scarone, et al., 2008). Una mayor extensión de esta investigación sería de gran ayuda para aclarar la pregunta anterior. ¿Hasta qué punto, por ejemplo, la falta de una articulación fenomenológica del sueño psicótico está relacionada con un recuerdo duradero y el deseo de un pecho real (Bion, 1992), y en qué sentido son la memoria y el deseo psicóticos el resultado de la inhibición defectuosa de la memoria del sueño (Kelly, 1998)? ;Representan un fallo de la desactivación de las regiones temporal superior y parietal inferior (Fletcher, et al., 1998)? ¿O debemos elaborar la hipótesis de que, en el caso de los pacientes psicóticos, no se han eliminado algunos posibles recuerdos antes de almacenarlos en la memoria a largo plazo, lo que lleva a un procesamiento ineficaz del recuerdo asociado con una reducción del metabolismo cerebral en las áreas frontales debido a la reducción de la densidad sináptica causada por una poda axonal excesiva (Hoffman and Dobscha, 1989; Feinberg, 1982-1983)? ¿Tal vez deberíamos relacionar la falta de imágenes en el sueño psicótico con el hecho de que las personas con psicosis desarrollan actividad alucinatoria durante las horas de vigilia (que también es una actividad onírica; Bion, 1992) y no durante el sueño de movimientos oculares rápidos (REM), debido a la disminución de la serotonina (Zarcone, et al., 1975; Dement, et al., 1969)? Además, ¿podría interpretarse cualquier carencia fenomenológica en el sueño psicótico como una carencia en el sistema de neuronas espejo (Rizzolatti y Craighero, 2004)? ¿Podría el sistema de neuronas espejo explicar el papel fundamental que juega la fantasía de la escena primigenia (basada principalmente en el reflejo entre padres e hijos, o entre los miembros del grupo/hijos y el grupo/madre y/o el coordinador/padre) en la formación de los sueños en los pacientes tanto psicóticos como neuróticos?

Estas son algunas de las preguntas básicas que la futura investigación psicoanalítica y analítica de grupo debe tratar de responder con la ayuda de la neurociencia, para determinar si los hallazgos aquí descritos se pueden validar mejor, lo que abriría nuevas perspectivas en la comprensión de la psicosis y en su abordaje más efectivo con la psicoterapia.

Notas

- 1. Este capítulo es una modificación de una versión ya publicada en la revista Psychology Research (David Publishing Company) y en el libro On Group Analysis and Beyond (Kamac Books).
- 2. Aunque en este capítulo no se presenta el nombre de ninguno de los miembros del grupo, el material clínico relacionado con ellos es real. Quisiera agradecerles a todos ellos su permiso para publicar sus historias.

Bibliografía

Bion, W.R. (1967) Second Thoughts. London: Heinemann.

Bion, W.R. (1992) Cogitations. London: Kamac.

Dement, W., Zarcone, V.P. Jr, Ferguson, J., Cohen, H., et al. (1969) 'Some parallel findings in schizophrenic patients and serotonin depleted cats' (pp. 775-811) en S. Sankar (Ed), Schizophrenia: Current concepts and research. Hicksville: PJD Publications.

Feinberg, I. (1982-1983) Schizophrenia: Caused by a fault in programmed synaptic elimination during adolescence? Journal of

Psychiatric Research, 17(4), 319-334.

Fletcher, P.C., McKenna, P.J., Frith, C.D., Grasby, P.M., et al. (1998) Brain activations in schizophrenia during a graded memory task studied with functional neuroimaging. Archives of General Psychiatry, 55, 1001-1008.

Foulkes, S.F1. (1964) Therapeutic Group Analysis. London: Allen & Unwin.

Freud, S. (1900) The Interpretation of Dreams. S.E., IV-V. London: Hogarth.

Freud, S. (1911) Psycho-Analytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia (dementia paranoides). S.E., XII. London: Hogarth.

Freud, S. (1917). A Metapsychological Supplement to the Theory of Dreams. S.E., XIV. London: Hogarth.

Freud, S. (1918). From the History of an Infantile Neurosis. S.E., XVII. London: Hogarth.

Friedman, R. (2000) The interpersonal containment of dreams in group psychotherapy: A contribution to the work with dreams in a group. Group Analysis, 33(2), 221-233.

Gottesmann, C. (2006) The dreaming sleep stage: A new neurobiological model of schizophrenia? Neuroscience, 140(4), 1105-1115.

Hoffman, R.E. and Dobscha, S.K. (1989) Critical pruning and the development of schizophrenia: A computer model. Schizophrenia Bulletin, 15(3), 477-490.

Kelly, P.H. (1998) Defective inhibition of dream event memory formation: A hypothesized mechanism in the onset and progression of symptoms of schizophrenia. Brain Research Bulletin, 46(3), 189-197.

Klein, M. (1935/1998) 'A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states' (pp. 262-289) en M. Klein (Ed), Love, Guilt and Reparation and other Works: 1921- 1945, 2nd edition. London: Vintage.

Klein, M. (1940/1998). 'Mourning and its relation to manic-depressive states' (pp. 344-369) en M. Klein (Ed), Love, Guilt and Reparation and other Works: 1921-1945, 2nd edition. London: Vintage.

Rizzolatti, G. and Craighero, L. (2004) The mirror-neuron system. Annual Review of Neuroscience, 27, 169-192.

Scarone, S., Manzone, M.L., Gambini, O., Kantzas, I., et al. (2008) The dream as a model for psychosis: An experimental approach using bizarreness as a cognitive marker. Schizophrenia Bulletin, 34(3), 515—522.

Zarcone, V.P. Jr, Azumi, K., Dement, W., Gulevitc, G., et al. (1975) REM phase deprivation and schizophrenia II. Archives of General Psychiatry, 32, 1431-1436.

CAPÍTULO ONCE

La psicoeducación como intervención específica de psicoterapia de grupo en pacientes con esquizofrenia

Slađana Štrkalj Ivezić

Introducción

La psicoeducación es una intervención psicoterapéutica didáctica y sistémica destinada a facilitar tanto la comprensión y el manejo responsable de la enfermedad como el apoyo a las personas afectadas por el trastorno (Bauml, et al., 2006). La mayoría de los pacientes con esquizofrenia no aceptan el concepto biológico de la enfermedad, y esto puede llevarlos a abandonar el tratamiento. Por lo tanto, se deben aceptar los conceptos psicobiosociales de la enfermedad, basados en la teoría de la vulnerabilidad al estrés y en la información compartida en una cultura terapéutica de recuperación y empoderamiento, como un principio básico en cualquier tipo de información sobre la enfermedad, tanto para los pacientes como para sus familias.

Un metaanálisis (Xia, Merinder and Belgamwar, 2011) ha confirmado la eficacia de la psicoeducación para disminuir las tasas de recaída y la frecuencia de los ingresos hospitalarios, y para aumentar el cumplimiento de la medicación, pero, paradójicamente, no incrementa los conocimientos sobre la enfermedad. Los estudios ofrecen hallazgos contradictorios con

respecto a la influencia de los conocimientos sobre la enfermedad en los resultados del tratamiento. Por un lado, un mayor conocimiento está relacionado con un buen resultado (Lysaker, Roe and Yano, 2007); pero, por otro lado, un mayor nivel de conocimiento está asociado con diversos resultados negativos, tales como baja autoestima (Corrigan, et al., 2010), mayor probabilidad de tener estado de ánimo depresivo (Drake, et al., 2004), sentimientos de desesperanza (Yanos, et al., 2008; Corrigan, et al., 2010), y menor calidad de vida (Staring, et al., 2009). Estos resultados paradójicos pueden explicarse por el significado que una persona atribuye al diagnóstico (Lysaker, Roe and Yano, 2007). Muchos pacientes sienten que un diagnóstico de esquizofrenia implica inevitablemente un mal pronóstico y una mala evolución. Por lo tanto, creen que no hay esperanza de que se recuperen o de que lleven una vida satisfactoria (Deegan, 1988).

Los estudios han confirmado que las asociaciones de los conocimientos con la depresión, la baja calidad de vida y la autoestima negativa están mediadas por el estigma (Staring, et al., 2009). Por lo tanto, los pacientes con conocimientos que no perciben mucha estigmatización parecen tener mejor desempeño en diversos criterios de valoración. Alrededor de la mitad de los pacientes tratados por esquizofrenia sufren estigma interiorizado (Brohan, et al, 2010), con numerosas consecuencias negativas como baja autoestima, indefensión, pérdida de esperanza, baja calidad de vida, mayor riesgo de depresión, mayor nivel de psicopatología (Mak and Wu, 2006; Lysaker, Roe and Yano, 2007), pérdida de la autoestima, problemas con la dignidad, el miedo, la vergüenza y la culpa (Corrigan, 1998; Van Brakel, 2006), y cambio de identidad (Yanos, et al., 2008). Los estudios han demostrado que el efecto del conocimiento de la enfermedad en la esquizofrenia sobre la confianza en uno mismo, la esperanza y la capacidad funcional depende del grado en que una persona interioriza las actitudes estigmatizadoras de la enfermedad (Lysaker, Roe and Yano, 2007).

El conocimiento actualizado sobre la asociación del conocimiento y el autoestigma, y su conexión con el proceso de transformación de la identidad en el que una persona pierde su identidad existente o deseada y adopta una visión estigmatizadora de sí misma, implica la necesidad de encontrar métodos eficaces, como la psicoeducación, para mejorar los conocimientos sobre la enfermedad. Para evitar que el estigma interiorizado provoque una transformación negativa del self, la psicoeducación debe integrar elementos educativos, psicoterapéuticos y socioterapéuticos. Los objetivos educativos incluyen mejorar el conocimiento sobre la enfermedad, su tratamiento y la recuperación, y adquirir competencias básicas para tomar decisiones bien informadas y autocompetentes sobre las opciones de tratamiento. A los pacientes se les informa sobre los medicamentos y se les enseña a reconocer los síntomas de la enfermedad

(incluidos los primeros signos de deterioro), crear redes de apoyo, mejorar la comunicación familiar, desarrollar las habilidades necesarias para la vida diaria, hacer frente al estrés, la ansiedad y el estigma, y prevenir la autoestigmatización, todo lo cual es importante para la recuperación. Una parte indispensable de la información sobre la enfermedad debe ser el mensaje clave de que la recuperación es posible.

Los objetivos psicoterapéuticos incluyen: analizar las reacciones psicológicas al diagnóstico de la enfermedad mental y el estigma de la enfermedad mental; asignar significados individuales a los síntomas; entender la enfermedad en el contexto de la experiencia personal; evitar la negativización del concepto que tiene el paciente de sí mismo; transformar la identidad como paciente en identidad como persona; rechazar los estereotipos de la enfermedad mental como algo relevante desde el punto de vista personal; y desarrollar habilidades eficaces para enfrentarse al estigma y la discriminación. Los aspectos psicológicos de la psicoeducación incluyen: las emociones relacionadas con el diagnóstico, el estigma y la discriminación; la anticipación del rechazo; el aislamiento de las demás personas; la depresión y las tendencias suicidas; el cambio de identidad; y la experiencia de la pérdida. El trabajo con la autoestima y el respeto por uno mismo se refiere a analizar las emociones de vergüenza, culpa, impotencia, desesperanza, ansiedad, depresión e ira. Los objetivos de la socioterapia incluyen: trabajar con las actitudes relativas a la enfermedad y el tratamiento, incluyendo la medicación y la terapia psicosocial; mejorar las habilidades necesarias para hacer frente de manera eficiente al estigma y la discriminación; y desempeñar las capacidades funcionales interpersonales. Las expectativas que se generan por una psicoeducación eficaz incluyen: superar la idea de la enfermedad como suceso catastrófico; mejorar la comprensión de la enfermedad, comprensión que se asocia a empoderamiento y prevención del autoestigma; aceptar la identidad de la persona en contraposición a la identidad del paciente; y prevenir las recaídas, lo que incluye una menor necesidad de ingresos hospitalarios y un mayor cumplimiento del tratamiento.

La información sobre la enfermedad tiene pocos efectos sobre las actitudes hacia la enfermedad (Corrigan, et al., 2001). Por lo tanto, la educación sobre la enfermedad dentro del marco psicoterapéutico debe ofrecer un diálogo sobre el significado personal del diagnóstico y los síntomas, además de ayudar a rechazar los estereotipos y el estigma que se asocian con la enfermedad mental (Štrkalj-Ivezić, 2013). En este modelo psicoeducativo integrado el paciente tiene la oportunidad de conocer los síntomas de la enfermedad a nivel personal en el contexto de su propia vida, comprender el significado de sus síntomas a nivel psicológico y adquirir una experiencia de empoderamiento que le permita influir en

la evolución de la enfermedad y cambiar la imagen negativa que tiene de sí mismo como consecuencia de la transformación de su self tras el diagnóstico de la enfermedad mental (Štrkalj-Ivezić, 2013). Si se pone en práctica correctamente, la psicoeducación constituye una herramienta poderosa que puede llegar a redirigir la evolución de la enfermedad hacia el camino de la recuperación.

La psicopedagogía en el marco de la psicoterapia de grupo

El grupo representa un sistema microsocial que fomenta el proceso de redefinición del self y, por lo tanto, es particularmente adecuado para analizar los temas relacionados con las actitudes hacia la enfermedad, el estigma y la identidad, así como las emociones. Kanas (1986, 1991, 1993, 1996, 1999) ha demostrado la eficacia de la psicoterapia de grupo, cuyos objetivos incluían la educación del paciente sobre la enfermedad y la mejora del afrontamiento de los síntomas de la enfermedad, la verificación de la realidad y la comunicación interpersonal. Varios estudios cualitativos han identificado la importancia que para la recuperación de la enfermedad mental tienen la aceptación, la esperanza, la redefinición del self, el empoderamiento, el apoyo social y la determinación del significado y el propósito en la vida (Smith, et al., 2000; Andresen, Caputi and Oades, 2006). En este sentido, la psicoterapia de grupo, con sus factores terapéuticos, como la universalidad, la aceptación, la cohesión, la esperanza y el altruismo (Yalom and Leszcz, 2005; González de Chávez, 2009), facilita el proceso de recuperación. Además, nuestra experiencia clínica con el modelo de psicoeducación presentado en este capítulo confirma su eficacia en la reducción del autoestigma (Štrkalj-lvezić, Sesar and Mužinić, 2017). Este modelo considera la psicoeducación como una psicoterapia de grupo que combina objetivos educativos, psicosociales y psicoterapéuticos que se entrelazan mutuamente en la mayoría de las sesiones del grupo.

La psicopedagogía como psicoterapia de grupo debe recomendarse a todos los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, especialmente aquellos que tienen dificultades para aceptar el diagnóstico, no cumplen el tratamiento y tienen riesgo de autoestigmatización. El mejor momento para iniciar la psicoeducación es inmediatamente después de hacer el diagnóstico, durante el tratamiento hospitalario o poco después del alta. Sin embargo, la educación puede comenzar en cualquier momento, incluso después de muchos años de enfermedad y/o durante las recurrencias de los síntomas. La mejor ocasión de impartir la psicoeducación es en la fase de estabilización de la enfermedad.

Se recomienda que la psicoeducación en la psicoterapia de grupo se realice durante un mínimo de 12 sesiones, pero en algunos pacientes puede ser necesaria una mayor duración. Si los objetivos se refieren exclusivamente a la información sobre la enfermedad y el tratamiento para ayudar a los pacientes a tomar decisiones sobre su tratamiento, la duración puede ser inferior a 12 sesiones. Sin embargo, cuando los objetivos son más psicoterapéuticos, como los aspectos emocionales del diagnóstico, el estigma y las actitudes hacia la enfermedad, así como el significado psicológico de los síntomas y la introspección, se necesitan duraciones más largas. La participación de personas que se han recuperado de la esquizofrenia en una de las sesiones ha resultado útil, especialmente para la recuperación de la esperanza, la facilitación de la recuperación y la lucha contra la autoestigmatización.

Todas las sesiones deben tener una estructura similar. Antes de integrarse en el grupo, se debe informar a todos los pacientes de que la educación sobre la enfermedad les ayuda a aprender a utilizar la información obtenida en el grupo para mantener su salud y prevenir los episodios repetidos de la enfermedad. Se informa a los miembros de la lista de temas que se tratarán durante un mínimo de 12 reuniones del grupo. A los miembros también se les dice que se espera que acudan regularmente a las sesiones, que cada sesión dura de 60 a 90 minutos y que combina elementos didácticos-educativos (tales como una breve presentación de información sobre la enfermedad, con una discusión interactiva). La información sobre la enfermedad se presenta de una manera que abre la esperanza a las posibilidades de recuperación, en contraposición con la perspectiva de la cronicidad. Se presta mucha atención a la discusión de los mitos sobre las enfermedades mentales. Después de una breve introducción informal, que se utiliza para crear un buen ambiente, el grupo comienza resumiendo los mensajes clave de la sesión anterior, con la posibilidad de hacer más preguntas, comentarios y aclaraciones adicionales sobre el contenido de la sesión anterior del grupo. Los temas educativos que se tratarán en la sesión se acuerdan normalmente en la sesión de grupo anterior. Antes de la presentación por parte del terapeuta de información actualizada sobre el tema seleccionado para la discusión, se estimula la presentación y la discusión de los conocimientos personales, las actitudes y las reacciones emocionales al tema que se va a tratar. Los objetivos son descubrir las actitudes, las emociones y la transformación de la identidad relacionadas con la enfermedad.

En el siguiente paso, el terapeuta ofrece información profesional y científica sobre el tema educativo, discute los conceptos erróneos y las actitudes estigmatizadas, y facilita el análisis con el grupo de las actitudes y emociones. El terapeuta estimula la discusión abierta y la interacción entre los miembros del grupo, y antes del final de la sesión resume la

información que se ha discutido en la sesión de grupo para determinar el conocimiento, las actitudes y las reacciones emocionales. La información sobre la enfermedad que ofrece el terapeuta se basa en conocimientos actualizados sobre la enfermedad, sus síntomas, su tratamiento y su evolución. El modelo psicobiológico de la enfermedad, libre de actitudes estigmatizadas, es un requisito básico para impartir educación sobre la enfermedad. Los principios de recuperación y empoderamiento se basan principalmente en la información presentada. Para los fines educativos, en la explicación de cada tema el terapeuta puede utilizar los datos presentados por un miembro del grupo, o ejemplos de la práctica clínica o de la literatura clínica. En fases posteriores del proceso de grupo, el terapeuta estimula la discusión sobre la relación entre la información dada sobre la enfermedad y su tratamiento y las experiencias personales de los miembros del grupo, y así favorece que se hagan más preguntas y da más aclaraciones si es necesario.

Las experiencias personales de los miembros del grupo con síntomas de enfermedad, incluyendo las reacciones emocionales y las actitudes, son especialmente importantes, porque esta es la forma en la que los pacientes conectan la información con su experiencia, lo que les ayuda a verificar la realidad, comprender mejor su enfermedad, reconocer los síntomas tempranos de la enfermedad, reducir las conductas patológicas derivadas de los síntomas y cambiar sus actitudes hacia la enfermedad (rechazando los estereotipos culturales sobre la enfermedad mental que les afectan directamente). El contenido de la educación se presenta de tal manera que fomente y facilite el diálogo sincero. Se transmite a todos los miembros del grupo el mensaje claro de que su experiencia les convierte en expertos, y que sus contribuciones a las discusiones del grupo, relacionadas con el intercambio de conocimientos, actitudes y experiencias emocionales, son extremadamente valiosas y beneficiosas para todos los miembros del grupo, incluido el terapeuta.

Basándose en la información presentada y en la discusión que tiene lugar durante la sesión del grupo, al final de la sesión los miembros del grupo y/o el terapeuta proponen observaciones finales. Si las recomendaciones son propuestas por el terapeuta, deberá solicitar la aceptación de los miembros del grupo. Los pacientes están motivados para volver a la siguiente reunión si se reservan algunas preguntas hasta entonces. Las conclusiones siempre favorecen el empoderamiento, la recuperación y las actitudes no estigmatizadas, y fomentan el uso de los conocimientos, las actitudes y las experiencias adquiridas en el grupo en situaciones de la vida real.

Para los terapeutas menos capacitados que no son psicoterapeutas de grupo se recomienda una discusión de grupo más estructurada que se centre principalmente en objetivos educativos relacionados con la información sobre la enfermedad y las actitudes. En un grupo de este tipo generalmente no se analiza la experiencia emocional.

El terapeuta como coordinador del grupo psicoeducativo

Es esencial que el terapeuta que realiza psicoterapia de grupo psicoeducativa haya aceptado el modelo psicobiológico de la enfermedad y los principios de la recuperación como objetivos de tratamiento, que conozca las teorías psicológicas relacionadas con la comprensión de la psicosis y que sea capaz de rechazar los estereotipos de la enfermedad mental. Es deseable que el terapeuta tenga experiencia de primera mano en el trabajo de recuperación de los pacientes, incluso aunque se considere que su trastorno mental es crónico. La creencia sincera de que el paciente puede llegar a ser más competente y tener esperanza en el futuro es un requisito básico para trabajar con un grupo de pacientes de este tipo.

Todas las intervenciones del grupo se realizan en un ambiente de clara atención e interés por las dificultades de los pacientes. El terapeuta fomenta una atmósfera de confianza, aceptación, respeto y optimismo, teniendo cuidado de que los niveles de ansiedad sean tolerables para los miembros del grupo. Se presta una atención especial a evitar una activación emocional intensa, ya que se asocia a un riesgo elevado de síntomas psicóticos. El terapeuta debe tener en cuenta la capacidad que tienen los miembros del grupo de tolerar la ansiedad y, de acuerdo con la situación del grupo, debe reducir la ansiedad y poner fin a todas las sesiones del grupo en una atmósfera tranquilizadora. El terapeuta debe mantener una actitud flexible debido a la tendencia del grupo a oscilar de unos temas a otros temas que pueden no estar relacionados con el tema educativo seleccionado. El terapeuta debe fomentar la discusión sobre el tema de una manera que permita el libre intercambio de pensamientos y emociones. Dependiendo de las habilidades del terapeuta, el trabajo en grupo puede fluctuar más hacia un abordaje educativo (compartir información) o psicoterapéutico (relacionado con experiencias emocionales personales relacionadas con la enfermedad y con el descubrimiento del significado psicológico de los síntomas).

En los grupos con objetivos psicoterapéuticos se debe dar a los pacientes la oportunidad de analizar las emociones relacionadas con el diagnóstico y el estigma de la enfermedad mental. El terapeuta debe estar preparado para que en algunos pacientes aparezca depresión después de que tomen conciencia de su enfermedad. Debe comprender los motivos de esta depresión y ayudar al paciente a superarla, y también debe utilizar

a los miembros del grupo para ayudar al paciente. Las intervenciones más comunes en el grupo incluyen educación y asesoramiento, confrontación con la realidad, y aclaración relacionando los síntomas con la experiencia personal (p. ej., la idea de persecución puede estar relacionada con las dificultades con la confianza). El terapeuta debe prestar una atención especial al estigma y al autoestigma. Ver positivamente a los pacientes, desde la perspectiva de la recuperación, y no desde estereotipos culturales, puede ayudar a combatir las consecuencias negativas del estigma (Štrkalj-Ivezić, 2013). En los grupos psicoterapéuticos se pueden analizar los siguientes temas:

- Los síntomas individuales y personales de los trastornos psicóticos de los miembros;
- Las opiniones de los miembros sobre las posibles causas de la psicosis;
- La recuperación y los objetivos individuales del tratamiento;
- El estrés y la ansiedad;
- El tratamiento integral de la esquizofrenia/psicosis;
- La autoestima y la identidad;
- El estigma y el autoestigma.

Conclusión

Para aplicar la psicoeducación como intervención psicoterapéutica es importante obtener el consentimiento informado para el tratamiento y establecer una alianza terapéutica, que es un procedimiento estándar que se debe aplicar a todos los pacientes. La psicopedagogía que se ha descrito en este capítulo es una forma de psicoterapia de grupo de apoyo que combina elementos educativos (información sobre la enfermedad, su tratamiento y el estigma), psicoterapia (análisis de la respuesta emocional a la enfermedad o al diagnóstico y del estigma, y comprensión del significado psicológico de los síntomas de la enfermedad como parte de la experiencia personal), y trabajo con las actitudes hacia la enfermedad (estigma y autoestigma), así como métodos socioterapéuticos tales como el fomento de la adquisición de habilidades y el afrontamiento eficaz del estrés. Los principios de empoderamiento y recuperación forman parte de este método, en todos los aspectos anteriormente mencionados.

Los elementos educativos, psicoterapéuticos y socioterapéuticos, entre ellos el trabajo sobre el estigma y el autoestigma, se entrelazan en cada sesión de grupo y se procesan en el contexto de las interacciones entre el terapeuta y los miembros del grupo. Los principios básicos de la

psicoeducación incluyen el modelo psicobiológico de la enfermedad, los objetivos de empoderamiento y recuperación, y la lucha contra el estigma y la discriminación asociados con la enfermedad mental. Se presta especial atención al trabajo con el rechazo de los estereotipos de la enfermedad mental y la generación de introspección sobre la enfermedad, todo lo que se relaciona con los buenos resultados.

La psicoeducación no es una serie de conferencias sobre los síntomas de la enfermedad mental y sus tratamientos.

Por el contrario, es un proceso psicoterapéutico que incluye una discusión sincera sobre los síntomas de la enfermedad, las consecuencias psicológicas y sociales de la enfermedad, y la comprensión de la enfermedad en el contexto de la vida personal. La psicoeducación también afecta el proceso de toma de decisiones para la elección de tratamientos beneficiosos. Ayuda a devolver a los pacientes la confianza en su propia capacidad de llevar una vida productiva y satisfactoria. Para crear un programa eficaz es necesario integrar el conocimiento de la psicoterapia psicodinámica, la psicoterapia de grupo, el estigma público e interiorizado, la rehabilitación basada en los principios de la recuperación, y la experiencia a largo plazo del trabajo con pacientes diagnosticados de psicosis y tratados en programas de rehabilitación y psicoterapia. El conocimiento actualizado sobre la conexión entre la introspección y el autoestigma, y sobre el proceso de transformación de la identidad, implica la necesidad de encontrar métodos eficaces, como el modelo psicoeducativo que se presenta en este capítulo, para lograr una introspección de la enfermedad relacionada con un bajo nivel de estigmatización interiorizada y, por lo tanto, para prevenir cualquier transformación negativa del self.

Bibliografía

Andresen, R., Caputi, P. and Oades, L. (2006) The stages of recovery instrument: Development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 972-980.

Bäuml, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., et al. (2006) Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 1, S1-S9.

Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N. and Thomicroft, G. (2010) GAMIAN-Europe study group: Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*, 122, 232-238.

Corrigan, P.W. (1998) The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5,201-222.

Corrigan, P.W., Morris, S., Larson, J., Rafacz, J., et al. (2010) Self-stigma and coming out about one's mental illness. *American Journal of Community Psychology*, 38, 259-275.

Corrigan, P.W., River L.P., Lundin R.K., Penn, D.L., et al. (2001) Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 187-195.

Deegan, P.E. (1988) Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 11-19.

Drake, R.J., Pickles, A., Bentall, R.P., Kinderman, P., et al. (2004) The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia. *Psychological Medicine*, 34(2), 285-292.

González de Chávez, M. (2009) 'Group psychotherapy and schizophrenia' (pp. 251-266) en Y.O. Alanen, M. Gonzalez de Chavez, A-L.S. Silver, B. Martindale (Eds), *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses: Past, present and future.* New York: Routledge.

Kanas, N. (1986) Group therapy with schizophrenics: A review of controlled studies. *International Journal of Group Psychotherapy*, 36, 339-351.

Kanas, N. (1991) Group therapy with schizophrenic patients: A short-term, homogeneous approach. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41, 33-48.

Kanas, N. (1993) Group psychotherapy with bipolar patients: A review and synthesis. *International Journal of Group Psychotherapy*, 43(3), 321-33.

Kanas, N. (1996) *Group Therapy with Schizophrenic Patients*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Kanas, N. (1999) 'Group therapy with schizophrenic and bipolar patients: Integrative approaches' in V.L. Schermer and M. Pines (Eds), *Group Psychotherapy of the Psychoses*. London: Jessica Kingsley.

Lysaker, P.H., Roe, D. and Yano, P.T. (2007) Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 192-199.

Mak, W.W.S. and Wu, C.F.M. (2006) Cognitive insight and causal attribution in the development of self-stigma among individuals with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57(12), 1800-1802.

Smith, T.E., Hull, J.W., Israel, L.M. and Willson, D.F. (2000) Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 193-200.

Staring, A.B.P., Van der Gaag, M., Van den Berge, M., Duivenvoorden, H.J., et al. (2009) Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 115,363-369.

Štrkalj-Ivezić, S. (2013) Stigma in clinical practice. *Psychiatria Danubina*, 25(2), S200-202.

Štrkalj-Ivezić, S., Sesar, M.A. and Mužinić, L. (2017) Effects of a group psychoeducation program on self-stigma, empowerment, and perceived discrimination of persons with schizophrenia. *Psychiatria Danubina*, 29(1), 66-73.

Van Brakel, V.H. (2006) Measuring health-related stigma-A literature review. *Psychology, Health and Medicine*, 11,307-334.

Xia, J., Merinder, L.B. and Belgamwar, M.R. (2011) Psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 21-22.

Yalom, I. and Leszcz, M. (2005) *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, 5th edition. New York: Basic Books.

Yanos, P.T., Roe, D., Markus, K. and Lysaker, P.H. (2008) Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 59, 1437-1442.

CAPÍTULO DOCE

Grupos en comunidades terapéuticas para personas que padecen psicosis

David Kennard

Introducción

Los grupos de distintos tipos constituyen una parte central de la teoría y la práctica de la comunidad terapéutica. En este capítulo comenzaré por esbozar brevemente la historia de las comunidades terapéuticas, con una referencia especial a la asistencia y el tratamiento de las personas que padecen una psicosis. El capítulo distinguirá entre tres tipos de comunidad terapéutica: plantas hospitalarias psiquiátricas que utilizan un método terapéutico comunitario; entornos que proporcionan un hospital psiquiátrico «alternativo», incluido el modelo de Soteria, para apoyar a las personas en una fase psicótica aguda; y comunidades terapéuticas que fomentan la rehabilitación y la recuperación de las personas que padecen una psicosis crónica. Describiré los diferentes tipos y usos de los grupos con algunas ilustraciones clínicas. Los usos de los grupos incluyen:

- Reuniones comunitarias;
- Terapia de grupos pequeños;
- Grupos basados en la acción (p. ej., arteterapia, psicodrama);

- Grupos de trabajo (p. ej., limpieza, jardinería, mantenimiento, servicio de comidas);
- Grupos de sensibilidad del personal.

Concluiré con algunas consideraciones sobre los beneficios y riesgos de los grupos en las comunidades terapéuticas. Los grupos constituyen un vehículo a través del cual se ponen en práctica los aspectos centrales del modelo de comunidad terapéutica, como el apoyo y la retroalimentación por iguales, la toma de decisiones compartida, el aprendizaje social y la confrontación con la realidad. Los riesgos incluyen el uso destructivo de la presión de los iguales sobre los individuos y una negación conspiratoria de la realidad, que en casos extremos lleva a lo que Hobson ha llamado la comunidad «mesiánica».

La pregunta «¿Cómo se utilizan los grupos en las comunidades terapéuticas?» requiere dos respuestas diferentes. Por un lado, una comunidad terapéutica es en sí misma una situación de vida en grupo. Por otro lado, se utilizan diferentes tipos de grupos dentro de una comunidad terapéutica.

La comunidad terapéutica como situación de vida en grupo

A continuación se presenta una explicación sencilla de la teoría de cómo funciona una comunidad terapéutica. La comunidad ofrece a sus miembros la oportunidad de interactuar como lo hacen en sus vidas fuera de la comunidad: en el hogar, en el trabajo, en sus relaciones personales, etc. De hecho, no pueden evitar comportarse como lo hacen normalmente porque es demasiado difícil mantener una simulación durante las 24 horas del día. Tarde o temprano se hacen evidentes las respuestas maladaptativas (p. ej., cuando se sienten bajo presión o están molestos o enfadados). Estas respuestas proporcionan el material que luego se puede discutir, explorar y entender, con los otros miembros que también comparten sus propias experiencias. De este proceso surgen sugerencias sobre cómo responder de manera diferente cuando ocurre una situación similar, respuestas que el miembro puede tratar de poner en práctica, y cuyos resultados están también disponibles para la discusión y el aprendizaje, y así sucesivamente en un ciclo repetido que sigue el ciclo de aprendizaje experiencial de Kolb (Kolb, 1984). Estas discusiones a menudo tienen lugar en las reuniones del grupo, aunque también pueden tener lugar en momentos informales fuera de la estructura principal del día.

Contexto histórico

Las comunidades diseñadas para proporcionar refugio y asistencia a las personas que padecen enfermedades mentales graves tienen una larga historia: desde Gheel en Bélgica en el siglo XIV, hasta The Retreat en York a finales del siglo XVIII y principios del XIX, donde se desarrolló el método conocido como «tratamiento moral». Lo que ahora llamamos «comunidades terapéuticas» surgió en el siglo XX, con el objetivo no solo de proporcionar refugio y asistencia, sino también de utilizar el entorno como una oportunidad para el compromiso social y el aprendizaje (acerca de uno mismo y de los demás) con el fin de mejorar en la medida de lo posible los problemas vitales de la persona.

Tom Main, que acuñó el término «comunidad terapéutica» mientras trabajaba en el hospital psiquiátrico militar de Northfield durante la Segunda Guerra Mundial, lo describió así:

un intento de utilizar el hospital no como una organización dirigida por médicos en aras de una mayor eficiencia técnica, sino como una comunidad con el objetivo inmediato de la plena participación de todos sus miembros en su vida cotidiana y con el objetivo final de la resocialización del individuo neurótico para la vida en la sociedad normal.

(Main, 1946)

Maxwell Jones, probablemente el pionero más conocido de la comunidad terapéutica, ofreció otra definición útil:

Lo que distingue a una comunidad terapéutica de otros centros de tratamiento comparables es la forma en que los recursos totales de la institución, el personal, los pacientes y sus familiares se unen conscientemente para promover el tratamiento. Esto implica, sobre todo, un cambio en la situación habitual de los pacientes.

(Jones, 1968, pp. 85-86)

Durante la Segunda Guerra Mundial, la población para la que se desarrollaron las comunidades terapéuticas de los hospitales de Northfield y Mill Hill, del que Maxwell Jones era director, eran soldados que hoy en día serían diagnosticados de TEPT(trastorno de estrés postraumático) u otros trastornos relacionados con el estrés. Después de la Segunda Guerra Mundial las comunidades terapéuticas se introdujeron en diferentes

entornos. Probablemente el más conocido de ellos fue el hospital Henderson, que se especializó en el tratamiento de personas con trastornos graves de la personalidad (originalmente llamados «psicópatas»), y en el cual una investigación del sociólogo Rapoport (1960) identificó cuatro principios de la práctica profesional:

- Carácter comunal: Debe haber relaciones muy estrechas, con servicios compartidos (comedor, etc.), uso de nombres de pila y comunicación libre.
- Permisividad: Todos los miembros deben tolerar en los demás un amplio grado de comportamiento que podría ser molesto o parecer desviado según los criterios sociales habituales.
- Democratización: Todos los miembros de la comunidad deben participar por igual en el ejercicio del poder en la toma de decisiones sobre los asuntos de la comunidad.
- Confrontación de la realidad: A los residentes se les deben presentar continuamente interpretaciones de su comportamiento tal y como lo ven los demás, para contrarrestar su tendencia a distorsionar, negar o retraerse de sus dificultades para relacionarse con los demás

Otros entornos desarrollaron y adaptaron estos principios para satisfacer las necesidades de las diferentes poblaciones. Entre ellos había grandes hospitales psiquiátricos, hospitales de día, prisiones y unidades de seguridad, escuelas para niños inadaptados (en las que los principios de las comunidades terapéuticas se habían utilizado desde principios del siglo XX, antes de que se acuñara el término) y una serie de organizaciones independientes para personas con trastornos del aprendizaje o con necesidades de salud mental a corto o a largo plazo.

En este capítulo me centraré en tres tipos de comunidad terapéutica que se desarrollaron para satisfacer las necesidades de las personas que padecen una psicosis: las plantas psiquiátricas que utilizan un método terapéutico comunitario, el hospital psiquiátrico «alternativo» para las personas que padecen psicosis agudas, y los entornos comunitarios para la rehabilitación y la recuperación de las personas con psicosis crónica.

El método de la comunidad terapéutica

El «método terapéutico comunitario» fue el término utilizado por David Clark para distinguirlo de la «comunidad terapéutica propiamente dicha» que seguía los principios desarrollados en el hospital Henderson

para pequeñas unidades especializadas para residentes seleccionados (Clark, 1965). Por el contrario, el método terapéutico comunitario se diseñó para satisfacer las necesidades de los pacientes y del personal de los grandes hospitales psiguiátricos, donde los pacientes ingresados a menudo mostraban los efectos de la institucionalización. Era «en cierto modo un resurgimiento de los principios del tratamiento moral» e insistía en «puertas abiertas, actividad plena, mayor libertad y responsabilidad» (Clark, 1965). En particular, el método de la comunidad terapéutica estimuló al personal a ver a los pacientes como seres humanos dignos de respeto y capaces de participar en la medida de lo posible en las decisiones sobre su propia asistencia y tratamiento. En una frase elocuente, Clark dijo que «les dio a los profesionales de enfermería la oportunidad de hacer por los pacientes las cosas que siempre quisieron hacer». En resumen, el método terapéutico comunitario pretendía ser una forma de revitalizar los hospitales psiquiátricos, aprovechando las reservas latentes de idealismo y humanidad del personal, y el potencial latente de compromiso social de los pacientes. Se puede ver más información en Mandelbrote (1965) y Clark (1996).

Hospital psiquiátrico alternativo

Se han desarrollado alternativas al hospital para disponer de un lugar seguro y protegido para las personas que padecen el inicio repentino de un brote de psicosis o una recaída pero que no desean ingresar en un hospital. Muchos de estos centros se originaron en lo que se conoció como el movimiento de la «antipsiquiatría», asociado al trabajo de R.D. Laing y David Cooper. Laing fundó la Asociación de Filadelfia, que estableció un hospital psiquiátrico alternativo en Kingsley Hall en 1965 (Berke, 1980). A partir de esta asociación se desarrollaron redes de casas ubicadas en barrios residenciales que se caracterizaban por la ausencia de distinción entre los residentes con cualificaciones profesionales y los residentes con necesidades graves de salud mental. La responsabilidad de la vida cotidiana y de las tareas domésticas se compartía de manera informal. Aunque se trataba de una vida de grupo, había pocas reuniones de grupo estructuradas formalmente; por el contrario, se hacía hincapié en el apoyo informal en un entorno con poco estrés, y con un uso mínimo o nulo de medicamentos. Entre los ejemplos contemporáneos de hospital psiquiátrico alternativo se encuentran la Asociación Arbours (Berke, Masoliver and Ryan, 1995), los hogares de Soteria (Ciompi and Hoffman, 2004) y varios centros de atención en situación de crisis gestionados por organizaciones integradas en el sistema sanitario o independientes.

Comunidades terapéuticas en la comunidad

Como evolución del método comunitario terapéutico centrado en el hospital, por una parte, y de las alternativas al hospital psiquiátrico, por otra (entornos que restaban importancia a la distinción entre los roles de «paciente» y de «personal» y fomentaban el valor terapéutico de la interacción humana habitual y de las tareas cotidianas), se ha desarrollado una serie de proyectos para satisfacer las necesidades de las personas con problemas de salud mental graves y crónicos. Entre ellos se incluyen las comunidades en casas en zonas residenciales urbanas y las de zonas rurales, que dan importancia al compromiso con la naturaleza y conforman un movimiento que se conoce como Green Care, que fue el tema de un número especial de la revista Therapeutic Communities (Comunidades terapéuticas) en 2008 (Sempik, 2008). Las perspectivas teóricas de las comunidades proceden de diversas fuentes (p. ej., Heidegger [Gale, 2000] y el budismo [Hickey, 2008]), pero su puesta en práctica generalmente incluye una reunión comunitaria diaria y la formación de subgrupos que se reúnen como grupos de trabajo o para terapia de grupo.

Diferentes tipos de grupos en las comunidades terapéuticas

Los grupos de diversos tipos forman una parte central de la práctica de las comunidades terapéuticas, y ofrecen oportunidades para el apoyo y la retroalimentación por los iguales, la toma de decisiones compartida, el aprendizaje social y la confrontación con la realidad.

Reuniones comunitarias

La actividad fundamental de la mayoría de las comunidades terapéuticas es la reunión comunitaria periódica de todo el personal y de los pacientes/clientes/residentes¹, que suele tener lugar a diario, y en todo caso al menos una vez por semana. Las principales funciones de la reunión comunitaria pueden describirse de la siguiente manera (Kennard, 1998):

 Maximizar el intercambio de información. Por el simple hecho de estar presentes, todos los miembros se mantienen al día de la vida de la comunidad. Cualquiera que tenga información que transmitir al resto de la comunidad (ya sea informando sobre acontecimientos o dando opiniones) tiene un medio eficaz para hacerlo. El

- encuentro comunitario es, pues, una especie de periódico vivo de la comunidad.
- 2. Desarrollar un sentido de cohesión y pertenencia dentro de la comunidad. Todos pueden conocer a los demás miembros; pueden participar, en silencio o de viva voz, en el intercambio de las esperanzas y los temores, los problemas y los logros, tanto suyos propios como de los demás, y esto crea un sentimiento de pertenencia a una comunidad.
- 3. Hacer público y abierto el proceso de toma de decisiones. En algunas comunidades los residentes y el personal deciden conjuntamente qué hacer con respecto a un asunto concreto que afecta a uno de ellos o a la comunidad en su conjunto. En otras comunidades, ciertas decisiones pueden ser tomadas por el líder de la comunidad o por el personal de forma conjunta. En ambas situaciones, la forma en que se toman las decisiones es transparente. Esto contrasta con el carácter «kafkiano» de otras instituciones, en las que las decisiones se toman en lugares ocultos y se transmiten de tal manera que los beneficiarios se sienten impotentes para hacer algo al respecto (una situación conocida por el personal y los residentes en muchas instituciones tradicionales).
- Proporcionar un foro para la «retroalimentación personal». Las reuniones del grupo constituyen un foro para que las personas aporten a los demás sus reacciones personales y, a su vez, reciban las aportaciones de los demás; donde los participantes descubren cómo son vistos no solo por otra persona, sino por muchas; y donde, dependiendo de la retroalimentación, pueden tratar de ser menos agresivos, exigentes o egoístas, escuchar más, interesarse más por los demás, o aplicar cualquier cambio que se sugiera. Las reuniones del grupo también son un vehículo para que los miembros de la comunidad ejerzan presión sobre los individuos cuyas actitudes o conductas sean molestas o perturbadoras para los demás, o amenacen su propio bienestar. Esto va un paso más allá de simplemente dar una retroalimentación que el individuo puede elegir aceptar o ignorar. La presión puede adoptar la forma de exhortación: «¿Por qué no intentas pedirlo con más educación la próxima vez que quieras ver el otro canal de televisión?», o puede adoptar la forma de «contrato verbal» para modificar una forma de conducta particular.

Estas funciones requieren el contacto directo en un gran círculo en el que participan todos los miembros del personal y los pacientes. En las comunidades para personas con psicosis crónica, en particular para aquellas que presentan

retraimiento social, algunos miembros pueden no estar dispuestos a asistir, o pueden asistir solo a una parte de una reunión. El personal puede tener que establecer un difícil equilibrio entre respetar la autonomía del paciente cuando decide no asistir a las reuniones y alentarlo o persuadirlo para que asista. El propio personal también puede encontrar razones para no asistir: asuntos urgentes que tratar o papeleo que cumplimentar. Se puede esperar que haya problemas con la reticencia y la ambivalencia en relación con la asistencia a las reuniones, y se deben analizar con frecuencia si se quiere que se entiendan y se cuestionen y si no se quiere permitir que socaven las normas y la cultura de la comunidad terapéutica.

Terapia en grupos pequeños

Además de las reuniones comunitarias, en muchas comunidades terapéuticas los miembros son asignados a un pequeño grupo que se reúne una, dos o tres veces por semana. Cada grupo (puede haber dos o tres, dependiendo del tamaño de la comunidad) tiene siempre los mismos miembros, y en cada sesión se reúnen los mismos pacientes y los mismos miembros del personal. El grupo pequeño puede centrarse en el apego dentro de la comunidad y permite que se exploren los temas con mayor profundidad de lo que es posible en la reunión de la comunidad. Cuando la comunidad terapéutica funciona como planta de ingreso o dispone de plazas de formación para el personal, puede haber una rotación bastante alta de los miembros del grupo.

Cuadro clínico 12.1

Un hombre que inicialmente fue invitado a una sesión de terapia en un grupo pequeño por un paciente como amigo-tutor continuó asistiendo a las sesiones habituales aunque no estuviera presente el paciente. Este hombre comenzó a asumir un papel protagonista en el grupo, haciendo preguntas de una manera desconsiderada e intimidando a los terapeutas inexpertos al afirmar que había recibido formación como psicoanalista. En la supervisión se presentó este caso como un problema relacionado con el manejo de un recién llegado difícil, y el supervisor tuvo que señalar que este hombre no era realmente un miembro del grupo y que no tenía nada que hacer allí mientras no estuviera presente también el paciente que lo había invitado.

Comentarios: El personal se había acostumbrado tanto a que los límites de la pertenencia al grupo fueran muy permeables que habían llegado

a aceptar a cualquiera que se presentara como miembro. Aclarar la existencia de límites y de categorías de miembros, por muy amplios que sean, les permitió a los terapeutas ver que su tarea no consistía en hacer frente al intruso, sino expulsarlo, lo que hicieron.

Grupos de trabajo

Los grupos de trabajo dan a los miembros la oportunidad de participar en tareas prácticas importantes que contribuyen a la comunidad, y también constituyen un vehículo para la interacción social. La naturaleza del trabajo dependerá de las capacidades de los miembros y de los recursos de la comunidad terapéutica. Las comunidades ubicadas en entornos rurales aprovechan las oportunidades de practicar la jardinería. Otras tareas pueden incluir la limpieza, ayudar con la administración, mostrar el centro a los visitantes, organizar una excursión o ayudar en la cocina. Cualquiera que sea la tarea, el objetivo es terapéutico: aprender de la actividad. Las personas que padecen enfermedades mentales crónicas y graves tendrán poca capacidad de participar en los grupos de trabajo, y al principio puede ser necesario un apoyo individualizado.

Cuadro clínico 12.2

En una comunidad terapéutica para personas con enfermedades mentales graves y crónicas se organizó un proyecto de decoración que debía ser llevado a cabo por el grupo de mantenimiento semanal. Empezamos a involucrar a los clientes gradualmente. En primer lugar les mostramos qué había que hacer con los pinceles y la pintura. Luego hicimos el trabajo físico con ellos, y discutimos los detalles de la tarea de pintar a medida que avanzaba. Una vez que los primeros clientes se habían comprometido se unieron otros, después de haber visto que estaba bien y que los demás parecían estar disfrutando. Pudimos desglosar las preguntas iniciales de los clientes, como «¿Qué sentido tiene?», en preguntas más pequeñas y manejables, como «¿Debería usar este color o aquel?» y «¿Dónde empiezo a pintar?». La realización de la tarea todos juntos en el grupo dio el comienzo de una respuesta a su pregunta inicial de «¿Qué sentido tiene?». De hecho, los clientes empezaron a tener sensación de pertenencia y a considerar que su contribución

cambiaba la situación. Algunos clientes comenzaron a hablar de cómo decorarían sus propios pisos cuando se mudaran, otros hablaron de decorar su habitación en la casa, otros de cuándo iban a tomar un descanso y empezar a trabajar de nuevo, y así sucesivamente.

(Fuente: Handover, 2000)

Grupos de arterapia creativa

Muchas comunidades terapéuticas utilizan grupos de terapia creativa como parte del programa semanal. Estos grupos constituyen una forma alternativa, principalmente no verbal, de exploración de los sentimientos y experiencias de los miembros. La arteterapia es la modalidad más utilizada, aunque también se emplea la musicoterapia, la dramaterapia y el psicodrama. En el capítulo 20 se describe con detalle el grupo de arteterapia.

Grupos de sensibilidad del personal

Los grupos de sensibilidad del personal desempeñan un papel particularmente importante en las comunidades terapéuticas, junto con otros grupos habituales del personal, como la reunión de revisión del personal inmediatamente después de una reunión comunitaria. La relativa igualdad entre el personal y los pacientes, con el reparto de tareas y una cultura de sinceridad, significa que los miembros del personal están expuestos en tanto que personas reales. No pueden esconderse detrás de cargos formales ni en roles definidos con precisión. Al mismo tiempo, tienen un trabajo profesional que realizar: facilitar el compromiso de los pacientes con el programa terapéutico, promover y gestionar la interacción del grupo, supervisar y, cuando proceda, interpretar la conducta y los procesos, especialmente si estos amenazan con socavar el buen funcionamiento de la comunidad.

Esta combinación de sinceridad y exposición, junto con el mantenimiento de un papel profesional, es un reto importante que requiere una reevaluación frecuente. Un miembro del personal puede experimentar confusión sobre dónde trazar la línea divisoria entre la relación personal y profesional con un paciente, o puede estar enfadado o molesto por un incidente que no se manejó o contuvo correctamente, o puede necesitar apoyo en una situación difícil y mantenida. También pueden surgir tensiones entre el personal, y la dinámica del equipo profesional requiere un seguimiento constante para poder sacar a la luz y discutir los conflictos ocultos o latentes. Si los miembros del personal no pueden desempeñar estas funciones para ellos mismos, tendrán menos capacidad de hacerlo para la comunidad en su conjunto.

El grupo de sensibilidad semanal es como el lubricante que mantiene la máquina funcionando, como también lo son los grupos de personal que se reúnen para reflexionar después de cada reunión comunitaria. Sin ellos, las ansiedades, las tensiones y los conflictos pueden llevar fácilmente a una situación en la que los miembros del personal se ponen a la defensiva emocionalmente y son incapaces de participar plena y abiertamente en la vida de la comunidad.

Beneficios y riesgos de una comunidad terapéutica

Los beneficios de una comunidad terapéutica pueden dividirse en los que corresponden a su cultura y a sus resultados. La cultura incluye reducir la diferencia de categoría entre el personal y los pacientes, implicar al paciente como un socio igual o casi igual en la responsabilidad de su propia terapia y la de los demás y en el funcionamiento de la comunidad, y utilizar la vida diaria de la comunidad como material para la terapia. También hay beneficios para la formación del personal: aprender qué se siente siendo un paciente y qué impresión tienen los demás de uno mismo cuando el grupo no se estructura en roles formales.

Se han evaluado las mejoras de los resultados en las personas que padecen una psicosis aguda en el modelo de Soteria. Se han realizado ensayos aleatorizados o con emparejamiento con controles en dos hogares de Soteria, en California y Berna, para compararlos con el tratamiento hospitalario habitual. En ambos estudios, los resultados a 2 años fueron al menos igual de buenos en el grupo de Soteria, aunque se prescribieron menos antipsicóticos en el grupo de Soteria (Ciompi and Hoffman, 2004). La evaluación de los resultados en las personas con problemas de salud mental crónicos ha sido en gran medida cualitativa, y tiene que ver tanto con el cambio de la cultura de la institución y las actitudes del personal como con los cambios para los pacientes (Campling, Davies and Farquharson, 2004).

El beneficio para el personal se refleja en el valor que se da a la experiencia de la comunidad terapéutica en la formación del personal de salud mental. Más de 1.200 profesionales de salud mental han asistido a las comunidades terapéuticas transitorias en un período de 20 años. Un informe reciente sobre este tema concluyó que las comunidades terapéuticas:

[...] son herramientas eficaces de aprendizaje y desarrollo personal; utilizan procesos poderosos que tienen un efecto positivo en los participantes, y su conciencia de las dinámicas y las conductas personales e interpersonales de ellos mismos y de los demás; y generan entornos interpersonales propicios y eficaces.

(Lees, et al., 2016)

Sin embargo, cualquier herramienta poderosa tiene riesgos, y las comunidades terapéuticas no son una excepción. Roberts (1980) ha escrito sobre diversos procesos potencialmente destructivos que pueden tener lugar en las comunidades terapéuticas y que incluyen la conducta destructiva de un individuo que se siente alienado de la comunidad, que está desmotivado o que se ha vuelto demasiado dependiente de la comunidad, y los fenómenos de grupo destructivos que incluyen escisión y proyección, subculturación y uso de chivos expiatorios. Una forma común de escisión del grupo ocurre cuando un grupo atribuye sus propios atributos negativos o no deseados a otro grupo. Por ejemplo, el grupo del personal puede repudiar su propia propensión a la enfermedad o a la irracionalidad y atribuirla al grupo de pacientes, o atribuir sus propias tendencias autocráticas e insensibles a un grupo directivo superior. La dinámica en una comunidad terapéutica ha sido particularmente bien descrita por Tom Main (1975).

Un riesgo inherente a la desaparición de las barreras entre los roles del personal y de los pacientes es que la relación entre el personal y los pacientes puede llegar a ser de alguna manera contraterapéutica. Esto puede consistir en acordar mantener en secreto la información que debe ser comunicada al resto de la comunidad, desarrollar una relación exclusiva que socave la participación con la comunidad en su totalidad, o mantener una intimidad física inapropiada. Tales riesgos requieren una vigilancia sensible y una cultura de sinceridad para que se puedan discutir abiertamente las violaciones potenciales o reales de los límites entre una relación profesional y una relación personal (es decir, cuando la relación amenaza con socavar la terapia, en lugar de facilitarla) y las lecciones aprendidas.

Por último, el atractivo del método de la comunidad terapéutica ha conducido inevitablemente a intentar introducir el modelo sin un conocimiento completo o sin el compromiso de hacer que funcione. Probablemente el ejemplo más conocido de inadecuación de la gestión de un grupo de este tipo es la representación ficticia de una reunión en la planta en la película Alguien voló sobre el nido del cuco (1975). Las reuniones de planta pueden organizarse sin tener una idea clara de cómo deben funcionar y sin formación, supervisión o apoyo para el personal responsable de su funcionamiento. En un estudio de un hospital de 450 camas con 220 grupos que se reunían periódicamente se encontró que el personal en general no tenía clara la estructura, la finalidad, el funcionamiento y el marco teórico de los grupos, y que muchos grupos «solo servían para aumentar la ansiedad o para reflejar las ansiedades y defensas de las unidades en las que se encontraban», aunque había «notables excepciones» (Robertson and Davison, 1997). Bell y Novakovic (2013) ofrecen un ejemplo de una reunión de planta mal entendida con comentarios de cuatro médicos experimentados.

Resumen

Las comunidades terapéuticas han sido llamadas situaciones de aprendizaje vital. La experiencia de vivir como miembro de una comunidad saca a la luz los problemas (psicológicos, emocionales y sociales) de los miembros en acontecimientos paralelos a los de la vida exterior. Esto ocurre de tal manera que: (1) son visibles para todos; (2) están disponibles para la discusión cuando otros miembros pueden compartir experiencias similares y ofrecer retroalimentación y sugerencias; y (3) pueden ser modificados a través de la práctica. Este ciclo puede repetirse tantas veces como sea necesario. Así, las comunidades terapéuticas funcionan como situaciones de vida en grupo dentro de las cuales hay diversos grupos específicos. El grupo nuclear es la reunión de la comunidad, y hay reuniones de grupos más pequeños para diferentes fines específicos.

Puede considerarse que la comunidad terapéutica es una modalidad, un marco de trabajo, más que un modelo teórico. Se puede utilizar este formato desde diferentes perspectivas teóricas: psicoanalítica, sistémica, analítica de grupo, conductual, espiritual y filosófica. Estos modelos explicativos ayudan al personal a dar sentido a sus funciones y pueden utilizarse para guiar las interacciones y la comprensión entre el personal y los pacientes. Como marco de trabajo, la comunidad terapéutica ofrece oportunidades únicas para el aprendizaje terapéutico, tanto para el personal como para los pacientes, ya que, literalmente, todo lo que sucede está abierto a la evaluación. Una herramienta tan poderosa no está exenta de riesgos, y la formación y la supervisión adecuadas del personal son esenciales para evitar o gestionar estos riesgos.

Nota

¹Se utilizan los tres términos dependiendo del contexto. Habitualmente usaré el término «paciente», pero los usaré todos indistintamente.

Bibliografía

Bell, D. and Novakovic, A. (2013) 'A community meeting on an acute psychiatric ward: Observation and commentaries' in *Living on the Border*. London: Kamac.

Berke, J.H. (1980) 'Therapeutic community models: II Kingsley Hall' in E. Jansen (Ed), *The Therapeutic Community*. London: Croom-Helm.

Berke, J.H., Masoliver, C. and Ryan, T.J. (1995) Sanctuary: The Arbours experience of alternative community care. London: Process Press.

Campling, P., Davies, S. and Farquharson, G. (2004) From Toxic *Institutions to Therapeutic Environments*. Gaskell: London.

Ciompi, L. and Hoffman, H. (2004) Soteria Berne: An innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic. World Psychiatry, 3(3), 140-146.

Clark, D.H. (1965) The therapeutic community - Concept, practice and future. The British Journal of Psychiatry, 131, 553-564.

Clark, D.H. (1996) The Story of a Mental Hospital. London: Process Press.

Gale, J. (2000) 'The dwelling place of meaning' in S. Tucker (Ed), A Therapeutic Community Approach to Care in the Community. London: Jessica Kingsley.

Handover, K. (2000) 'Building a home of one's own' in S Tucker (Ed), A Therapeutic Community Approach to Care in the Community. London: Jessica Kingsley.

Hickey, B. (2008) Lothlorien community: A holistic approach to recovery from mental health problems. Therapeutic Communities, 29(3), 261-272.

Jones, M. (1968) Social Psychiatry in Practice. Penguin: Harmondsworth. Kennard, D. (1998) *An Introduction to Therapeutic Communities*. London: Jessica Kingsley.

Kolb, D.A. (1984) Experiential Learning: Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Lees, J., Haigh, R., Lombardo, A. and Rawlings, B. (2016) Transient therapeutic communities: The 'living-learning experience' trainings. Therapeutic Communities, 37(2), 57-68.

Main, T. (1946) The hospital as a therapeutic institution. Bulletin of the Menninger Clinic, 10, 66-70.

Main, T. (1975) 'Some psychodynamics of large groups' in L. Kreeger (Ed), The Large Group. London: Constable.

Mandelbrote, B.M. (1965) The use of psychodynamic and sociodynamic principles in the treatment of psychotics. Comprehensive Psychiatry, 6(6), 381-387.

Rapoport, R.N. (1960) Community as Doctor. London: Tavistock.

Roberts, J.P. (1980) Destructive processes in a therapeutic community. *International Journal of Therapeutic Communities*, 1(3), 159-170.

Robertson, S. and Davison, S. (1997) A survey of groups within a psychiatric hospital. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 11, 119—133.

Sempik, J. (2008) Green Care: A natural resource for therapeutic communities? [Editorial]. *Therapeutic Communities*, 29(3), 221-227.

CAPÍTULO TRECE

El desarrollo y algunas características específicas del tratamiento psicoterapéutico de grupo en unidades forenses

Tija Žarković Palijan, Ana Magerle, Sonja Petković, Editha Vučić

Introducción

La psicoterapia forense, así como la psiquiatría forense en general, es una disciplina relativamente joven que aún está evolucionando, pero el interés en este campo ha crecido en las últimas décadas. En general, el significado del término «psicoterapia forense» implica la aplicación de terapias psicológicas al tratamiento de delincuentes que padecen trastornos mentales (McGauley and Humphrey, 2003). Sin embargo, es justo decir que el contexto de la psiquiatría forense está dominado por el método psicodinámico (Welldon, 1994), ya que el propio desarrollo de esta disciplina se basa en un punto de vista psicoanalítico.

Una de las funciones principales de la psicoterapia forense enfatiza el uso de los principios psicodinámicos para la comprensión de los impulsos y las fantasías inconscientes, y cómo se reflejan en la conducta y las interacciones del paciente. McGauley (2002) señala que, a pesar de las teorías de que los pacientes forenses no pueden entender el proceso psicodinámico, la psicoterapia forense en instituciones cerradas abarca mucho más que el tratamiento individual. Como la esencia de la

psicoterapia radica en ganar control (Xenitidis, Barnes and White, 2005), se desconfía de la psicoterapia utilizada en el campo psiquiátrico forense. Sin embargo, en la literatura se ha señalado que la aplicación del concepto psicodinámico puede ayudar a comprender la fenomenología, incluso en los pacientes psicóticos (McGauley, 2002). El análisis de grupo, así como cualquier psicoterapia analítica, es una experiencia más emocional que intelectual (Hoffmann and Kluttig, 2006). De hecho, la experiencia y la investigación de la Clínica Portman demuestran que la psicoterapia de grupo es una excelente opción para la mayoría de los pacientes (Woods and Williams, 2014).

Los pacientes psiquiátricos forenses suelen ser personas que, como consecuencia del maltrato o el abandono en la infancia, han desarrollado numerosos trastornos mentales graves y crónicos. La tarea del psicoterapeuta forense es evaluar y tratar a los pacientes, consultar con los colegas, supervisar a los colegas más jóvenes y a los equipos profesionales, y dar apoyo al personal de una institución forense. Además, evalúa la psicopatología, el riesgo y las diversas capacidades, a petición del tribunal penal (Adshead, 2001).

Tratamiento de psicoterapia forense

La psicoterapia forense implica cuatro tipos básicos de actividades: trabajo clínico directo (evaluación y tratamiento), supervisión, reuniones clínicas, y consultas o supervisión institucional. Es el trabajo de todo un equipo que, además del personal médico, incluye psicólogos clínicos, psicoterapeutas, trabajadores sociales, pedagogos sociales, maestros de educación especial, terapeutas ocupacionales y expertos de otras profesiones relacionadas que están capacitados para trabajar con poblaciones específicas (Cordess and Cox, 1996).

Tradicionalmente se consideraba que hacía falta una inteligencia por encima de la media como requisito previo para que el paciente pudiera participar en el psicoanálisis, o incluso para que fuera derivado a psicoterapia. Sin embargo, la psicoterapia psicodinámica contemporánea ha evolucionado a lo largo de los años al expandir la teoría y la práctica, y hoy en día incluye (ya sea en el ámbito experimental o en la práctica clínica) poblaciones que antes se consideraban inadecuadas, como los pacientes con psicosis u otras enfermedades mentales graves y los ancianos (Xenitidis, Barnes and White, 2005).

El tratamiento puede ser individual, de grupo o dentro de una comunidad terapéutica (McGauley and Humphrey, 2003). Puede tener lugar en programas terapéuticos en la comunidad o en la consulta ambulatoria de un hospital, y ofrece diversos modelos de tratamiento. La naturaleza del entorno en el que se lleva a cabo el tratamiento determina en gran medida los objetivos y el curso del tratamiento. La Clínica Portman aplica terapia de grupo psicoanalítica al proceso de tratamiento de los pacientes más graves y difíciles (Woods and Williams, 2014).

Además de administrar un tratamiento en una institución psiquiátrica forense cerrada, la tarea del equipo de expertos es también evaluar el progreso psicológico y las posibilidades de traslado a plantas de menor nivel de seguridad. Sin embargo, los problemas de seguridad y los riesgos son más pronunciados en una institución cerrada, por lo que los expertos a menudo se enfrentan a un conflicto entre los roles de terapeuta y de asesor (McGauley and Humphrey, 2003). Es decir, se establece un conflicto entre la responsabilidad hacia el paciente y la responsabilidad hacia la sociedad (Magerle, 2001). La cuestión del establecimiento de la seguridad dentro de la institución a menudo eclipsa la necesidad de tratamiento y socava la puesta en práctica de las actividades terapéuticas. Por lo tanto, el equipo de expertos debe trabajar para lograr un equilibrio en el control, la asistencia y el tratamiento (Norton and McGauley, 2000). En consecuencia, es necesario fomentar el desarrollo de métodos y disciplinas especializados para su uso en un contexto psiquiátrico forense.

El método aplicado con más frecuencia en psiquiatría en general, y por lo tanto también en psiquiatría forense, es el método psicodinámico de tratamiento. Por lo tanto, cada vez se prefiere más el trabajo terapéutico en grupo. Antes del tratamiento, y durante el mismo, el psicoterapeuta forense debe tener en cuenta el contexto en el que se lleva a cabo el tratamiento. Si estima que la situación general es insatisfactoria, entonces al principio es más necesaria la terapia de apoyo que la terapia centrada en el autoanálisis. El período de terapia de apoyo puede preparar el camino para un tratamiento más activo, como la terapia psicodinámica individual o la psicoterapia de grupo (Norton and McGauley, 2000). En su libro *Cognitive Analytic Therapy for Offenders* (Terapia analítica cognitiva para delincuentes), Pollock y cols. (2006) presentan la terapia analítica cognitiva como una nueva forma de psicoterapia forense que puede incluir la comprensión, la conceptualización, el tratamiento y la gestión en la terapia de los delincuentes.

Muchos pacientes psiquiátricos necesitan una comunicación permanente, o al menos frecuente, con el terapeuta. En los últimos tiempos se ha planteado la aplicación de la telemedicina, específicamente la telepsiquiatría, para lograr los mejores resultados posibles. La telemedicina, gracias a la expansión de las tecnologías de la comunicación, permite ofrecer servicios médicos a distancia (McLaren, 2003). Aunque este método es muy nuevo y se debe investigar más, muchos autores ya insisten en los resultados positivos, especialmente en lo que se refiere a la rentabilidad económica.

Supervisión en psicoterapia forense

Según Cox (1996), la supervisión es indispensable: conditio sine qua non. Es una herramienta esencial para el desarrollo de una serie de profesiones, incluida la psicoterapia (Cottrell, 1999). Los terapeutas se someten a supervisión a los niveles individual y de grupo (Klain, 2007), supervisión que puede realizarse en un entorno informal o más estructurado (p. ej., en la planta o durante la presentación de un caso). La supervisión de grupo puede incluir a varios terapeutas individuales que juntos discuten sesiones individuales, pero también puede referirse a la terapia de grupo (Cox, 1996). Por ejemplo, Klain (2007) describe la supervisión de una terapia de grupo para pacientes psicóticos. Los objetivos de la supervisión institucional incluyen saber cómo se puede identificar e investigar la psicopatología de los pacientes, e incorporar esta información a ciertos aspectos del funcionamiento de la institución.

Experiencia e investigación de los autores

En el hospital neuropsiguiátrico Dr. Ivan Barbot de Popovača, el departamento de psiquiatría forense, con un total de 200 camas, es el mayor centro de Croacia para el tratamiento de personas mentalmente incapaces, o para la aplicación de confinamiento involuntario en virtud de la Ley de protección de las personas con discapacidad mental. A finales de los años 70 del siglo XX, Klain comenzó a formar médicos y profesionales de enfermería en el hospital, e introdujo la psicoterapia de grupo como método de tratamiento para los pacientes psicóticos. Fuimos el primer departamento de Croacia que utilizó grupos psicodinámicos para el tratamiento de pacientes psicóticos en psiquiatría forense; esta formación sigue en curso.

Cada departamento del hospital se gestiona como una comunidad socioterapéutica independiente donde se ofrece psicoterapia individual, de grupo y familiar, junto con socioterapia en sentido estricto y actividades ocupacionales. La comunidad, compuesta por grupos con distintos diagnósticos, se modifica según las necesidades y la capacidad funcional de los pacientes. Por lo tanto, un grupo puede incluir pacientes con retraso mental, pacientes psicóticos crónicos, pacientes con problemas de alcohol y pacientes psiquiátricos forenses en libertad condicional que asisten como pacientes ambulatorios. Además de ser tratados en la comunidad socioterapéutica del departamento de psiquiatría forense, los alcohólicos también son remitidos al programa de día de la comunidad socioterapéutica de alcohólicos del hospital. Otros grupos diagnósticos,

principalmente el grupo con psicosis, participan en otros grupos socioterapéuticos y en sesiones de grupo de orientación psicodinámica.

En todas las comunidades socioterapéuticas los pacientes forman grupos de 8 a 10 miembros con el fin de participar en actividades ocupacionales una vez por semana. Las sesiones de grupo, de 60 minutos de duración, tienen orientación analítica y trabajan partiendo del principio de «puerta entreabierta». Cada grupo incluye un observador y un supervisor; después de cada sesión, el supervisor mantiene una entrevista con el terapeuta y el observador. Finalmente, hay una supervisión general con todos los terapeutas y observadores que participan en la psicoterapia de grupo en el hospital.

Investigación sobre la dinámica de grupo en psicoterapia forense

Aunque los pacientes psiquiátricos forenses aceptan formalmente la terapia de grupo, el tratamiento es obligatorio. Así, los pacientes consideran que los terapeutas y el entorno terapéutico constituyen una prolongación del brazo de las autoridades, es decir, del tribunal penal. De esta manera, el departamento es una prisión, el personal médico son los guardias de la prisión, el grupo es una sala de audiencias y el terapeuta es un investigador o un juez. Esta opinión se ve corroborada por el hecho de que el médico-terapeuta es la persona que propone al tribunal la finalización del confinamiento forzado. Los pacientes psiquiátricos forenses, cuyo objetivo es salir del hospital o del confinamiento lo antes posible, a menudo creen que se les puede dar de alta si se comportan bien, no porque su salud haya mejorado. Por lo tanto, los pacientes consideran que el proceso de transición de la dinámica de grupo desde la fase inicial hasta la llamada fase intermedia requiere mucho tiempo y es laborioso. Esto implica una transición del monólogo al diálogo, poniendo énfasis en el aquí y ahora; y un requisito para discutir el tema tabú (es decir, el delito).

Para agilizar el proceso de transición, es decir, para eliminar el factor (médico-terapeuta) que creíamos que estaba ralentizando este proceso, acordamos con el supervisor dejar que los terapeutas formaran grupos en departamentos en los que no trabajaban. De esta manera queríamos lograr que el grupo se cohesionara más rápidamente. Sin embargo, después de un año de trabajo con grupos de otros departamentos, nos dimos cuenta de que el problema no había cambiado. Asumimos que la razón de esto era el efecto que tenía un grupo grande (es decir, el departamento) en la dinámica de un grupo pequeño (es decir, el grupo de terapia); los departamentos varían en cuanto a formación y abordaje del paciente, y también hay diferencias en el ambiente del departamento.

Realizamos un estudio en el que se monitorizó el desarrollo de la dinámica de grupo en dos grupos de pacientes: el grupo A del departamento 1 y el grupo B del departamento 2, con el mismo terapeuta y el mismo observador. Cada grupo tenía 10 miembros (ocho pacientes, un terapeuta y un observador), que trabajaban partiendo del principio de «puerta entreabierta». Los pacientes eran esquizofrénicos, y alguna vez había en el grupo un paciente de otra categoría psiquiátrica. Todos los pacientes habían cometido un asesinato o un intento de asesinato. La media de edad de los pacientes del grupo A era 33 años, y la del grupo B 34 años; la duración media de la hospitalización en el grupo A era 29,6 meses, mientras que en el grupo B era 30,3 meses; no había otras diferencias estadísticamente significativas.

A continuación se muestra un resumen de nuestros hallazgos después de observar los eventos y la dinámica de la cohesión de grupo a lo largo de un año:

- El grupo A supera muy pronto la llamada fase inicial, mientras que el grupo B, tras un año de trabajo, se encuentra prácticamente en la primera fase. Cuando se descubre que en los grupos hay un paciente psicótico agudo, en el grupo A no aumenta la ansiedad ya que el grupo asume el papel de terapeuta y confronta al paciente con la enfermedad. Sin embargo, el grupo B rechaza al paciente psicótico porque en el grupo se genera una ansiedad creciente. De manera similar, cuando se introduce un nuevo miembro en los grupos, el grupo A se muestra amistoso y ayuda al nuevo miembro a adaptarse a la nueva situación. El mes 11 del trabajo de grupo, dos miembros del grupo A sugieren a los otros miembros del grupo que incluyan a un paciente que se encuentra muy mal (y que ha intentado suicidarse varias veces): los miembros del grupo piensan que el grupo podría ayudarlo, como los ha ayudado a ellos. Mientras tanto, en el grupo B, después de haber dado de alta a un paciente, el terapeuta plantea la cuestión de introducir un nuevo paciente en el grupo. El grupo guarda silencio, y después de que el terapeuta repita la pregunta, un miembro dice: «Podrían traer a todos los nuevos miembros porque nosotros hemos estado en el grupo durante mucho tiempo».
- Se establece rápidamente la confianza entre los miembros del grupo A. En la fase intermedia, con incursiones ocasionales en la fase final, el grupo A habla abiertamente de los delitos perpetrados, y la comunicación se dirige a todos los miembros del grupo. Cuando un miembro del grupo abandona el grupo porque es dado de alta del hospital, el grupo A reacciona con placer. Consideran que el

- alta del paciente es un éxito de todo el grupo, que ha contribuido a su tratamiento. También es la prueba de que todos los miembros pueden volver pronto a casa. Sin embargo, el grupo B está enfadado porque piensa que el miembro del grupo no ha merecido ser dado de alta y que no podrá arreglárselas en casa.
- Cuando el terapeuta está ausente en las reuniones iniciales del grupo, los grupos A y B tienen la misma reacción: expresan satisfacción cuando se cancela la reunión del grupo. Sin embargo, el mes 12, a pesar de que se les ha dicho que se ha cancelado la sesión del grupo, el grupo A se reúne en su horario habitual porque han visto al terapeuta en el hospital. (El terapeuta está de vacaciones, y está en el hospital por alguna otra razón.) Por el contrario, el grupo B tiene la misma reacción de satisfacción que tuvo al principio del trabajo de grupo, cuando se enteró de la cancelación.
- En ambos grupos, las cuestiones técnicas se discuten en casi todas las sesiones. Por ejemplo: quién se encarga de dar de alta a un paciente, qué tipo de tratamiento médico recibe, varios asuntos relacionados con los permisos, etc.
- Algunos comportamientos solo se observan en el grupo B: los pacientes llegan habitualmente tarde a las reuniones; el lugar de la sesión a menudo no está preparado; el personal tiene que llamar repetidamente a los pacientes para que asistan a la sesión; y a menudo se envía a los pacientes a hacerse pruebas durante la sesión, o tienen otras obligaciones (por ejemplo, un terapeuta ocupacional llama por teléfono al terapeuta de grupo para pedirle que exima a un paciente de su participación en el grupo).

Después de un año del trabajo de grupo y de la monitorización de los procesos de grupo entrevistamos al personal de ambos departamentos para conocer sus puntos de vista sobre diversos procedimientos terapéuticos. Descubrimos que el personal del departamento 1 había recibido formación tanto en psicodinámica como en otras formas de terapia en psiquiatría. Todas las tardes, cuando no había ningún médico en el departamento, el personal del departamento 1 organizaba reuniones de grupos grandes. La mayoría de ellos también dirige pequeños grupos de terapia.

A continuación realizamos una encuesta entre el personal de los dos departamentos. En una encuesta anónima, se pidió al personal que calificara cada uno de los procedimientos terapéuticos (terapia farmacológica, ocupacional, socioterapéutica comunitaria y psicoterapéutica individual y de grupo) en una escala del 1 (el más bajo) a 5 (el más alto). Según los resultados, no hubo diferencias estadísticamente significativas en las actitudes del personal de los departamentos 1 y 2 hacia la terapia

farmacológica, la terapia ocupacional, la comunidad socioterapéutica y la psicoterapia individual. Sin embargo, se encontró una diferencia estadísticamente significativa (t = 2,89) en la puntuación de la psicoterapia de grupo: el personal del departamento 1 dio a la psicoterapia de grupo una calificación media de 4,20, y el personal del departamento 2 una calificación de 3,21 (Magerle, 2001).

Basándonos en esta investigación, concluimos que el ambiente general del departamento tiene un gran efecto sobre el desarrollo y el éxito de la terapia de grupo, en particular en los departamentos de psiquiatría forense. Esto implica cierto nivel de formación del personal, una actitud positiva hacia la técnica o el método terapéutico, la propia experiencia, una actitud positiva hacia el paciente, la comprensión de sus delitos y, sobre todo, una motivación común para cambiar nuestras actitudes al tratar con dichos pacientes (grupos Balint). De acuerdo con nuestra investigación, y con nuestra experiencia y nuestro seguimiento psicoterapéuticos posteriores, podemos concluir que en la primera fase, así como en todas las demás fases del desarrollo del proceso de grupo, las relaciones en el grupo más grande (el departamento) se reflejan en su parte más pequeña (el grupo de terapia). Dependiendo de su calidad, pueden motivar u obstaculizar el desarrollo del proceso de grupo. La tarea del terapeuta es identificar estos fenómenos y adaptar sus intervenciones con la máxima paciencia. Los efectos yatrógenos dentro del grupo también tienen ciertos efectos positivos y negativos en el conjunto (el departamento).

Después de algún tiempo los pacientes de estos grupos se sienten elegidos, como si tuvieran un estatus especial, lo que a veces los lleva a mostrar conductas inadecuadas. Aquí es necesario señalar que al principio del trabajo de grupo vemos el efecto contrario, ya que los pacientes a menudo se preguntan por qué son elegidos, con connotaciones negativas y suspicacia. Al principio del trabajo de grupo, los pacientes no permitieron la grabación de la sesión (en parte debido a la paranoia y en parte por la falta de experiencia con los ensayos).

Este estudio ha reforzado aún más nuestra opinión de que el terapeuta de un grupo de psicosis también puede ser un médico del departamento. Creemos que al trabajar en estas condiciones con pacientes psiquiátricos forenses y homicidas es deseable que el mismo terapeuta cure tanto el cuerpo como el alma. Por lo tanto, el terapeuta puede ser reconocido como un objeto bueno y malo.

Experiencia con la dinámica de grupo en psicoterapia forense

En los pacientes psiquiátricos forenses encontramos destrucción, que ha pasado de las palabras a los hechos. La mayoría de ellos han expresado

la destrucción de la manera más dura posible: el asesinato. La destrucción es una forma de comunicación, y la comunicación en los pacientes psicóticos está bloqueada en dos direcciones: bloqueo de su propia comunicación (comprensión de sus propias necesidades), y bloqueo de la comunicación con los demás. En un grupo con pacientes psicóticos homicidas, el terapeuta está tratando de establecer una comunicación con la parte destructiva y hacerla reconocible y comprensible para el paciente, porque un grupo terapéutico puede resistir mejor la agresión destructiva que las situaciones analíticas individualizadas (Magerle, 2001). Al principio del trabajo en grupo, la comunicación se dirige al terapeuta, que en estas condiciones es también el médico responsable del tratamiento. Los pacientes psiquiátricos forenses esperan que el terapeuta les dé una tarea y un tema del que hablar. Al principio se trata de monólogos o preguntas dirigidas al terapeuta sobre la terapia médica, las salidas, los fines de semana, los permisos terapéuticos, etc. El grupo solo actúa como grupo cuando en el departamento hablan de temas diferentes, es decir, cuando llevan el grupo grande al pequeño. Estas dinámicas retrasan inicialmente el desarrollo del proceso de grupo, pero los terapeutas no deben sentirse desanimados. Con la ayuda del supervisor pueden seguir trabajando con los pacientes psiquiátricos forenses, aunque también necesitan completar la formación que ellos mismos realizan del personal, tanto de los que tienen educación médica superior como de los que han recibido educación secundaria, de modo que casi todo el personal haya finalizado la formación en terapia de grupo a través de los grupos Balint y su propia experiencia en el grupo (Kova, 2007).

Los sentimientos de impotencia, incapacidad e incompetencia en el trato con estos pacientes constituyen una experiencia muy difícil, que se atenúa con formación y supervisión, e incluso generan una actitud más optimista hacia la psicoterapia. Trabajar con profesionales de enfermería y técnicos capacitados mejora la vida de los pacientes en la planta, y en esta situación es más probable que se realice psicoterapia de grupo (Klain, 2007). La psicoterapia de grupo está indicada para pacientes con un ego débil, y el ego de los pacientes psiquiátricos forenses es el más débil. La psicoterapia de grupo, junto con otras formas de tratamiento, es el método de elección para trabajar con los pacientes forenses. Sin embargo, los terapeutas que están estudiando otros tipos de métodos psicoterapéuticos ciertamente traerán nuevos avances en el futuro.

Durante la Guerra de la Independencia de Croacia, durante la cual hubo carestía de medicamentos, observamos un empeoramiento significativo de las enfermedades más importantes. El empeoramiento en los pacientes de los departamentos forenses que recibían simultáneamente tratamiento

de grupo fue significativamente menor que en los pacientes a los que no se había incluido en el tratamiento psicoterapéutico de grupo. Además, en los pacientes que recibieron psicoterapia de grupo, a pesar del deterioro de la enfermedad, no observamos estallidos de agresividad. En otros pacientes el deterioro de la enfermedad se acompañó de los arrebatos agresivos y destructivos que se habían descrito en el momento de la comisión del delito.

Un supervisor, después de 30 años de trabajo con grupos de pacientes forenses psicóticos, afirmó que el trabajo en grupo ayuda a los terapeutas a apoyar a sus pacientes gravemente enfermos, por los que a menudo sienten emociones muy negativas que les generan una frustración extrema. Aunque teme que sus resultados no sean adecuados, el supervisor está convencido de que la psicoterapia de grupo ha ayudado a los pacientes psicóticos forenses, por lo que la investigación debe continuar y desarrollarse más (Klain, 2007).

Conclusión

La psicoterapia forense, aunque es una disciplina joven dentro de la psiquiatría, incluye una serie de tareas y responsabilidades. La calidad del tratamiento depende de la adecuación de la selección y de la formación de los profesionales que trabajan con los pacientes psiquiátricos forenses. Los expertos en salud mental pueden y deben utilizar todos los métodos y abordajes que contribuyan a la comprensión y el bienestar de los pacientes, pero cualquier acción debe ser estructurada y planificada por todo el equipo profesional.

Algunos autores argumentan que la psicoterapia forense no es una actividad importante dentro de la psicoterapia profesional y que, además, es deprimente y aterradora. Además, algunos expertos no pueden actuar asumiendo el principio de que el tratamiento es más importante que la curación. Por otro lado, los partidarios de la psicoterapia forense insisten en que su objetivo es reducir el sufrimiento del paciente y que la prestación de asistencia es a veces más difícil que la curación, y que estos son los hechos que hacen que el trabajo sea atractivo desde las perspectivas intelectual y humanista. Además, los profesionales que ayudan a las personas desesperadas e indefensas señalan que esto les proporciona un inmenso placer.

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los pacientes internados en instituciones de alto riesgo tienen un amplio espectro de trastornos crónicos. No siempre es fácil comunicarse con personas que han cometido delitos porque sus habilidades interpersonales suelen ser deficientes o inexistentes. Los pacientes con psicopatología compleja a menudo se

ven superados por diversas comorbilidades que complican aún más la posibilidad de recuperación. Por lo tanto, un experto que decide trabajar con pacientes forenses debe estar preparado para lidiar con frustraciones, acusaciones, miedo, violencia y responsabilidad, por un lado, y mantener la calidez, la empatía, la esperanza, la fe y el amor, por el otro. Es fundamental mantener el equilibrio y la objetividad.

Bibliografía

Adshead, G. (2001) Forensic psychotherapy. BMJ Career Focus, 323, S2-7316. Cordess, C. and Cox, M. (1996) Forensic Psychotherapy: Crime, psychodynamics and the offender patient. London: Jessica Kingsley.

Cottrell, D. (1999) Supervision. Advances in Psychiatric Treatment, 5, 83-88. Cox, M. (1996) 'A supervisor's view' (pp. 199-223) in C. Cordess and M. Cox (Eds), Forensic Psychotherapy: Crime, psychodynamics and the offender patient. London: Jessica Kingsley.

Hoffmann, K. and Kluttig, T. (2006) Psychoanalytic and group-analytic perspectives in forensic psychotherapy. The Group-Analytic Society, 39(1), 9-23.

Klain, E. (2007) 'Supervizija grupne psihoterapije sapsihotičnim forenzičnim pacijentima' (pp. 394-402) ['Supervision of group psychotherapy with psychotic forensic patients'] en T. Žarković Palijan and D. Kovačević (Eds), Iz forenzične psihijatrije 2 [From Forensic Psychiatry 2], Zagreb: Naklada Ceres.

Kovač, M. (2007) 'Dobit za bolnicu od edukacije iz grupne psihoterapije medicinskih sestara/tehničara' ['Benefits for the hospital from the group psychotherapy of psychiatric nurses'] en E. Klain and R. Gregurek (Eds), Grupna psihoterapija [Group Psychotherapy]. Zagreb: Medicinska naklada.

Magerle, A. (2001) 'Razvitaki nekespecifičnosti grupno psihoterapijskog tretmana na forenzičkim odjelima' (pp. 355-362) ['Development and some specific features of group psychotherapeutic treatment in forensic departments'] en T. Žarković Palijan and D. Kovačević (Eds), lz forenzičke psihijatrije [From Forensic Psychiatry]. Zagreb: Naklada Ceres.

McGauley, G. (2002) Forensic psychotherapy in secure settings. The *Journal of Forensic Psychiatry*, 13(1), 9-13.

McGauley, G. and Humphrey, M. (2003) Contribution of forensic psychotherapy to the care of forensic patients. Advances in Psychiatric Treatment, 9, 117-124.

McLaren, P. (2003) Telemedicine and telecare: What can it offer to mental health services? Advances in Psychiatric Treatment, 9, 54-61.

Norton, K. and McGauley, G. (2000) Forensic psychotherapy in Britain: Its role in assessment, treatment and training. Criminal Behaviour and Menial Health, 10, 82-90.

Pollock, P.H., Stowell-Smith, M. and Gopfert, M. (2006) Cognitive Analytic Therapy for Offenders: A new approach to forensic psychotherapy. London: Routledge.

Welldon, E. (1994) 'Forensic psychotherapy' (pp. 470-493) en P. Clarkson and M. Pokomy (Eds), The Handbook of Psychotherapy. London: Routledge.

Woods, J. and Williams, A. (2014) Forensic Group Psychotherapy (The Portman Clinic Approach). London: Kamac Books.

Xenitidis, K.I., Barnes, J. and White, J. (2005) Forensic psychotherapy for adults with learning disabilities: An inpatient group-analytic group. *Group Analysis*, 38(3), 427—438.

CAPÍTULO CATORCE

Grupos en servicios de intervención temprana

Psicoterapia de grupo para pacientes con trastornos psicóticos en un programa de intervención temprana (RIPEPP)

Branka Restek-Petrović, Majda Grah, Anamarija Bogović Dijaković, Nina Mayer

Introducción

El Programa de Intervención Temprana para Pacientes Psicóticos (RIPEPP; Rana Intervencija kod Prvih Epizoda Psihotičnih Pormećaja) se puso en marcha en el hospital psiquiátrico Sveti Ivan de Zagreb en 2005. Fue diseñado y financiado con recursos del hospital y se basa en los siguientes pilares: el marco teórico psicodinámico de la comprensión de los trastornos psicóticos; varios años de experiencia en la aplicación del análisis de grupo modificado para el tratamiento de los trastornos psicóticos; la experiencia internacional en la aplicación de técnicas de grupo en programas de intervención temprana; y la experiencia con programas de intervención temprana en general (Addington and Addington, 2001; Woodhead, 2008).

La psicoterapia psicodinámica de grupo con pacientes psicóticos se administra en el hospital Sveti Ivan desde 1990, y hoy en día es un método terapéutico generalmente aceptado para el tratamiento intrahospitalario y ambulatorio de los pacientes psicóticos y de otros pacientes psiquiátricos. En colaboración con el Instituto de Group Analysis de Zagreb y la Clínica de Medicina Psicológica de la Facultad de Medicina de Zagreb, el hospital ha

fomentado y llevado a cabo sistemáticamente la formación de psiquiatras y de otros expertos en diversas técnicas psicoterapéuticas, especialmente en análisis grupal, terapia familiar, psicoterapia psicoanalítica, terapia cognitiva-conductual y métodos psicosociales de tratamiento.

El programa RIPEPP

En el programa RIPEPP participan pacientes del hospital Sveti Ivan que reciben tratamiento intrahospitalario o ambulatorio y que se encuentran en el «período crítico» de su trastorno psicótico, en los 5 años siguientes a la aparición de los primeros síntomas (Birchwood and Fiorillo, 2000). El programa RIPEPP se dirige a pacientes con trastorno psicótico agudo, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante o trastorno afectivo bipolar con psicosis, e incluye tanto a los pacientes como a sus familiares.

El objetivo del programa es tanto la recuperación clínica y social completa del paciente (a través de la comprensión del trastorno y la aceptación del tratamiento) como la prevención de las recaídas. Desde el punto de vista psicodinámico, el programa pretende promover la creación de niveles superiores de relaciones de objeto, un self más cohesionado, y mecanismos de defensa más maduros. Otros objetivos son la educación adecuada de los pacientes y sus familias sobre las causas, el inicio, las manifestaciones clínicas y el tratamiento de su trastorno, y también la detección de los síntomas tempranos del trastorno. También tiene como finalidad corregir las formas inadaptadas de conducta, comunicación y relaciones interpersonales dentro de la familia que pueden tener consecuencias negativas sobre el mantenimiento de la remisión. El programa consiste en psicoterapia de grupo y psicoeducación, métodos psicosociales de tratamiento y terapia psicofarmacológica.

Psicoterapia de grupo psicodinámica

El equipo terapéutico de analistas de grupo del programa RIPEPP generalmente acepta que la psicoterapia de grupo combinada con antipsicóticos es un método eficaz para tratar los trastornos psicóticos (Kanas, 1996; González de Chávez, 2009). Sostenemos que un grupo de pacientes psicóticos, coordinado por un terapeuta experto, es capaz de desarrollar a largo plazo una matriz de grupo (Foulkes, 1977), lograr una comunicación y una interacción significativas, apoyarse mutuamente, utilizar mecanismos de espejo, e introyectar algunas de las funciones del coordinador de tal manera que el grupo pueda convertirse en un factor terapéutico (Urlić, 1999).

Los objetivos y las técnicas terapéuticas en los grupos de pacientes psicóticos difieren en general, dependiendo de la perspectiva teórica del terapeuta. Los analistas de grupo de nuestro equipo terapéutico aceptan la posición conceptual de que los trastornos psicóticos constituyen un espectro continuo de trastornos mentales, de los cuales las psicosis son las más graves (Schermer and Pines, 1999; Urlić, 1999). Por lo tanto, el tratamiento está orientado, con optimismo, hacia la posibilidad de alcanzar niveles superiores de relaciones de objeto, intersubjetividad y empatía. La función de la psicoterapia de grupo no es solo ofrecer alivio, apoyo y elementos de educación, sino también permitir que se produzcan cambios internos. Los grupos de pacientes no están diseñados únicamente para ser lugares de «formación en adaptación», es decir, para la construcción de un falso self más funcional y adaptable que se acomode mejor a las normas de la comunidad (Schermer and Pines, 1999; Winnicott, 1965). La terapia de grupo es también un lugar donde se transforma la experiencia psicótica, se descubren y analizan las experiencias traumáticas tempranas y las fantasías primigenias, y se desarrollan mecanismos de defensa psicológica, todo lo cual conduce a la recuperación clínica y social integral (Restek-Petrović, 2008).

El trabajo con grupos de jóvenes psicóticos ha permitido conocer algunos aspectos específicos del proceso de grupo: reacciones de tristeza como consecuencia de la introspección sobre la enfermedad y sus consecuencias, lo que conlleva riesgo de intento de suicidio; la necesidad de analizar las experiencias traumáticas de los episodios psicóticos y la hospitalización, así como la experiencia de la terapia psicofarmacológica; y la necesaria integración de la experiencia psicótica en la personalidad. En cuanto a la técnica, la experiencia ha subrayado la necesidad de tener unos límites más flexibles: los pacientes a menudo abandonan el grupo porque necesitan tener una capacidad funcional más independiente, pero regresan cuando se enfrentan a un nuevo episodio psicótico. La experimentación con las relaciones en el grupo (amistades, relaciones románticas) amenaza los límites y la integridad del grupo. También se necesita una amplia variedad de técnicas, como el uso del humor, la aceptación de la jerga y los modos de expresión juveniles, etc. (Restek-Petrović, et al., 2008, 2014).

Psicoterapia de grupo para pacientes hospitalizados

La planta de psicoterapia (donde se inicia la psicoterapia de grupo como parte del programa RIPEPP, tras la intervención farmacológica en el servicio de urgencias) cuenta con 30 camas, y está organizada como una comunidad terapéutica. Todo el personal ha recibido formación en

psicoterapia en el marco teórico psicodinámico, y todos los empleados han finalizado su formación como analistas grupales, terapeutas de grupo o terapeutas cognitivos-conductuales. El programa de la terapia incluye psicoterapia de grupo psicodinámica cuatro veces por semana. Una vez a la semana, un psiquiatra analista de grupo coordina una sesión de una hora de duración con un grupo de tamaño medio, mientras que tres veces a la semana un profesional de enfermería terapeuta de grupo lleva a cabo sesiones de grupos pequeños de una hora. Los grupos se dividen en niveles superiores e inferiores en función de la madurez de sus relaciones de objeto, mecanismos de defensa y capacidades de comunicación (Yalom and Leszcz, 2005). Los talleres de terapia cognitiva-conductual y psicoeducación también forman parte del programa.

El personal de la planta intenta crear un ambiente de seguridad, apoyo y aceptación empática, dentro del cual comienza el proceso de psicoterapia. Se trabaja en la comprensión inicial de la naturaleza del trastorno, y se analizan los factores desencadenantes que llevaron a la descompensación mental. Se forja una alianza terapéutica con los pacientes y sus familias, y se motiva a los pacientes para que participen en la parte ambulatoria a largo plazo del programa RIPEPP.

Cuadro clínico 14.1

El primer comentario del grupo lo realiza un paciente: «Puedo decir que he tenido un buen fin de semana. Vi el partido. Me gusta el fútbol». Otra paciente participa y dice que también pasó un buen fin de semana en el hospital, especialmente en las sesiones de grupo. Después de una breve pausa, la paciente M dice que no se siente bien porque el diablo la sigue constantemente, y que se las arregló para enfrentarse a él viendo una misa en la televisión. No puede ir a la iglesia porque se considera culpable de que su prometido esté en la planta de seguridad porque llegó tarde. El paciente V comenta: «Una de las razones por las que terminé aquí es porque el diablo, o alguien relacionado con él, me está siguiendo, y entonces tengo miedo, empiezo a temblar. Desde que estoy aquí, no me asusto tanto». La paciente L trata de consolar a la paciente M, diciendo que es demasiado autocrítica, que siempre está buscando algo malo en sí misma y que no tiene la culpa de lo que le ocurre a su prometido. Otro paciente le pregunta a la paciente M: «¿Cómo es tu diablo?» La paciente M dice que puede sentirlo (señala por encima de su hombro) y que está de pie junto a ella. Otra paciente señala que es difícil convencer a alguien de que se trata de síntomas

psicóticos, y que para la paciente M es más fácil atribuir todos sus malos impulsos y sus sentimientos negativos a otra persona, como el diablo, que a sí misma. El paciente L dice que, antes de ser hospitalizado, se sentía como una caja llena de piezas de Lego que siempre trataba de armar, pero que siempre venía alguien a tirarlo de una patada. Mientras recibía tratamiento, se dio cuenta de que podía sacar el Lego de la caja y unirlo para darlo forma.

Comentarios: Hablar sobre los síntomas es a menudo un tema espontáneo en el grupo, y los miembros del grupo que están más cerca de la recuperación ofrecen apoyo, confrontación y verificación de la realidad a los pacientes más agudos.

Cuadro clínico 14.2

El primero en hacer una aportación al grupo es el paciente T, quien dice lo feliz que está de dejar el hospital pronto. Después de él, el paciente E y otro paciente también manifiestan su deseo de que el fin de semana llegue lo antes posible para poder irse a casa ellos también.

TERAPEUTA: Nuestros pensamientos están fuera del hospital, pero ¿cómo nos sentimos aquí en el grupo?

Se produce un breve silencio.

PACIENTE D: Ya he tenido suficiente de este hospital, estoy harto de todo esto. Hace tres meses que estoy aquí. Estuve en la planta de seguridad durante mucho tiempo.

Todo el mundo se ríe.

PACIENTE M: Hombre, no estabas bien, lo que hiciste allí fue terrible.

PACIENTE D (*riéndose*): Sí, los insulté a todos, les grité a los médicos. Solo tienes que relajarte un poco.

TERAPEUTA: ¿Es más fácil discutir este tipo de experiencia con una broma?

El paciente T afirma que la horrible experiencia de la planta de seguridad los persigue, pero que ahora ve que pese a todo era necesario. El paciente D pregunta cómo saben los médicos lo que les sucede cuando no hablan con ellos todos los días. La paciente M señala que los grupos también son importantes, que el personal los observa, pero que ellos mismos también firmaron el consentimiento para el tratamiento. La sala está abierta y pueden salir cuando quieran.

PACIENTE E: Es mejor que lo decidamos junto con el médico.

PACIENTE M: Pero te escapaste.

PACIENTE E: No me escapé, solo tenía que ocuparme de algo.

PACIENTE M: Pero sufriste las consecuencias.

PACIENTE E: No lo hice: se intercambiaron algunos faxes y eso fue todo.

TERAPEUTA: ¿Qué dice el grupo sobre esto: es mejor quedarse o irse? PACIENTE V: Creo que tienes que pensar en ello: es fácil marcharse, pero tienes que pensar en las consecuencias.

El grupo aconseja a la paciente E que se lo piense, que va a salir del hospital de todos modos, y que todo el mundo ve que está mejorando cada día.

Comentarios: La experiencia y la aceptación del tratamiento, y la manifestación de la transferencia ambivalente hacia el hospital y el personal, son temas de discusión frecuentes.

Psicoterapia de grupo para pacientes hospitalizados

El programa RIPEPP para pacientes ambulatorios incluye psicoterapia psicodinámica de grupo a largo plazo para los pacientes, psicoterapia de grupo para sus familiares, y talleres psicoeducativos para ambos grupos juntos. Los pacientes que carecen de motivación o capacidad para este tipo de psicoterapia son derivados a actividades psicosociales en el Club de Pacientes.

La perspectiva de un proceso de grupo a largo plazo ofrece la posibilidad de trabajar con los mecanismos de consolidación y defensa del self, con el fin de desarrollar las relaciones de objeto y mejorar la socialización. Tras el análisis de la experiencia traumática que supuso la hospitalización y su episodio psicótico, y tras establecer cierta introspección sobre su trastorno, los pacientes con menor capacidad y motivación abandonan el grupo, mientras que algunos pacientes permanecen en tratamiento durante años, con más objetivos terapéuticos. Una característica del trabajo de grupo inicial es la mayor actividad del terapeuta, que: incita a la comunicación y la interacción; muestra una actitud de apoyo; evita interpretar el contenido subconsciente (especialmente en las primeras fases del trabajo de grupo); ofrece «interpretaciones ascendentes» cuando es necesario; y dirige la discusión más hacia el «aquí y ahora» que hacia el «allí y entonces» (Restek-Petrović, 2004; Restek-Petrović, et al., 2016). Después de establecer la cohesión y una matriz de grupo, el terapeuta se vuelve menos activo y ofrece menos apoyo, y puede retirarse a un segundo plano. Sin embargo, sigue existiendo la posibilidad de aplicar todo tipo de intervenciones terapéuticas porque la comunicación y la interacción espontáneas generan oportunidades para la actualización de los conflictos internos en los miembros del grupo.

Después de 11 años de programa, actualmente funcionan en el hospital nueve grupos de psicoterapia: ocho grupos con pacientes psicóticos jóvenes y un grupo con pacientes mayores (entre 30 y 40 años) que han sufrido su primer episodio psicótico. Los grupos funcionan con el principio de «puertas abiertas», y los pacientes permanecen en el grupo todo el tiempo que sea necesario. Después de abandonar un grupo, los pacientes pueden continuar el tratamiento en el grupo si tienen una recaída o si necesitan trabajar sobre nuevos problemas, siempre y cuando haya espacio para ellos en el grupo.

Cuadro clínico 14.3

La paciente I comienza la sesión de grupo jactándose de que su hija pequeña ha recibido elogios en la escuela, por lo que la dejó jugar en casa de una amiga, a pesar de la desaprobación de su madre. El paciente E señala que la paciente I se ha vuelto más decidida en la crianza de su hija y ya no depende tanto de su madre ni de sus opiniones. La paciente I lo confirma, y dice que conoció a otra madre en la escuela, que tuvieron una conversación agradable y que fueron a tomar un café juntas después de la reunión de padres.

El paciente E continúa diciendo que, ahora que ha aprobado el último examen, está empezando a pensar cada vez más en el trabajo, y que se imagina a sí mismo en el papel de profesor, lo que le resulta cada vez más atractivo. Luego mira sus «modernos» tejanos rotos y se pregunta en voz alta cómo puede vestir sin poner en peligro su autoridad como profesor, y al mismo tiempo no dejar de estar cerca de sus alumnos.

La paciente L comenta pensativamente que nunca le han gustado los niños, y que no podría imaginarse a sí misma como madre; pero que cuando ve lo dulce y bien educada que es la hija de la paciente I, piensa que algún día también podría ser madre. El paciente T, que se graduó el verano pasado, ha ido de viaje al extranjero con su familia. Describe su nueva experiencia de seguridad y satisfacción: no pensó en su enfermedad, tomó su medicación y disfrutó de todas las experiencias maravillosas.

El paciente H se une a la sensación general de bienestar: ha estado solo unos cuantos días, mientras su madre estaba fuera de viaje. Así que cocinó para sí mismo, y se sintió bien. Cuando su madre se iba él estaba ansioso, llamaba y molestaba constantemente a su hermano o a su tío, y a veces se saltaba la medicación. Sin embargo, ahora se siente bien estando solo.

El terapeuta comenta que todo el grupo ha crecido. La paciente I está más segura en su papel de madre; el paciente E está listo para adoptar su papel profesional; la paciente L está comenzando a considerar algunos nuevos papeles en su vida; el paciente T está más relajado fuera de la seguridad de su hogar; y el paciente H está disfrutando de la libertad de estar solo. El grupo confirma en silencio este pensamiento, y luego el paciente E afirma: «De alguna manera, todo ha venido rodado...».

Comentarios: Todos los miembros han participado en el grupo durante 5 o más años: uno de los tres estudiantes universitarios se ha graduado, y otro ha aprobado el último examen. En los últimos dos años, los miembros del grupo han comenzado a relacionarse entre sí con menos frecuencia fuera de las sesiones del grupo. Además, otras interacciones fuera del grupo se están volviendo cada vez más intensas: buscar parejas y nuevos amigos, probar nuevas actividades, disfrutar del tiempo con sus familias y otras alegrías de la vida, y capacidad de soportar la soledad.

Cuadro clínico 14.4

La paciente C, una estudiante universitaria de unos 20 años, es hospitalizada por primera vez debido a un episodio psicótico. Tiene dificultades con la hospitalización, se muestra desconfiada y está asustada. En las sesiones de grupo en la planta se muestra callada y expresa su temor a la estigmatización. Por sugerencia del terapeuta y de sus padres, acepta unirse al grupo de pacientes ambulatorios.

En su primera sesión, se sienta con el abrigo puesto, apretando el bolso en su regazo. Se presenta con pocas palabras, acentuando su condición de estudiante, y apenas menciona su enfermedad. El grupo, maduro y con una matriz bien desarrollada, le ofrece su apoyo: los miembros la animan a hablar sobre sus exámenes en la universidad y sus dificultades para concentrarse, mientras que los otros estudiantes del grupo le ofrecen sus propias experiencias. La paciente C se relaja más: después de la sesión del grupo va a tomar un café con los demás miembros.

Comentarios: A lo largo de los 6 meses siguientes es evidente el establecimiento de un mecanismo de «sellado», igual que la estabilización de la situación de la paciente y su avance en la socialización. La experiencia de la cohesión de grupo y la buena simbiosis le permiten tener experiencias positivas en el tratamiento. La paciente abandona el grupo, termina sus estudios en la universidad y obtiene un empleo, al tiempo que mantiene un contacto amistoso con los otros miembros del grupo.

Conclusión

De acuerdo con las experiencias mencionadas en los cuadros clínicos anteriores, la psicoterapia de grupo psicodinámica es el método de elección cuando se plantea el tratamiento de la población joven que sufre de psicosis y de sus familiares. Con el tiempo el programa RIPEPP (Restek-Petrović, et al., 2012; Restek-Petrović and Filipčić, 2016) ha sido objeto de adiciones, cambios y mejoras, en consonancia con las experiencias adquiridas, la investigación interna, los nuevos conocimientos de la literatura y las aportaciones de los miembros del programa (tanto los pacientes como sus familiares).

Bibliografía

Addington, J. and Addington, D. (2001) Impact of an early psychosis program on substance use. Psychiatric Rehabilitation Journal, 25, 60-67.

Birchwood, M. and Fiorillo, A. (2000) The critical period of early intervention. Psychiatric Rehabilitation Skills, 4, 182-198.

Foulkes, S.H. (1977) *Therapeutic Group Analysis*. New York: International Universities Press.

González de Chávez, M. (2009) 'Group psychotherapy and schizophrenia' en Y.O. Alanen, M. González de Chávez, A-L.S. Silver and B. Martindale (Eds), Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenia Psychoses. London: Routledge.

Kanas, N. (1996) Group therapy with schizophrenics: A review of controlled studies. *International Journal of Group Psychotherapy*, 36, 339-351.

Restek-Petrović, B. (2004) 'Grupna klima kao pokazatelj uspješnosti liječenja dugotrajne grupne psihoterapije psihoza' [Group climate as an indicator of effectiveness in longterm group psychotherapy of psychoses']. Doctoral thesis for the Faculty of Medicine, Zagreb.

Restek-Petrović, B. (2008) 'Grupna psihoterapija psihoza u ambulantnim uvjetima' ['Group psychotherapy of psychosis for outpatients'] en E. Klain (Ed), Grupna analiza: analitička grupna psihoterapija [Group Analysis: Analytical group psychotherapy]. Zagreb: Medicinska naklada.

Restek-Petrović, B., Bogović, A., Mihanović M., Grah, M., et al. (2014) Changes in aspects of cognitive functioning in young patients with schizophrenia during group psychodynamic psychotherapy: A preliminary study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68, 333-340.

Restek-Petrović, B. and Filipčić, I. (2016) Rana intervencija kod psihotičnih poremećaja [Early Interventions in Psychotic Disorders]. Zagreb: Medicinska naklada.

Restek-Petrović, B., Gregurek, R., Petrović, R., Orešković-Krezler, N., et al. (2016) Characteristics of the group process in the long-term psychodynamic group psychotherapy for patients with psychosis. *International Journal of Group Psychotherapy*, 66, 132-143.

Restek-Petrović, B., Mihanović, M., Grah, M., Molnar, S., et al. (2012) Early intervention program for psychotic disorders at the Psychiatric hospital 'Sveti Ivan'. *Psychiatria Danubina*, 24(3), 323-332.

Restek-Petrović, B., Orešković-Krezler, N., Mihanović M. and Štrkalj-lvczić, S. (2008) 'Grupna psihoterapija u rehabilitaciji psihotićnih bolesnika' ['Group psychotherapy in the rehabilitation of psychotic patients'] en V. Jukić and Z. Pisk (Eds) *Psihoterapija: Škole i psihoterapijski pravci u Hrvalskoj danas* [*Psychotherapy: Schools and psychotherapy in Croatia today*], Zagreb: Medicinska naklada.

Schermer, V.L. and Pines, M. (1999) *Group Psychotherapy of the Psychoses: Concepts, interventions and contexts.* London: Jessica Kingsley.

Urlić, I. (1999). 'The therapist's role in the group treatment of psychotic patients and outpatients' en V.L. Schermer and M. Pines (Eds), *Group Psychotherapy of Psychoses: Concepts, interventions and contexts*. London: Jessica Kingsley.

Winnicott, D.W. (1965) *The Maturational Process and the Facilitating Environment*. London: Hogarth Press.

Woodhead, G. (2008) 'Therapeutic group work for young people with first-episode psychosis' en J.F.M Gleeson, E. Killackey and H. Krstev (Eds), *Psychotherapies for the Psychoses: Theoretical, cultural and clinical integration*. New York: Routledge.

Yalom, I. and Leszcz, M. (2005) *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.

CAPÍTULO QUINCE

Terapia cognitiva-conductual de grupo para personas con psicosis

Tania Lecomte

Introducción

Numerosos ensayos han demostrado que la terapia cognitiva conductual para la psicosis (TCCp) puede reducir los síntomas psicóticos y el sufrimiento asociado, además de ayudar a los pacientes con psicosis en su recuperación, mejorando la comprensión y el manejo de su salud mental (Newton-Howes and Wood, 2013; Rathod, et al., 2008; Wykes, et al., 2008). Aunque la mayoría de los metaanálisis incluye algunos ensayos de TCCp de grupo, se han realizado más estudios con TCCp individual que con TCCp de grupo y, por lo tanto, se sabe menos acerca de los resultados específicos de los estudios de TCCp de grupo. En Norteamérica, por ejemplo, los métodos de grupo para los pacientes con psicosis se aplican con mucha más frecuencia que en el Reino Unido, donde se desarrolló inicialmente la TCCp.

La TCCp de grupo puede ser general, centrada en el sufrimiento y los síntomas, o más específica (centrada en un síntoma específico, como las voces, o en un problema, como la autoestima). La tabla 15.1 describe brevemente los resultados de los estudios documentados de TCCp de grupo, y muestra que en general se encontraron mejoras significativas en la mayoría de los estudios,

Tabla 15.1 Estudios sobre la terapia cognitiva-conductual de grupo en las psicosis

	Diseño	Objetivo	Resultados
Lecomte y cols. (1999)	ECA (exp/TH), 24 sesiones de grupo (n = 95)	Mejora de la autoestima (modelo del desarrollo de Reasoner)	Mejora de los síntomas positivos y las estrategias de afrontamiento en el grupo exp
Wykes, Parr y Landau (1999)	Estudio piloto, 6 sesiones de grupo (n = 21)	Afrontamiento de las voces (estrategias cognitivas)	Disminución de la percepción de poder de las voces, menos estrés, mejora del afrontamiento
Leclerc, y cols. (2000)	ECA (exp/TH), 24 sesiones de grupo (n = 99)	Mejora del manejo del estrés (modelo de Lazarus)	Mejora de los síntomas positivos, la autoestima y la higiene en el grupo exp
Chadwick, y cols. (2009)	Estudio piloto, 8 sesiones de grupo (n = 22)	Disminución del sufrimiento por las voces	Disminución del poder de las voces y de la sensación de control por las voces
Granholm, y cols. (2005)	ECA (exp/TH), 24 sesiones de grupo (n = 76)	TCC combinada y formación en habilidades sociales para mejorar la capacidad funcional en pacientes ancianos	Sin efectos sobre los síntomas; mejora de la capacidad funcional, el afrontamiento y la introspección en el grupo exp
Wykes, y cols. (2005a, 2005b)	ECA (exp/TH), 7 sesiones de grupo (n = 85)	Mejora del afrontamiento de las voces y la capacidad funcional	Efectos sobre las alucinaciones solo en los grupos exp con terapeutas más expertos; mejorías de la capacidad funcional social (solo exp)
Barrowclough y cols. (2006)	ECA (exp/TH), 18 sesiones de grupo (n = 113)	Mejoría de los síntomas positivos	Sin efectos sobre los síntomas; solo mejoraron la desesperanza y la autoestima
Landa y cols. (2006)	Estudio piloto, 13 sesiones de grupo (n = 6)	Mejora de la paranoia (TCCp)	Disminuyó la convicción en la idea delirante paranoica, menor sufrimiento
McLeod, y cols. (2007)	ECA pequeño (exp/ TH), 8 sesiones de grupo (n = 20)	Disminución de las voces, mejora del afrontamiento de las voces (CBT)	Disminución de la frecuen- cia y el poder de las voces en el grupo exp

Notas

ECA: ensayo clínico aleatorizado exp/TH: grupos con experiencia o tratamiento habitual

particularmente en los síntomas de psicosis, pero también en la autoestima, el afrontamiento y la capacidad funcional social. Nuestros propios estudios de TCCp de grupo en pacientes con psicosis temprana no solo demostraron mejorías en los síntomas, sino que también mostraron mejorías significativas en la autoestima y en las estrategias de afrontamiento, así como en el apoyo social, de mayor magnitud que en los participantes que recibieron formación en habilidades de grupo para el manejo de los síntomas (Lecomte, et al., 2008; Lecomte, Leclerc and Wykes, 2012). Solo un grupo de TCCp no obtuvo resultados positivos (v. tabla 15.1); un análisis más detallado de este estudio sugiere que no se consideraron los elementos terapéuticos esenciales del grupo, lo que probablemente explique los peores resultados.

Elementos terapéuticos de la TCCp de grupo

Al igual que en otras intervenciones de grupo, en la TCCp de grupo deben estar presentes muchos de los elementos terapéuticos esenciales de Yalom y Leszcz (2005). Por ejemplo, uno de los pasos fundamentales de la TCCp es la normalización (o universalidad), es decir, ayudar a los pacientes a sentirse menos alienados normalizando su experiencia y haciéndoles darse cuenta de que otras personas han tenido experiencias similares (Kingdon and Turkington, 2005); esto es más fácil de lograr en un contexto de grupo. Del mismo modo, la socialización es fundamental: el formato de grupo ayuda a superar el aislamiento social, que es una de las consecuencias más frecuentes de la psicosis. El aislamiento social, independientemente de que esté relacionado con la ansiedad social, la paranoia, los sentimientos de incompetencia social, los síntomas negativos o el estigma relacionado con el hecho de tener una enfermedad mental, tiene consecuencias graves para la integración del individuo en la sociedad. La TCCp de grupo da la oportunidad de interactuar con otras personas en un entorno seguro y sin prejuicios y, por lo tanto, de practicar las habilidades sociales e incluso de crear amistades. En el contexto de la TCCp, los participantes en el grupo se ayudan entre sí sugiriendo alternativas a las creencias de otros miembros, o poniendo en práctica las estrategias de afrontamiento de cada uno de ellos, lo que también se conoce como aprendizaje interpersonal.

Cuando se trata a pacientes con psicosis, se puede tardar hasta seis sesiones en logar la cohesión del grupo; esta cohesión se traduce en sentimientos de pertenencia, simpatía y empatía hacia los demás, así como en aprendizaje interpersonal y apoyo social. Un estudio reciente de nuestro equipo encontró que la cohesión del grupo es un sólido factor predictivo de las mejorías en los síntomas y la autoestima en la TCCp de grupo: una fuerte cohesión ofrece la red de seguridad necesaria para atreverse a probar nuevas conductas o a modificar las propias percepciones (Lecomte, et al., 2015; Lecomte, Leclerc and Wykes, 2018).

La TCCp de grupo está limitada en el tiempo, por lo que su objetivo es ofrecer rápidamente a los participantes un entorno seguro, lo que se consigue mediante el uso de un libro de trabajo que los participantes reciben en la primera sesión. En consecuencia, los participantes no solo saben qué pueden esperar, lo que les hace sentirse seguros, sino que también pueden examinar los temas de las sesiones futuras y escribir sus notas y pensamientos personales en cada sesión, lo que también contribuye a mejorar la permanencia en el grupo. En un estudio previo, muchos de los participantes mencionaron que el uso de un libro de trabajo era uno de los aspectos preferidos de la intervención, junto con el aprendizaje de los otros miembros del grupo (Spidel, Lecomte and Leclerc, 2006).

La TCCp de grupo es una tarea extremadamente dirigida en el sentido de que las sesiones tienen fines específicos que se traducen en temas de discusión concretos y tareas activas durante las sesiones. Aunque se recomiendan tareas para casa entre las sesiones, dichas tareas no constituyen la única forma de práctica durante la TCCp de grupo. De hecho, cada una de las sesiones está diseñada para animar a los participantes a superar sus problemas, comprender nuevos conceptos y descubrir nuevas estrategias de afrontamiento por diferentes medios (por ejemplo, trabajando individualmente, en parejas o todos juntos). Las sesiones están diseñadas para seguir el modelo de sesión única, lo que significa que cada sesión está completa y se centra en un concepto o tema específico. Cuando todas las sesiones están claramente definidas, los participantes salen de la sesión con la sensación de haber logrado un propósito y con una experiencia concreta en la mente. La TCCp de grupo también utiliza un método orientado a los objetivos, según el que se considera que los participantes en el grupo son ante todo personas con potencial, puntos fuertes y cualidades. Esto ayuda a fomentar la confianza en sí mismos necesaria para creer que pueden lograr cosas en la vida, y que su enfermedad no decide quiénes son o qué pueden hacer. Esto también se refleja en el hecho de que no se utilizan términos médicos, y que no se consideran importantes los nombres de los síntomas, ni los diagnósticos. Al evitar los diagnósticos y la jerga psiquiátrica, la TCCp de grupo da a los participantes la oportunidad de usar sus propios términos para describir sus experiencias. También utilizamos marcos teóricos como el modelo de estrés-vulnerabilidad-competencia (Anthony and Liberman, 1986), que se centra en los factores protectores y en la capacidad que tiene la persona de alcanzar el control de su propia salud mental. De hecho, la TCCp de grupo tiene una orientación tan positiva que uno de sus elementos terapéuticos esenciales es tener una experiencia placentera. Aunque se abordan experiencias y temas difíciles, se hace con cuidado para asegurarse de que los participantes salgan de cada sesión sintiéndose

bien, o mejor que cuando llegaron. Además, el período de socialización previsto al final de cada sesión permite que se desarrollen conversaciones amigables, lo que favorece que la experiencia de la TCCp de grupo tenga un final positivo.

Estructura de la TCCp de grupo: Un manual

Nuestro equipo desarrolló y validó cuidadosamente las 24 sesiones que se ofrecen en el manual de la TCCp de nuestro grupo (v. Lecomte, Leclerc and Wykes, 2016) con el fin de centrarse tanto en los puntos fuertes y la autoestima como en los síntomas y las dificultades. Al introducir los temas de una manera gradual, se evita el estrés y se favorece el aprendizaje y el intercambio. El manual se desarrolló hace 17 años, y después se ha validado en estudios extensos. Actualmente se utiliza en pacientes con psicosis en más de 15 países. La mayor parte de las actividades del manual suponen presentar el tema que se va a discutir, seguido de preguntas abiertas que los participantes contestan por escrito en su libro de trabajo antes de compartir sus respuestas con el grupo. (Cada respuesta es personal, y se informa a los participantes de que no hay respuestas «buenas» o «malas»). Cada actividad termina con un resumen de lo que se ha discutido y de lo que los participantes desean recordar de la sesión. A esto le sigue un período de socialización en el que se ofrece un refrigerio ligero y se invita a los participantes a quedarse a charlar. Las 24 actividades del manual se dividen a partes iguales en 4 epígrafes:

- 1. el estrés, y cómo me afecta;
- verificar hipótesis y buscar alternativas;
- 3. las drogas, el alcohol y cómo me siento;
- 4. afrontamiento y competencia.

En la primera fase del tratamiento se producen interacciones no amenazantes con el fin de desarrollar una alianza terapéutica, sin la cual no es posible ningún tratamiento. En el grupo, la primera sesión tiene como objetivo simplemente presentarse y preguntar de dónde son los pacientes, qué les gusta hacer y qué se les da bien (los terapeutas también participan activamente y comparten sus respuestas). La segunda sesión presenta el concepto de estrés (un fenómeno universal y no amenazante), y se pide a los participantes que evalúen sus reacciones emocionales, físicas y conductuales ante el estrés. La tercera sesión aborda acontecimientos, personas, lugares y situaciones que podrían inducir estrés, y los pacientes deben determinar a qué factores estresantes son particularmente sensibles. En la cuarta sesión se pide a los pacientes

que describan su primera hospitalización o su primer encuentro con un psiquiatra, y que expliquen lo que creen que sucedió. Para la quinta sesión se presenta y personaliza el modelo de estrés-vulnerabilidad-competencia, centrado en los factores protectores. Se considera que esto forma parte de la formulación de la TCC, en la que los participantes acuerdan considerar un nuevo modelo para explicar sus dificultades. Al escribir sus vulnerabilidades específicas, sus factores estresantes y las consecuencias emocionales y conductuales de la interacción entre los factores estresantes y la vulnerabilidad, los participantes hacen suyo el modelo. Los pacientes descubren que pueden trabajar activamente en la construcción de más y mejores factores protectores, mientras que no pueden controlar fácilmente la vulnerabilidad ni el estrés que hay en sus vidas. Muchos de los factores protectores se abordan en el cuaderno de trabajo de la TCCp, y se informa a los participantes de que trabajarán en ellos durante las siguientes sesiones.

La formulación individual de la TCC también se puede encontrar en otras partes del manual, particularmente en la sesión siete, cuando se explica el A-B-C de la TCC. Al comprender cómo influyen en sus propias conductas y emociones las percepciones que tienen de los acontecimientos, y no los acontecimientos en sí mismos, los participantes aprenden a ver sus propias creencias bajo una nueva luz y, por lo tanto, son capaces de modificar sus reacciones ante situaciones estresantes. Se utilizan varios ejercicios para manifestar este vínculo; por ejemplo, ver un fragmento de una película, luego generar múltiples explicaciones para determinadas situaciones, y posteriormente aplicarlas a sus propias vidas. Se puede ver una descripción más detallada de las 24 sesiones que abarca el manual, y la forma de coordinar el grupo, en Lecomte, Leclerc y Wykes (2016).

La TCCp de grupo no se centra únicamente en los síntomas psicóticos. De hecho, los participantes pueden elegir trabajar con cualquier pensamiento angustioso, que puede ser de naturaleza interpersonal (por ejemplo, me siento solo) o estar relacionado con la depresión, la ansiedad o la ira. El manual se centra en la forma de manejar las diversas emociones, al tiempo que ayuda a los participantes a reconocer sus valores, puntos fuertes y cualidades. Dada la alta prevalencia de estos problemas, en el grupo también se analizan las drogadicciones y la ideación suicida. La última sección del manual se concentra más en las estrategias de afrontamiento y en el cumplimiento de los objetivos propios.

Los profesionales ansiosos y con una formación breve podrían sentirse tentados de «zambullirse» y tratar de modificar las creencias disfuncionales relacionadas con los síntomas psicóticos desde la primera sesión, sin tomarse realmente el tiempo necesario para construir la alianza y la cohesión o para comprender realmente los problemas. Sin embargo, la estructura y

el contenido del libro de trabajo describen el ritmo óptimo y ayudan al profesional a evitar ciertos errores. Con un ritmo de un tema por sesión, y preguntas abiertas específicas para lograr que se impliquen los pacientes, los terapeutas pueden ver los efectos del aprendizaje gradual (y evitan abordar demasiado pronto los temas difíciles). Algunos problemas, como las creencias angustiosas, los pensamientos suicidas y la drogadicción, pueden ser difíciles de tratar, y podrían disuadir a los pacientes de continuar la terapia si sienten que las sesiones son demasiado difíciles desde el punto de vista emocional. El hecho de que muchas sesiones se centren en la autoestima no se debe solo a su efecto edificante; mejorar la autoestima es esencial para las personas con psicosis. Uno de nuestros estudios demostró una clara interacción circular entre las mejorías de los síntomas y la autoestima (Lecomte, Leclerc and Wykes, 2018). En la TCCp de grupo, la autoestima se aborda de varias maneras: estableciendo metas personales semanales, determinando las cualidades y los valores positivos, modificando las atribuciones para ser más optimistas en la vida, y descubriendo la propia competencia para hacer frente a los diversos pensamientos, voces o factores estresantes.

Se ha escrito mucho sobre las técnicas de TCC: cómo utilizarlas, su eficacia, etc. Lamentablemente, esto ha llevado a muchos profesionales a considerar que estas técnicas son ingredientes eficaces que se pueden utilizar al azar o en cualquier momento de la terapia (Lecomte and Lecomte, 2002). Por lo tanto, esta intervención basada en un manual ayuda al profesional menos experto a utilizar las técnicas adecuadas en los momentos oportunos. Por ejemplo, la normalización se introduce en fases tempranas; la búsqueda de alternativas y la verificación de los hechos más tarde; y la exploración de estrategias de afrontamiento y el desarrollo de un plan de mantenimiento del bienestar (es decir, de prevención de las recaídas) se discuten hacia el final de la terapia.

Habilidades terapéuticas necesarias para realizar TCCp de grupo

Los terapeutas poco expertos podrían pensar que en la TCCp se trata más de técnicas y psicoeducación que de procesos interpersonales. Sin embargo, como con todas las terapias de grupo, los terapeutas de TCCp de grupo deben observar constantemente y abordar tres niveles:

- 1. *Nivel del grupo:* tener en mente el tema que está tratando hoy el grupo; asegurarse de que el grupo en su conjunto esté bien (de que no quede nadie fuera y haya un buen ambiente, etc.).
- 2. *Nivel interpersonal:* crear paralelismos entre los participantes; fomentar las interacciones y la ayuda interpersonal; reconocer y abordar los conflictos.
- 3. Nivel intrapersonal: ayudar a cada persona a superar sus problemas

personales; asegurarse de que las reuniones del grupo y los temas satisfagan las necesidades de cada persona.

Incluso cuando se sigue un manual, en un grupo se producen diversas interacciones, y los terapeutas de grupo tienen que estar alertas para poder manejar los problemas que puedan surgir. El grupo y sus participantes podrían sentirse frustrados cuando acaba la sesión del grupo si solo se hubiera abordado uno de los tres niveles durante toda la sesión. Esto puede deberse a que los terapeutas han estado todo el tiempo discutiendo los temas individuales de cada persona sin vincular sus experiencias con las de los demás, o si solo se han centrado en las interacciones o en el tema del día sin dejar tiempo para la revelación personal. Los terapeutas competentes en TCCp de grupo deben tener en cuenta estos tres niveles, y tienen que intentar asegurarse de que se hayan tratado todos ellos, aunque de manera breve, en todas las sesiones.

Como con la mayor parte de las terapias, los terapeutas de grupo deben expresar calidez, comprensión y empatía. Puede parecer difícil demostrar flexibilidad mientras se utiliza un manual estructurado con temas predeterminados. Sin embargo, la flexibilidad puede implicar encontrar maneras de establecer vínculos entre un tema apremiante que alguien trae al grupo y el tema planificado para la sesión. Un terapeuta también debe ser hábil, en el sentido de que debe usar bien las habilidades o técnicas de la TCCp. Esto implica dominar la habilidad, por ejemplo, utilizando correctamente el cuestionamiento socrático y consiguiendo que el participante se dé cuenta de que faltan elementos de prueba que respalden su creencia angustiosa. Ser hábil también implica ser capaz de utilizar diferentes habilidades según la situación o la necesidad actual del participante. El concepto temporal incluye tanto la gestión del tiempo como por ejemplo, la organización de la sesión para disponer de tiempo suficiente para completar las actividades planificadas, o como la determinación del momento adecuado para aplicar una intervención, lo que es más que decir o hacer lo correcto en el momento adecuado.

La creatividad del terapeuta también es esencial, y no solo implica cierto grado de flexibilidad, sino que también significa pensar con originalidad. Los terapeutas creativos utilizarán las aportaciones de los miembros del grupo y podrían proponer nuevas ideas o actividades cuando las cosas no salgan según lo planeado. Los terapeutas creativos no se «atascan» en situaciones difíciles, sino que a menudo encuentran formas originales de hacer que el grupo funcione de manera óptima. Los terapeutas de TCCp de grupo competentes no coordinan las sesiones solos, sino que implican hábilmente a los participantes para que colaboren entre sí, ayudándose mutuamente de diversas maneras durante las sesiones de grupo. De

esta manera los participantes no pasan las sesiones hablando con los terapeutas, sino que interactúan tanto entre ellos como con los terapeutas. Los terapeutas modelan la colaboración efectiva trabajando bien juntos, en coterapia, y compartiendo las explicaciones y actividades, al mismo tiempo que guían a los participantes en sus interacciones.

Formación y aplicaciones clínicas para la TCCp de grupo

Nuestro equipo ha desarrollado un programa de formación en TCCp de grupo activa, breve e intensiva, que ha tenido resultados positivos en la aplicación real de las habilidades aprendidas. La formación se desarrolló con dos objetivos en mente: que fuera lo suficientemente breve como para que pudiera asistir la mayoría de los trabajadores de salud mental (es decir, 2 días), y que ofreciera una base que se asemejara mucho a la coordinación de un grupo en la vida real. Para que el taller breve sea eficaz se actúa sobre el aprendizaje en múltiples niveles y se utiliza más de un método de enseñanza, incluyendo juegos de rol. Se actúa sobre tres niveles de conocimiento para promover un cambio real: saber (es decir, contenido real o información conceptual relativa a la TCCp de grupo), saber cómo (aprender a aplicar las habilidades específicas de la TCCp de grupo) y saber cómo estar (adoptar los valores y la filosofía del método).

Como se mencionó al principio de este capítulo, existen varias modalidades de TCCp de grupo: algunas centradas específicamente en los síntomas (por ejemplo, voces: Wykes, et al., 2005a), y otras desarrolladas para participantes ancianos o con discapacidades cognitivas (Granholm, et al., 2005). Nuestra propia TCCp de grupo se diseñó inicialmente para pacientes que se consideraba que tenían «psicosis temprana» (es decir, jóvenes y adultos jóvenes que habían tenido recientemente un primer episodio psicótico), y, por lo tanto, está menos orientada a los síntomas, y más orientada a la recuperación, que el método de otros grupos. Sin embargo, posteriormente se ha modificado el formato de la TCCp de nuestro grupo: se ha ofrecido a pacientes con enfermedad mental de evolución más prolongada, y a menudo se ha administrado una vez a la semana en lugar de cada dos semanas. También se ha ofrecido en una versión más breve durante las estancias hospitalarias cortas y en entornos forenses, y también se ha desarrollado una versión de familiares/cuidadores para los familiares de los pacientes (Leclerc and Lecomte, 2012). En general, la TCCp de grupo es muy apreciada por los participantes, y de forma constante se ha demostrado que facilita la recuperación de los pacientes porque les permite adquirir la sensación de empoderamiento sobre su enfermedad mental y les ayuda a seguir adelante y alcanzar nuevas metas.

Bibliografía

Anthony, W.A, and Liberman, R.P. (1986) The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. Schizophrenia Bulletin, 12, 542-559.

Barrowclough, C., Haddock, G., Lobban, F., Jones, S., et al. (2006) Group cognitive- behavioural therapy for schizophrenia. Randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry, 189, 527-532.

Chadwick, R, Hughes, S., Russell, D., Russell, I., et al. (2009) Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: A replication and randomized feasibility trial. Behaviour and Cognitive Psychotherapy, 37, 403-412.

Granholm, E., McQuaid, J.R., McClure, F.S., Auslander, L.A., et al. (2005) A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 162, 520-529.

Kingdon, D.G. and Turkington, D. (2005) Cognitive Therapy of Schizophrenia. New York: Guilford Press.

Landa, Y., Silverstein, S.M., Schwartz, F. and Savitz, A. (2006) Group cognitive behavioral therapy for delusions: Helping patients improve reality testing. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36, 9-18.

Leclerc, C. and Lecomte, T. (2012) TCC pour premiers episodes de psychose: Pourquoi la therapie de groupe obtient les meilleurs rdsultats? [CBT for first episode of psychosis: Why does group therapy offer better results?] Journal de Therapie Comportementale et Cognitive, 22, 104-110.

Leclerc, C., Lesage, A.D., Ricard, N., Lecomte, T., et al. (2000) Assessment of a new stress management module for persons with schizophrenia. American Journal of Orthopsychiatry, 3, 380-388.

Lecomte, T., Cyr, M., Lesage, A.D., Wilde, J.B., et al. (1999) Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with chronic schizophrenia. Journal of Nervous and Mental Diseases, 187, 406—413.

Lecomte, T., Leclerc, C., Corbiere, M., Wykes, T., et al. (2008) Group cognitive behavior therapy or social skills training for individuals with a recent onset of psychosis? Results of a randomized controlled trial. Journal of Nervous and Mental Diseases, 196(12), 866-875.

Lecomte, T., Leclerc, C. and Wykes, T. (2012) Group CBT for early psychosis - Are there still benefits one year later? International Journal of *Group Psychotherapy*, 62, 309-322.

Lecomte, T., Leclerc, C. and Wykes, T. (2016) Group CBTfor Psychosis-A guidebookfor clinicians. New York: Oxford University Press.

Lecomte, T., Leclerc, C. and Wykes, T. (2018) Symptom fluctuations, self-esteem, and cohesion during group cognitive behaviour therapy for early psychosis. Psychology and Psychotherapy, 91, 15-26.

Lecomte, T., Leclerc, C., Wykes, T., Nicole, L., et al. (2015) Understanding process in group cognitive behaviour therapy for psychosis. Psychology and Psychotherapy, 88(2), 163-177.

Lecomte, T. and Lecomte, C. (2002) Towards uncovering robust principles of change inherent to CBT for psychosis. American Journal of Orthopsychiatry, 72, 50-57.

McLeod, T., Morris, M., Birchwood, M. and Dovey, A. (2007) Cognitive behavioural therapy group work with voice hearers. Part 1. British Journal of Nursing, 16(4), 248-252.

Newton-Howes, G. and Wood, R. (2013) Cognitive behavioural therapy and the psychopathology of schizophrenia: Systematic review and metaanalysis. Psychology and Psychotherapy, 86(2), 127-138.

Rathod, S., Kingdon, D., Weiden, P. and Turkington, D. (2008) Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant schizophrenia: A review. Journal of Psychiatric Practice, 14(1), 22-33.

Spidel, A., Lecomte, T. and Leclerc, C. (2006) Community implementation successes and challenges of a cognitive-behavior therapy group for individuals with a first episode of psychosis. *Journal of* Contemporary Psychotherapy, 36, 51-58.

Wykes, T., Hayward, P., Thomas, N., Green, N., et al. (2005a) What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. Schizophrenia Research, 77(2-3), 201-210.

Wykes, T., Hayward, P., Thomas, N., Green, N., et al. (2005b) What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. Schizophrenia Research, 77, 201-210.

Wykes, T., Parr, A.-M. and Landau, S. (1999) Group treatment of auditory hallucinations. The British Journal of Psychiatry, 175, 180-185.

Wykes, T., Steel, C., Everitt, B. and Tarrier, N. (2008) Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. Schizophrenia Bulletin, 34(3), 523-537.

Yalom, I.D. and Leszcz, M. (2005) The Theory and Practice of Group *Psychotherapy*, 5th edition. New York: Basic Books.

CAPÍTULO DIECISEIS

Grupos multifamiliares y psicosis

Un abordaje sistémico

Val Jackson

Este capítulo pretende dar a los lectores una visión general del desarrollo de los grupos multifamiliares, presentar los fundamentos de estos grupos y describir con más detalle los grupos dirigidos por la autora, con la esperanza de que los lectores quieran «intentarlo». Se espera transmitir la pasión, el gozo y la inquietud que acompañaron a la autora en el desarrollo de esta forma de trabajo dentro del servicio de Intervención temprana en psicosis de Leeds, West Yorkshire, Reino Unido (Jackson and Elks, 2007; Jackson and Gupta, 2010).

El desarrollo de grupos multifamiliares

La idea de trabajar con familias que padecen problemas crónicos de salud mental comenzó en los años 40 del siglo XX, principalmente en Estados Unidos, pero fue el trabajo de Laqueur en los años 50 y 60 del siglo XX lo que llevó al concepto de terapia multifamiliar (TMF) (Asen, 2002). El objetivo inicial era mejorar las condiciones de las plantas de psiquiatría, donde eran frecuentes las técnicas clínicas invasivas, el aislamiento de los pacientes y el agotamiento profesional del personal. Laqueur y cols.

invitaron a las familias a las plantas para que aportaran nuevas ideas a las formas de trabajo institucionalizadas. Lo que se aprendió de este «experimento» fue que el intercambio de ideas y experiencias entre las familias les permitía aprender unos de otros. Influenciado por las teorías de Bateson sobre la retroalimentación restringida dentro de un sistema cerrado (Bateson, 1972), Laqueur describió la creación de múltiples perspectivas cuando se reunían varias familias, desafiando así la historia dominante (Cooklin, et al., 1976). Su equipo se dio cuenta del efecto que tenían las experiencias compartidas, el apoyo mutuo, la crítica constructiva y el modelado de la independencia y la identidad individual cuando se está en presencia de otras familias que pasan por situaciones similares. La idea de una historia dominante que restringe el desarrollo de una identidad propia también se refleja en modelos más recientes de prácticas sistémicas, como la terapia narrativa (White, 2007).

Mucho más tarde, en los años 80 del siglo XX, McFarlane desarrolló un importante programa de TMF psicoeducativa en Estados Unidos para pacientes diagnosticados de esquizofrenia. La descripción de la esquizofrenia como una enfermedad crónica de naturaleza biológica tenía como objetivo reducir la culpa o el reproche a que a menudo se enfrentaban las familias. Dentro de este marco, había poca necesidad de una «introspección» psicológica. A las familias se les presentaba información sobre la enfermedad y los servicios disponibles, y un método de resolución de problemas destinado a desafiar las formas disfuncionales de afrontamiento. El modelo también insistía en el contacto temprano y mantenido con las familias, el apoyo para superar los desafíos, la reducción de las expectativas, el manejo del estrés, y la satisfacción de las necesidades sociales y laborales. El modelo de McFarlane era un método a largo plazo, con una duración de entre 1 y 4 años. Los resultados demostraron que el modelo conducía a tasas de recaída más bajas, aumento del empleo y mejora de las relaciones familiares (McFarlane, 2002).

La TMF se utilizó por primera vez en los hospitales de día ingleses en los años 70 del siglo XX, cuando prevalecían las ideas de R.D. Laing sobre la antipsiquiatría y se pensaba que la psicosis era un producto de las familias. Inicialmente se integró la TMF en el plan general de tratamiento hasta que se desarrolló el modelo de Marlborough en el Hospital Maudsley de Londres como un marco distinto (Asen, Dawson and McHugh, 2001; Cooklin and Asen, 2012). Las ventajas del modelo de Marlborough eran que era más eficaz y barato que el tratamiento habitual (Asen and Scholz, 2010), y se demostró que era particularmente eficaz en los trastornos de la conducta alimentaria. En los primeros tiempos el modelo combinaba métodos sistémicos y psicoanalíticos, pero el aspecto interpretativo de estos últimos resultó ser más bien un

obstáculo en este formato. Bajo la influencia de Salvador Minuchin (1974), los grupos distintos desarrollaron una estructura que utilizaba ejercicios que animaban a todos los participantes a moverse entre múltiples roles, lo que les permitía observar y aprender desde diferentes posiciones. Los terapeutas se convirtieron en convocantes, orquestando las actividades. También experimentaron con un equipo de reflexión en un intento estructurado de facilitar un aprendizaje más rápido. El modelo se basaba en el principio de que las familias y las relaciones dentro de ellas eran una fuente de conocimientos y habilidades, y las oportunidades estructuradas para compartir, reflexionar y observar a los demás facilitaban el cambio. Basándose en estos principios sistémicos del modelo de Marlborough, los terapeutas familiares Asen y Scholz (2010) describieron las dificultades a las que se enfrentaban los pacientes y sus familias cuando reflexionaban sobre sus propias situaciones en medio de los conflictos personales y el sufrimiento, y al mismo tiempo fueron capaces de ser sensibles y de asesorar a otras familias que se enfrentaban a dificultades similares. Su objetivo era utilizar este hallazgo en un entorno seguro caracterizado por el intercambio mutuo, la transparencia y la comprensión. Parecía probable que asignar a la familia simultáneamente los roles de experta y observadora de los demás le ofreciera la importante oportunidad de dar un paso atrás y reflexionar sobre su propia situación, lo que llevaría a que la familia tuviera una nueva perspectiva y a que al mismo tiempo aumentara su propio sentimiento de autoestima.

Aunque hay pocos datos sistemáticos específicos sobre los resultados terapéuticos de la TMF sistémica, existen estudios de resultados no publicados que demuestran la aceptabilidad y la utilidad de este método (Asen and Scholz, 2010), particularmente si se aplica en grupos organizados alrededor de un problema o tema común (Asen, 2002). Los estudios sobre la TMF de perspectiva sistémica en pacientes con psicosis son particularmente escasos, especialmente en el Reino Unido. Las pruebas disponibles se limitan a proyectos a largo plazo (1-4 años), y toda la literatura describe intervenciones prolongadas que duran varios meses o incluso años.

Los grupos multifamiliares realizados en el servicio de intervención temprana en psicosis de Leeds para jóvenes de entre 14 y 34 años de edad durante su primer episodio de psicosis también se basaron en principios sistémicos, pero se planificaron como talleres breves durante un período de 3 o 4 semanas. Se alentó a las familias a que se apoyaran y a que aprendieran unas de otras, no solo mediante la observación de nuevas perspectivas desde fuera de sus propias redes, sino también mediante el reconocimiento de los puntos fuertes y las habilidades de cada una de ellas. Esto pareció reducir la actitud defensiva y aumentar el intercambio y la apertura a nuevas ideas.

La estructura de los talleres de Leeds

Los talleres tenían lugar dos veces al año, y se utilizaron diversos formatos. Todos tuvieron una sesión de una introducción de una tarde, seguida de varias tardes o días enteros 2 a 3 semanas después. Se probaron diferentes formatos porque algunos familiares tenían dificultades para acudir varios días consecutivos, pero ninguno de los talleres duró más de 15 horas en total. Sin embargo, se observó que los talleres realizados en días consecutivos creaban una conexión más fuerte entre las familias, lo que aumentó su capacidad de compartir. Estas conexiones continuaron durante muchos meses, cuando no años, después de los talleres.

El requisito mínimo de personal profesional era de dos cofacilitadores (terapeutas familiares) y otros dos trabajadores de apoyo. A veces los niños pequeños asistían sin conocimiento previo, y siempre era útil tener un trabajador que pudiera jugar con ellos si los adultos necesitaban tiempo para reflexionar. Los trabajadores de apoyo también desempeñaron un papel crucial en la observación de las personas, en particular de aquellas que pueden estar angustiadas y ser incapaces de encontrar una forma de expresarlo.

Elegimos diferentes lugares dependiendo de la disponibilidad y el coste. Fueron útiles las salas de descanso y un área de cocina donde podíamos preparar comida. A veces se les pedía a los participantes que trajeran algo de comida para un almuerzo compartido, y otras veces se pedían pizzas. Un centro con una cafetería y una granja para niños atrajo al mayor número de participantes, con 23 personas de 8 familias. La asistencia varió mucho, con la participación de entre 3 y 10 familias, de entre 1 y 8 personas por familia. Podía haber solo un progenitor o familias enteras con tías, tíos, abuelos, hermanos y amigos. Siempre se animaba al paciente a participar, pero no era necesario que asistieran familias enteras. Cada taller utilizó un formato similar de ejercicios estructurados, lo que pareció crear una sensación de seguridad para el grupo y ayudó a los individuos a reunirse por primera vez para hablar de un tema muy difícil.

Implicación de las familias

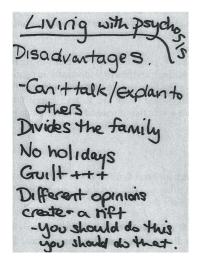
Usando folletos y llamadas telefónicas, se animó a los trabajadores del servicio de intervención temprana a invitar a todos los pacientes de su cartera de casos y a sus familias. Se hizo evidente que los trabajadores que habían participado en un taller anterior se convirtieron en buenos vendedores de futuros talleres. Antes del taller, los cofacilitadores visitaron dos o tres veces en su domicilio a las familias que no conocían. Además, una sesión de introducción de una tarde de duración invitaba a las familias a aprender más sobre el taller, el servicio que lo organizaba, la filosofía sobre la psicosis (una expresión de algo que no se había podido expresar: Seikkula and Amkil, 2006), y un ejercicio básico para demostrar lo que podrían esperar. El espacio entre la sesión de introducción en una tarde y el taller también dio más tiempo para incluir más familias.

Objetivos del taller

Cada taller utilizó ejercicios estructurados basados en las tres fases y los tres objetivos siguientes. Se puede encontrar una descripción completa de estos ejercicios, con mucha más información, en Asen y Scholz (2010).

1: Fortalecimiento del conocimiento y la confianza de los miembros de la familia Estos ejercicios ayudaron a las personas a conocerse en un ambiente seguro. También tenían como objetivo reducir la inseguridad, la culpa y la ansiedad que muchas familias experimentan, así como tratar de responder a las muchas preguntas para las que necesitaban respuestas.

Ejemplo: LO QUE SABEMOS. Grupos pequeños, que podían estar formados por todo tipo de pacientes o por pacientes de un sexo determinado (madres, padres, etc.), elaboraron carteles basados en su conocimiento de un tema elegido, por ejemplo, el cannabis, la escucha de voces, o cómo cambia la vida. Luego se presentaron ante todo el grupo, y se discutieron (v . fig. 16.1).



La vida con psicosis

Desventajas:

-No se puede hablar/explicar a los demás

Divide a la familia

Sin vacaciones

Culpa +++

Diferentes opiniones

Crea una fisura

-Debes hacer esto

Debes hacer lo otro

Figura 16.1 Cartel creado por participantes en sesiones de terapia de grupo multifamiliar.

2: Exploración de las relaciones familiares

Estos ejercicios permitieron que las familias reflexionaran sobre su situación a través de los ojos de otros miembros de su propia familia y de los demás miembros del grupo. El hecho de poder dar un paso atrás y ver su situación como un «observador» a menudo les permitió tener nuevas y sorprendentes perspectivas.

Ejemplo: ESCULTURAS FAMILIARES. Los grupos familiares eligieron un medio para representarse a sí mismos (por ejemplo, bloques de Lego o plastilina), y colocaron a los «individuos» en relación con los otros miembros de la familia, tanto en el presente como en el lugar que preferirían ocupar en el futuro. A veces se invitaba a los jóvenes a tomar la iniciativa para este ejercicio, con los padres observando. Luego se discutieron con todo el grupo (v. fig. 16.2).

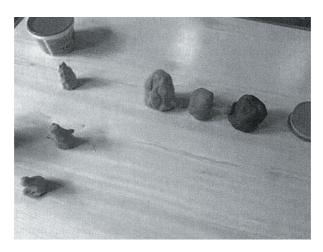


Figura 16.2 Grupo familiar, representado en plastilina, creado por pacientes en terapia de grupo multifamiliar.

3: Reflexión sobre el futuro

Como último ejercicio del día, se esperaba que las familias se llevaran una visión más positiva de su situación, centrándose en lo que habían aprendido de sus experiencias y cómo esto podría influir en el futuro.

Ejemplo: CARTA A LA PSICOSIS. Las personas escribieron una carta anónima describiendo los efectos positivos de la vida con experiencias psicóticas. Cada persona eligió aleatoriamente una de estas cartas, y la leyó ante todo el grupo (v . fig. 16.3).

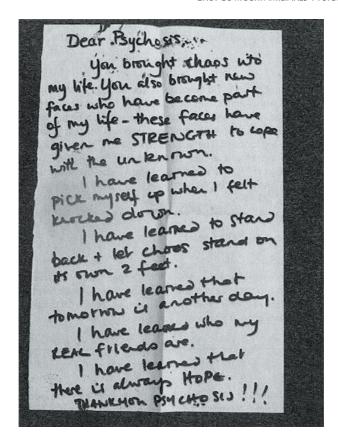


Figura 16.3 Carta abierta que describe los aspectos positivos de la psicosis, escrita por los participantes en terapia de grupo multifamiliar.

Cuadros clínicos: Cartas a la psicosis

Querida psicosis:

Trajiste el caos a mi vida. También trajiste nuevas caras que se han convertido en parte de mi vida; estas caras me han dado FUERZA para hacer frente a lo desconocido. He aprendido a levantarme cuando me siento abatido. He aprendido a retroceder y dejar que el caos se mantenga por sí solo.

He aprendido que mañana es otro día. He aprendido quiénes son mis verdaderos amigos. He aprendido que siempre hay ESPERANZA. iiiGRACIAS, PSICOSIS!!!!

Querida psicosis:

Viniste de repente. Había oído hablar de ti, pero no sabía que sería tan difícil lidiar contigo. No pensé que terminaría con un piso en Leeds. Nunca pensé que empezaría a correr por el canal o a contarles a todos los que me encontraba todo sobre ti, así que también aprendí sus historias. Me has enseñado que puedo ser un buen padre y un buen marido. Me has hecho sentir útil. Me has ayudado a dejar de andar todo el día sintiendo lástima de mí mismo. Me has demostrado lo buenos que son mis compañeros de trabajo. Y me has presentado a un montón de niños pequeños, ruidosos y amantes de la diversión. Has unido más a mi familia. Así que gracias, besos

Querida psicosis:

He aprendido a expresar mejor mis sentimientos.

Querida psicosis:

No sé por qué enfermaste a mi hijo, pero me hizo más fuerte, y también me abrió los ojos a los pequeños errores que no sabía que le hacían daño. No decirle que lo amo. Pero ahora le digo que lo amo todo el tiempo. Así que de lo malo sale lo bueno, ahora estamos muy unidos.

Una madre agradecida

Jóvenes

Los padres a menudo asistían a los talleres sin haber podido persuadir a su hijo o hija (el paciente) de que asistiera. Estaban desesperados por saber qué pensaban los demás jóvenes sobre su psicosis, la medicación, el cannabis, etc. A veces parecía que los jóvenes que asistían estaban siendo interrogados. Como consecuencia de ello, el autor se reunió con varios pacientes antes del taller, sin sus familias. Nuestro servicio había puesto en marcha un grupo normal para que acudieran los pacientes más jóvenes y participaran en diversas actividades, así que durante una de estas reuniones se le pidió al grupo que realizara carteles sobre lo que los padres hacen bien y sobre aquello de lo que podrían hacer menos o más, sus ideas sobre el cannabis y sobre la medicación, etc. Se mostraron estos carteles a las familias que asistieron a los talleres para facilitar las discusiones.

Flexibilidad

Responder a las diferentes necesidades durante el día fue crucial. Esto significaba tener al menos dos o tres ejercicios planeados en un momento dado. Durante un taller se hizo evidente que ninguno de los ejercicios planeados para la tarde satisfaría las expectativas y las necesidades del grupo, por lo que la pausa del almuerzo permitió que los cofacilitadores elaboraran un nuevo plan. Con una frecuencia cada vez mayor se invitaba a las familias a que asumieran un papel más activo, de modo que un progenitor o un joven se pusiera a la cabeza de las discusiones, hablando de sus propias experiencias o sugiriendo ejercicios. A pesar de todos los esfuerzos por confirmar el número de asistentes, siempre había más o menos personas de lo esperado, y se pedía a los trabajadores que ayudaran apoyando con un ejercicio si las cifras eran demasiado altas o demasiado bajas.

Evaluaciones

Todos los talleres se evaluaron utilizando una puntuación SCORE adaptada (Stratton, et al., 2010). Los pacientes cumplimentaron el mismo cuestionario al principio y al final de cada taller. Se les pidió que dieran a cada pregunta una puntuación de 1 a 5, de modo que 1 describía muy bien a su familia y 5 no la describía en absoluto (v. fig. 16.4).

Para cada línea, ¿diría que esto describe a nuestra familia?	1 Nos describe: Muy bien	2 Nos describe: Bien	3 Nos describe: En parte	4 Nos describe: No bien	5 Nos describe: Nada en aboluto
1 En mi familia nos hablamos de las cosas que nos importan					
2 Entiendo todo lo que sucede en nuestra familia					
3 Confiamos los unos en los otros					
4 Cuando uno de nosotros está enfadado, se le cuida dentro de la familia					
5 Se nos da bien en encontrar nuevas formas de manejar las situaciones difíciles					
6 Tenemos esperanza para el futuro de nuestra familia					
7 Se siente que mi familia es un lugar seguro para estar					

Figura 16.4 Cuestionario SCORE, utilizado para evaluar la terapia de grupo multifamiliar.

Los datos de los cuestionarios de dos talleres separados se analizaron de forma independiente con los siguientes resultados (v. fig. 16.5): una puntuación más baja indica una mejora.

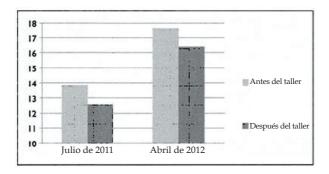


Figura 16.5 Puntuaciones medias totales de las preguntas 1 a 7 del cuestionario SCORE, tal y como se utiliza para evaluar la terapia de grupo multifamiliar.

También se les pidió a los pacientes que evaluaran la utilidad que había tenido el taller para lograr su meta para su familia (v. fig. 16.6).

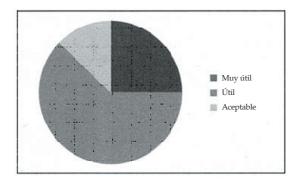


Figura 16.6 Valoración de la utilidad del taller para cada individuo, tal y como se utiliza para evaluar la terapia de grupo multifamiliar.

Aunque el número de personas que participaron en la evaluación fue muy pequeño, hay datos que indican claramente que incluso un taller de tan solo un día de duración puede ayudar a que las familias sigan adelante con sus vidas. El reto para el personal del servicio de intervención temprana

fue observar a las familias que parecían estar luchando con la vida en el hogar, pero que no disponían de recursos para ofrecer más apoyo. Se hizo evidente que algunas familias necesitaban ser vistas como una sola unidad, y que muchas veces la técnica más beneficiosa fue la combinación de sesiones para una sola familia con grupos de TMF, a lo que se añadieron sesiones individuales para los pacientes. A menudo estas familias habían rechazado previamente las sesiones individuales de terapia familiar, pero la asistencia a estos talleres les animó a buscar más ayuda.

Resumen

El objetivo de este capítulo ha sido mostrar información que permita desarrollar grupos multifamiliares de pacientes con psicosis, y describir un formato básico a corto plazo con la esperanza de que los lectores se animen a poner en marcha sus propios talleres. A pesar de que supusieron mucho trabajo, los talleres constituyeron una oportunidad ideal para que los trabajadores aprendieran de las familias, cuyas habilidades y recursos eran una fuente constante de inspiración. Además, siempre había diversión, risas, y a veces lágrimas.

Bibliografía

Asen, E. (2002) Multiple family therapy: An overview. *Journal of Family Therapy*, 24, 3-16.

Asen, E., Dawson, N. and McHugh B. (2001) Multiple Family Therapy: *The Marlborough Model and its wider applications.* London: Kamac Books.

Asen, E. and Scholz, M. (2010) Multi-Family Therapy: Concepts and techniques. London: Routledge.

Bateson, G. (1972) Steps to an Ecology of Mind. Chicago: University of Chicago Press.

Cooklin, A. and Asen, E. (2012) Talking heads: Alan Cooklin and Eia Asen reflect on the history of the multifamily model at the Marlborough Family Service in London. *Context*, October, 3-7.

Cooklin, A., Asen, E., Mannings, C., Costa-Cabal I ero, M., et al. (1976) 'Multiple family therapy' en P.J. Guerin (Ed), Family Therapy: Theory and practice. New York: Gardner.

Jackson, V. and Elks, G. (2007) Family intervention and psychosis: The story of the continuing development of family intervention in Aspire, Leeds, Early Intervention in Psychosis service (EIP). Context, 93, 17-18.

Jackson, V. and Gupta, A. (2010) The home-based model of family intervention in early psychosis. *Context*, 110, 39—43.

McFarlane, W.R. (2002) Multifamily Groups in the Treatment of Severe

Psychiatric Disorders. New York: Guilford Press.

Minuchin, S. (1974) Families and Family Therapy. London: Tavistock.

Seikkula, J. and Amkil, T. (2006) *Dialogical Meetings in Social Networks*. London: Kamac Books.

Stratton, P., Bland, J., Janes, E. and Lask, J. (2010) Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure for systemic family and couple therapy: the SCORE. *Journal of Family Therapy*, 32(3), 232-258.

White, M. (2007) Maps of Narrative Practice. New York: Norton.

CAPÍTULO DIECISIETE

Un grupo multifamiliar marroquí

Un ejemplo de colaboración con miembros de un grupo minoritario

Margreet de Pater, Truus van den Brink

Introducción

Personas de todo el mundo sufren pobreza, cambios climáticos y guerras. Sin embargo, no sucede esto en todas partes. En algunos países la gente tiene más suerte: la mayoría de ellos gana un salario decente y disfruta de una buena asistencia sanitaria y de posibilidades de educación. Una pequeña proporción de personas es muy rica: las ocho personas más ricas poseen tanto dinero como los 3.600 millones de personas más pobres. Así que no es de extrañar que la gente quiera marcharse de su propio país, pobre, inseguro o ambas cosas, a un país rico y pacífico. Sin embargo, pagan un precio: la pérdida de la conexión social. Un precio similar también lo pagan las personas de clase baja del país receptor, que tienen que convivir con los extranjeros. Ya no reconocen su antiguo barrio de confianza, y se sienten rodeados de personas que hablan un idioma extranjero. No se pueden resolver mediante la comunicación ni siquiera los pequeños problemas de interacción. Este sentimiento de pérdida e inseguridad se convierte en la base del odio y la desconfianza entre todos los grupos. En este clima, los niños, y especialmente los adolescentes, que exploran el mundo fuera de sus límites familiares y a menudo ponen a prueba esos límites, no pueden prosperar porque la aldea que se necesita para criar a un niño es insegura.

Fragmentación social, migración y psicosis

La fragmentación de los barrios se refleja en las estadísticas de las psicosis. Allardyce y cols. (2005) encontraron una correlación entre el número de ingresos hospitalarios por un primer episodio de psicosis y la desfragmentación de los barrios. La incidencia de la psicosis también es mayor en los inmigrantes de primera y segunda generación, y también es mayor que en el país de origen (Boydell, et al., 2001; Cantor-Graae and Selten, 2005). Las personas que emigran desde países desarrollados tienen menos probabilidades de sufrir psicosis. Cuando un país elige quién es bienvenido y quién no (p. ej., Australia), la incidencia de psicosis es menor que la media (Selten, 2017). Además, vivir con personas del mismo grupo de inmigrantes en un barrio tiene un efecto protector. Veling (2008) encontró que la psicosis tiene más probabilidad de ocurrir en personas que viven solas en medio de otros grupos étnicos.

Marroquíes en los Países Bajos

A partir de los años sesenta del siglo XX, hombres marroquíes abandonaron Francia para trabajar en las minas holandesas (Blessing, 2004), donde las condiciones de trabajo eran mejores. En Francia los trabajadores no querían trabajos sucios y mal pagados, pero en los Países Bajos los trabajadores holandeses eran más asertivos y exigían mayores salarios y mejores condiciones. Muchas empresas holandesas fueron a Marruecos a contratar trabajadores. Entre estos hombres marroquíes había un alto porcentaje de bereberes de las montañas del Rif. Esto puede deberse a que no habían recibido ninguna educación, a que muchos no sabían leer ni escribir, o quizás a que el rey Hassan II animó a los bereberes rebeldes a marcharse. Los bereberes (llamados «bárbaros» por los romanos) se llaman a sí mismos amazigh, que significa «pueblo libre». Aunque tienen una larga historia de valientes batallas contra los romanos y otros invasores, en la actualidad la mayoría de las personas del Rifignora gran parte de esta historia.

Después de unos años los padres que habían emigrado a los Países Bajos fueron a buscar a sus familias porque la vida era mejor. Sin embargo, esta situación tenía una desventaja: los padres, que habían sido héroes en la familia, ahora tenían empleos de baja categoría, lo que a menudo

dificultaba el ejercicio de la autoridad, especialmente sobre sus hijos varones (Yildirim, van der Valk and Ajarai, 2016). Los jóvenes marroquíes de segunda generación tienen una reputación especialmente mala en los Países Bajos: están sobrerrepresentados en las estadísticas de delincuencia, y vagan por las calles insultando a las chicas holandesas. Este mal nombre perjudica a sus hermanos y hermanas, que no pueden encontrar un trabajo decente. Se ha generado un círculo de discriminación y delincuencia, que empeora la vida de los marroquíes.

Psicosis entre los inmigrantes marroquíes

La incidencia de psicosis (esquizofrenia) entre los habitantes marroquíes de los Países Bajos es de cuatro a ocho veces mayor que entre los habitantes originalmente holandeses y que entre los turcos, y que entre los propios habitantes de Marruecos (Selten, et al., 2001). Además, el pronóstico es desfavorable, porque Selten y cols. creen que esta mayor incidencia de esquizofrenia podría estar relacionada con el bajo grado de estructura de la comunidad marroquí-holandesa.

Este pronóstico parece coincidir con las experiencias de los familiares, pacientes y trabajadores sociales marroquíes que hemos llegado a conocer. El contacto con la comunidad holandesa es a menudo doloroso. Para los jóvenes, el contacto con sus iguales (incluidos los marroquíes) también es difícil. Los conflictos entre grupos de marroquíes son a veces peores que en el propio Marruecos. A veces son completamente incapaces de entenderse, porque algunos hablan bereber y otros árabe. Además, hay diferencias entre los bereberes del norte y los bereberes del sur. Según los padres y los trabajadores sociales marroquíes que hemos llegado a conocer, hay más inmigrantes marroquíes que turcos integrados en la comunidad holandesa. Sin embargo, esto hace que la propia comunidad marroquí esté más desintegrada. La diferencia entre la población marroquí y la turca es que esta última estaba más fuertemente organizada en el momento de la inmigración. Los turcos compraban sus productos en tiendas turcas y tenían sus propias asociaciones y redes. De esta manera, los turcos han podido proteger mejor a su propio pueblo¹.

Desarrollo de un grupo multifamiliar para marroquíes

Como tenemos muchos pacientes marroquíes, oímos hablar de estos problemas que tiene la comunidad marroquí de los Países Bajos. Entonces decidimos hacer un proyecto piloto en forma de grupo multifamiliar (GMF) específicamente para el pueblo marroquí.

Preparación

Invitamos a los padres de dos de nuestros pacientes marroquíes a que nos dieran su opinión sobre cómo organizar el proyecto. En los Países Bajos estos dos hombres ocupan puestos destacados en el ámbito de la asistencia social a los marroquíes. Se sintieron atraídos por la idea de que el método del GMF imita a una comunidad de aldea, aunque estipularon la necesidad de establecer grupos separados de hombres y mujeres. En las aldeas de las que proceden, las mujeres del mismo grupo de familias extensas pasan mucho tiempo juntas, y lo mismo ocurre con los hombres (Vries and Smits, 2005). Además, en algunas familias tradicionales a las mujeres no se les permite tener contacto con hombres extraños. Acordamos esta condición por considerar que, de lo contrario, algunos familiares no asistirían. En este contexto no sería posible discutir los problemas entre los hombres y mujeres de la familia, pero por lo general esto ya había ocurrido antes en las conversaciones mantenidas por separado con las familias. El objetivo principal era establecer relaciones de vecindad.

Los representantes de la asociación familiar Ypsilon se mostraron satisfechos con la puesta en marcha de un GMF, ya que hasta ahora no habían logrado llegar a los familiares marroquíes. Un trabajador comunitario marroquí del distrito de Lombok, Ahmed Essoussi, y una psicóloga marroquí, Laila Assa, fueron designados como líderes de grupo. Para entrar en contacto con varios equipos del centro psiquiátrico regional de Zeist también participaron una trabajadora social, Marijke Verhoeven, y un gestor de casos masculino, Emile Rutger. En ambos grupos estaba presente un psiquiatra. Una trabajadora de prevención, Annemarie Feddes, organizó consultas entre los asesores para desarrollar y coordinar los grupos de hombres y mujeres, y fue responsable de las condiciones previas de la organización y de la presentación de informes.

Ajustes metodológicos

Además de formar grupos separados de hombres y mujeres, introdujimos otros cambios en el método. Según McFarlane (2002), el éxito de un GMF se mantiene durante 3 años. Nuestros gerentes nos dieron un año para probar si el GMF era viable; después de este tiempo su continuación era incierta. La mayoría de los participantes no sabía leer, por lo que la información debía comunicarse de viva voz. En primer lugar presentábamos una descripción general de cómo la esquizofrenia podría afectar a la familia. Luego ofrecimos una lista de temas, a la que las propias familias podrían añadir los suyos propios. Esperábamos que

en una fase posterior el grupo se sintiera lo suficientemente seguro como para que los participantes presentaran sus propios problemas, preguntas y dudas. También planeamos invitar a varios oradores: un imán, Ypsilon y la Interaction Foundation (Kuipers, 2003).

Inclusión

Pensamos que una reunión preliminar sería suficiente para captar participantes para los grupos, porque la mayoría de los pacientes y sus familias ya nos conocían bien. Sin embargo, esta suposición era errónea. Junto con Ahmed Essoussi o Laila Assa, los líderes del grupo marroquí, visité a los candidatos en sus casas. Los que estaban preparados para recibirnos (que fueron mayoría) también vinieron al grupo. Los que no vinieron (o no vinieron siempre) alegaban problemas de transporte y de salud. De hecho, hubo problemas de transporte: la conexión de los autobuses a veces es deficiente, y la ropa tradicional de algunas mujeres de edad avanzada hace que sea peligroso para ellas andar en bicicleta. Otras mujeres tenían dificultades para tomar el tranvía correcto porque no sabían leer el destino. Por lo tanto, llevé en coche a tres mujeres de Nieuwegein, que encontraron el camino de regreso preguntando cómo llegar. Incluso a pesar de haber organizado el transporte de dos mujeres mayores, no asistieron: sus maridos dijeron un poco tímidamente que los hombres marroquíes tienen menos influencia sobre sus esposas de lo que piensan los holandeses.

Composición de los grupos

El factor común que conectaba a los grupos de hombres y mujeres era que todos los participantes llevaban mucho tiempo luchando contra la psicosis en la familia. También había marcadas diferencias. En el grupo de hombres había hombres mayores con sombreros de ganchillo, pero también había hombres jóvenes elegantemente vestidos y con un nivel educativo elevado. A algunos les resultaba muy difícil hablar de los problemas en casa; otros fueron bastante francos desde el principio. Había hombres de origen bereber-marroquí y árabe-marroquí.

Inicialmente los pacientes no participaron, porque, según sus propios relatos, ya habían tenido suficiente psiquiatría por el momento. Dos veces, por invitación de un padre, un paciente de otra familia visitó el grupo e hizo una contribución constructiva. Entre las mujeres había madres solas que estaban amargadas porque sus maridos las habían abandonado, pero también había una madre que indicó que la resolución con su pareja de sus problemas familiares los había acercado más. Algunas mujeres apenas salían de casa y no sabían leer ni escribir; otras tenían buenos trabajos. Algunos miembros habían empezado a asistir con entusiasmo a clases de ciudadanía. Dos mujeres acudieron con sus madres y escucharon en silencio. Otra mujer era a la vez madre y paciente y podía manifestar claramente su perspectiva de paciente. Un día dos hermanas emancipadas aparecieron repentinamente en la reunión y dieron consejos a sus propias madres y a otras madres. En una ocasión la intérprete trajo a su madre.

Primeras experiencias

Al principio fueron quizás los intérpretes quienes jugaron un papel decisivo en el éxito final. Con nuestro permiso, no se aferraron a su papel y hablaron de otros grupos en los que habían actuado como intérpretes y de sus propias experiencias emancipadoras. Además, los dos hombres que habían participado en los preparativos eran pioneros. Uno de ellos contó cómo había aprendido a enseñar a su hijo con mucha paciencia en lugar de castigarlo siempre. El otro tenía un papel más político: indicó que la comunidad marroquí carece de cohesión en los Países Bajos debido a que la gente viene de diferentes regiones de Marruecos. Como cada subgrupo habla su propio dialecto y los marroquíes se integran (gradualmente) en los Países Bajos, la comunidad muestra una imagen fragmentada. A menudo las familias se conocían entre sí, pero estaban demasiado avergonzadas para hablar sobre los problemas de su familia. Afirmó que había llegado el momento de romper el silencio. Las esposas de estos hombres formaron el núcleo del grupo de mujeres. Una mujer fue un ejemplo de integración en los Países Bajos porque hablaba el idioma y se movía libremente; la otra tenía una personalidad más tradicional pero también dignificada. Las dos, de maneras muy diferentes, habían encontrado soluciones al problema de afrontar la enfermedad de sus hijos.

Grupo de mujeres

Más allá de nuestras expectativas, las mujeres rápidamente llegaron a confiar las unas en las otras. Al compartir sus experiencias, también plantearon cuestiones de emancipación: por ejemplo, instarse mutuamente a acudir en transporte público para que sus maridos no tuvieran que traerlas. Hablaron de su trabajo y de los cursos que estaban siguiendo. De la lista de temas, inmediatamente señalaron el más difícil: la cuestión de que el paciente se case y forme una familia. Las opiniones estaban divididas. Una madre más tradicional había arreglado el matrimonio de su hija con el pleno

consentimiento de esta última. Otra madre mantendría a su hijo, al que le iba bien, si encontraba una chica, pero tenía que construir su propia vida. Algunas madres estaban en contra de que el paciente se casara y formara una familia. Otras esperaban que una pareja ayudaría a su hijo a mejorar. Los líderes de grupo hablaron de sus experiencias: a veces el matrimonio de un paciente funciona, pero a menudo fracasa, porque el papel de pareja y padre es muy exigente para las personas con psicosis.

Otro tema recurrente fue: «¿Hasta qué punto hay que involucrarse con el familiar enfermo?» Una madre pidió consejo a las otras mujeres: ¿podría ir a Marruecos sin su hijo? Las mujeres fueron unánimes en su opinión de que debería quedarse. Para ella, esto inclinó la balanza hacia el otro lado y decidió ir por su cuenta pese a todo. Algunos hijos amenazaron con violencia a sus madres para conseguir dinero para comprar marihuana. El grupo discutió el dilema. Por un lado, quieres proteger a tu hijo: no quieres verlo sin hogar o con hambre. Por otro lado, también es necesario que te protejas a ti misma, y la limitación que conllevan unas reglas claras puede ser beneficiosa. En general, las mujeres aprendieron a ser más firmes.

Grupo de hombres

Los hombres estaban principalmente motivados para promover los intereses de sus hijos o hermanos, por lo que el matrimonio se discutía de una manera diferente. Con la aprobación de los demás, un hombre preguntó si podíamos hacer una declaración que les facilitara traer a una pareja para un matrimonio a los Países Bajos y encontrar una vivienda². Indicamos nuestra renuencia a ayudarles de esta manera. Por supuesto, habíamos oído que las viejas generaciones de marroquíes tenían una buena experiencia con los matrimonios concertados. A menudo las parejas se conocían desde la juventud, y aunque la relación no había comenzado con pasión, las parejas lograron forjar gradualmente un lazo de amor. Sin embargo, ¿ocurría lo mismo en esta situación, con un miembro de la pareja gravemente enfermo y el otro en Marruecos? ¿Quizás el marroquí de Marruecos usaría al paciente para entrar en los Países Bajos, casarse con él y luego solicitar el divorcio? Un padre nos dejó claro que la posibilidad de abuso es menor en el caso de los matrimonios concertados. Además, el código de familia marroquí, «El Moudawana», ha sido drásticamente revisado por el nuevo rey. Por ejemplo, hoy en día los cónyuges están obligados a comparecer ante un notario y presentar un certificado médico. Finalmente dijimos que tendríamos que hablar con la joven pareja nosotros mismos antes de poner en práctica cualquier medida.

Los hombres también querían defender a sus hijos o hermanos de otras maneras. La policía conocía bien a un paciente porque una y otra vez lo llevaba

de vuelta a la clínica cuando no cumplía las condiciones del alta. A pesar de saber que era un paciente y que padecía una psicosis, la policía siempre le pedía sus documentos de identidad, que nunca tenía porque siempre rompía su pasaporte. La policía lo esposaba y le ponía una multa, que su padre pagaba con su pensión. Aunque los hombres estuvieron de acuerdo en que algunos de sus hijos o hermanos se portaban mal, tenían la clara impresión de que este grupo era tratado peor por la policía que otros. Enviaron una carta al alcalde, y un padre propuso formar un grupo de padres que pudiera asesorar a la policía. Además de promover los intereses de sus familias, los hombres también intercambiaron experiencias y a menudo pidieron consejo al líder del grupo marroquí después de la reunión. En general los hombres aprendieron a tratar a su hijo o hermano enfermo con más paciencia.

Invitados al grupo

Representantes masculinos y femeninos de Ypsilon visitaron ambos grupos. Los miembros del grupo y los miembros de Ypsilon reconocieron los problemas del otro en las discusiones. Los miembros del grupo marroquí fueron invitados como grupo a formar una subsección separada de Ypsilon. El imán de nuestro servicio de salud mental era un invitado del grupo de hombres. Confirmó lo que los hombres ya sabían: a veces los curanderos nativos proporcionan apoyo, pero también hay fraudes. En su mayor parte, la charla del imán se centró en lo que el Corán dice acerca de atender a los enfermos. Explicó que esto es un deber y concluyó diciendo que los hombres estaban haciendo un buen trabajo y que Alá les ayudaría.

En una fase posterior, los miembros de la junta directiva de la Fundación Interacción (una fundación impulsada por las familias) hablaron sobre su formación en interacción, tanto en el grupo de hombres como en el de mujeres. En un juego de rol, el psiquiatra interpretó a un paciente que anunció su plan de asesinar al presidente Bush. Esto condujo a una animada discusión, especialmente en el grupo de mujeres. Además, el centro asistencial regional visitó los grupos para informar sobre el mantenimiento de los fondos de los pacientes.

Mediación por los líderes de los grupos

Los problemas lingüísticos suelen dificultar la comunicación entre los miembros de la familia y el personal, a pesar de todos sus esfuerzos. Por ejemplo, un paciente preguntó a través de su padre si podía volver a tomar comprimidos en lugar de ponerse inyecciones. Después del contacto con el gestor de casos, el psiquiatra prescribió los comprimidos, pero en una forma

que se disuelve rápidamente en la boca. El padre no se dio cuenta de que contenían la misma sustancia activa y, por lo tanto, volvió a hacer su petición.

Los líderes del grupo, la trabajadora de prevención y un miembro de Ypsilon ayudaron a alertar al alcalde de Zeist sobre los problemas que rodean la conducta de la policía hacia los pacientes. Contestó que la policía ahora se conformaría con una copia de una tarjeta de identificación. Nos sentimos decepcionados porque habíamos esperado que el ayuntamiento de Zeist aprovechara esta oportunidad para sentarse a hablar con los padres y hermanos. Sin embargo, los propios miembros del grupo se mostraron satisfechos con su propuesta y trajeron las tarjetas de identificación a las reuniones para que se copiaran y plastificaran en nuestro centro.

Evaluación

Los miembros del grupo que participaron en la evaluación oral recibieron elogios. Sin embargo, una evaluación independiente y fiable habría requerido entrevistas semiestructuradas en los hogares de todos los (no) participantes, incluidos los miembros de la familia que eran pacientes. Por lo tanto, solo describimos algunos puntos destacados.

Nuestra idea inicial era que los hombres estarían motivados principalmente para promover los intereses de su familia, pero para dos hombres esto no era cierto. En este aspecto dieron una nota de 7 en lugar de 9 (sobre 10); su crítica fue que debería haber más espacio para el intercambio de experiencias. A las mujeres les habría gustado un poco más de apoyo práctico. Los líderes de los grupos marroquíes notaron que los participantes asumieron mucha más responsabilidad que antes para guiar el comportamiento de los pacientes. Los líderes de grupo marroquíes también se vieron a sí mismos como una parte esencial del éxito del grupo, debido a que estaban disponibles fuera del grupo. Aunque se presentaron ideas sobre la puesta en práctica de la resolución estructurada de problemas (un elemento crucial en los GMF) mediante el uso de instrucciones en vídeo o la integración de técnicas del curso de interacción, estas ideas no se materializaron.

Finalización del grupo

Por varias razones urgentes, todos los líderes de los grupos, con una excepción, fueron reemplazados por otros compañeros³. Los grupos continuaron durante 6 meses como grupos de apoyo. La mayoría de los miembros del grupo nuclear continuó participando, pero poco después las mujeres de Nieuwegein dejaron de asistir (intimidadas por la distancia

del viaje ahora que no las traía en coche el psiquiatra). Algunos pacientes se unieron al grupo de hombres y expresaron su experiencia de ser psicóticos, lo que llevó a que otros padres los comprendieran mejor. Al volver la vista atrás, los pacientes encontraron la sesión muy difícil. La pareja de un paciente asistió al grupo de mujeres, pero sintió que había demasiada distancia respecto de las madres y hermanas.

La única paciente femenina les dijo a las madres lo agradable que había sido pensar que ella era la Virgen María. Las madres del grupo lo entendieron, pero estaban preocupadas por sus hijos. La participación en el grupo de mujeres disminuyó drásticamente, hasta que la líder del grupo, junto con la intérprete, se enfrentó a las mujeres: este tipo de comportamiento errático no era típico de la cultura marroquí actual. ¿Podrían las mujeres hablar con los miembros de su grupo? Después de esto todas regresaron. Lamentablemente, la dirección decidió que los costes del GMF superaban a los beneficios; una decisión que los participantes lamentaron.

El progreso de los pacientes y sus familiares

¿Qué pasó con los pacientes? Un hombre logró conservar su trabajo y mantenerse libre de psicosis. El hombre que quería matar al presidente Bush decidió tomar Zyprexa. Otro aceptó un fármaco de depósito y luego ajustó su caótico estilo de vida. Ahora recibe más apoyo de su padre y trata a su madre de una manera más racional. Un hombre ya no molesta a sus padres con una letanía de quejas físicas y pronto se mudará a un alojamiento independiente. Otro hombre pronto será dado de alta de la institución forense donde ha permanecido varios años. Sin embargo, el hombre que rompía constantemente su pasaporte sigue quejándose de su medicación y de su padre, y se escapa frecuentemente de la planta de hospitalización. Durante algún tiempo un hombre parecía estar tomando el control de su vida, pero luego regresó a una vida inactiva en el hogar de su madre. El matrimonio concertado de una mujer nunca tuvo lugar. Aunque su psiquiatra había firmado una declaración para ayudarles a encontrar una casa, el futuro esposo la abandonó. Después de una crisis la paciente se recuperó hasta alcanzar un nivel ligeramente superior, pero solo sale a visitar el centro comercial. Una mujer intenta llevar una vida sin psicosis y se esfuerza más por cuidar de sus hijos.

Conclusión

¿Contribuyó la terapia de grupo familiar a la recuperación de la psicosis? No podemos estar seguros, porque el tratamiento estaba compuesto de muchos elementos, y un GMF (según la metodología de McFarlane) nunca se llegó a fusionar. Sin embargo, en el futuro los familiares marroquíes seguirán siendo visibles. Junto con su hija, un hombre marroquí ha establecido una subdivisión de Ypsilon específicamente para los familiares marroquíes. Lo que es más importante, la emancipación del pueblo marroquí en los Países Bajos avanza, con modelos de rol marroquíes, como el alcalde marroquí de Róterdam, Ahmed Aboutaleb, y la presidenta del parlamento, Khadija Arib, que son respetados por todos los grupos políticos.

Notas

Este capítulo se ha modificado a partir de una versión ya publicada en Netherlands Monthly Journal for Public Mental Health (Pater-Zijlstra and Feddes, 2006), y en el libro De eenzaamheid van de psychose (Pater-Zijlstra, 2012).

- Selten me dijo recientemente que esperaba que más jóvenes turcos desarrollaran psicosis, porque los miembros de la próxima generación están más integrados, lo que llevará a la desintegración de la comunidad turca en los Países Bajos (comunicación personal, mayo de 2005).
- Hoy en día, en los Países Bajos, la condición del nivel de ingresos restringe la introducción de cónyuges procedentes del extranjero.
- Margreet de Pater cambió de trabajo; Laila Assa quedó embarazada, al igual que su sucesora; Ahmed Essoussi pasó a ocupar el puesto de concejal; y Marijke Verhoeven tuvo que limitar sus actividades por razones de salud.
- La siguiente información se obtuvo por teléfono de las personas que estaban a cargo de los pacientes y de familiares que pertenecían al grupo nuclear.

Bibliografía

Allardyce, J., Gilmour, H., Atkinson, J., Rapson, T., et al. (2005) Social fragmentation, deprivation and urbanicity: Relation to first-admission rates for psychoses. The British Journal of Psychiatry, 187,401-406.

Blessing, M. (2004) 'De eerste Marokkanen in Nederland'

['The first Moroccans in the Netherlands']. Retrieved from: www. historischnieuwsblad.nl/nl/artikel/6581/de-eerstemarokkanen-innederland.html (accessed April 2018).

Boydell, J., van Os, J., McKenzie, K., Allardyce, J., et al. (2001) Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: Ecological study into interactions with environment. BMJ, 323, 1336-1338.

Cantor-Graae, E. and Selten, J.P. (2005) Schizophrenia and migration: A meta-analysis and review. American Journal of Psychiatry, 162, 12-24.

Kuipers, T. (2003) Laat zien waar je staat, training van interactievaardigheden in de psychiatrie [Take your position: Training interaction skills in psychiatry]. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 58, 1137-1148.

McFarlane, W.R. (2002) Multifamily Groups. New York: Guilford Press. Pater-Zijlstra, M.A. (2012) De eenzaamheid van de psychose, de rol van

veilige strijd bij het ontstaan en het herstel van een psychose [The Loneliness of *Psychosis: The role of safe rebellion in the emergence and recovery of psychosis*], Amsterdam: SWP.

Pater-Zijlstra, M.A. and Feddes, A. (2006) Marokkaanse familieleden uit de schaduw: een groep voor Marokkaanse patienten met schizofrenie en hun naasten [Moroccan family members emerging from the shadow: A group of Moroccan patients with schizophrenia and their families]. Journal of the Municipal Group of Valuers, 61, 730-741.

Selten, J.P. (2017) 'Psychosen en migratie: een nieuwe meta-analyse' ['The relationship between psychosis and migration: A new metaanalysis']. Paper presented at the Voorjaarscongres, Maasstricht.

Selten, J.P., Veen, N., Feller, W., Blom, J.D., et al. (2001) Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands. The British Journal of Psychiatry, 178, 367-372.

Veling, W. (2008) 'Schizophrenia among ethnic minorities'. Rotterdam: Thesis Erasmus MC.

Vries, W.D. and Smits, K. (2005) Verdwaald in Nederland, het welbevinden van de eerste generatie Marokkaanse plattelandsmigranten [Lost in the Netherlands: The wellbeing of the first generation of Moroccan rural migrants]. *Journal of the Municipal Group of Valuers*, 1, 86-93.

Yildririm, S., van der Valk, I. and Ajarai, H. (2016). Pen halve eeuw in Nederland, de Marokkaanse arbeidsmigralie in 50 verhalen van Marokkaanse gastarbeiders en Nederlanders [Half a Century in the Netherlands: The Moroccan labour migration in 50 stories of Moroccan guest workers and Dutch people]. Den Haag: Atlas Cultureel Centrum.

El valor de la coordinación por iguales en grupos para personas con psicosis:

Un programa de recuperación y salud comunitaria

Larry Davidson, Anthony J. Pavlo, Thomas Styron, Susan Mao, Ruth Firmin, Richard Youins, Maria Edwards, Chyrell Bellamy

El uso de la psicoterapia de grupo para personas con trastornos psicóticos ha disminuido significativamente en los Estados Unidos desde principios de los años 80 del siglo XX, cuando los estudios comenzaron a mostrar que las formas intensivas o de investigación de terapia psicodinámica no solo eran ineficaces en las personas con psicosis, sino que en algunos casos incluso podían ser perjudiciales (Gunderson, et al., 1984). En su mayor parte, los grupos de psicoterapia fueron reemplazados por grupos psicoeducativos y de formación en habilidades; el más utilizado es el método de tratamiento de la enfermedad y recuperación (Illnes Management and Recovery, IMR), desarrollado por Kim Mueser y cols. (2006) y diseminado por la Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción de Estados Unidos a través de su iniciativa de prácticas basadas en pruebas. Además del IMR, hay diversos grupos de rehabilitación que se centran en la socialización, el ocio y la búsqueda de formas seguras de manejar el trauma y recuperarse de él, independientemente de que se deba a experiencias de las primeras fases de la vida o a la vida en comunidades urbanas con recursos insuficientes y dificultades (Najavits, 2002).

Sin embargo, con el rápido crecimiento del número de personas con experiencias vividas de enfermedad mental y recuperación a las que se forma y contrata para que proporcionen apoyo de iguales se ha abierto otro nuevo y emocionante horizonte para el desarrollo y la evaluación de intervenciones de grupo: intervenciones coordinadas por personas en recuperación. Se cree que la presencia de tales «iguales» (es decir, personas en recuperación) remunerados dentro del sistema de salud mental trae consigo varios beneficios para los usuarios de los servicios más allá de los servicios reales que prestan, incluyendo, sobre todo, la infusión de esperanza y el establecimiento de un modelo de rol de la posibilidad de recuperación que su propia existencia hace tangible, así como el conocimiento experiencial que pueden compartir sobre la base de sus propias luchas y sus éxitos en la convivencia con una enfermedad mental grave, y tal vez en la superación de la misma. Bajo este amplio paraguas hay dos tipos diferentes de grupos en los que los iguales desempeñan un papel de coordinación o facilitación: los que son coordinados enteramente por pacientes y los que son cofacilitados por proveedores de salud mental con y sin trastornos de salud mental (p. ej., profesionales de salud mental). Este capítulo revisa el desarrollo de estas dos formas de intervenciones de grupo para personas con psicosis en los EE.UU., comenzando con aquellas dirigidas únicamente por iguales, y siguiendo con aquellas cofacilitadas por iguales en un modelo híbrido que ha evolucionado más lentamente pero que, sin embargo, parece prometedor.

Grupos coordinados por iguales

Los primeros grupos coordinados por personas en recuperación en los que podían participar personas con psicosis fueron los grupos de apoyo mutuo, que constituyeron un componente fundamental del movimiento de consumidores y sobrevivientes de salud mental que comenzó en serio en los años 70 del siglo XX (Chamberlin, 1978, 1990). Estos grupos fueron conceptualizados como «alternativas» al sistema convencional de salud mental, y continúan prosperando hasta el día de hoy como una fuente significativa de apoyo para las personas que encuentran que los servicios formales de salud mental son antitéticos a su recuperación o inadecuados para satisfacer todas sus necesidades. Se ha investigado mucho sobre estos grupos, pero gran parte de esta investigación se llevó a cabo hace décadas y no se revisará aquí. Se recomienda a los lectores interesados en esta investigación que consulten nuestro trabajo anterior sobre este tema (p. ej., Davidson, et al., 1999).

Los avances más recientes en las intervenciones de grupo coordinadas por iguales han surgido en las últimas dos décadas y han nacido del conocimiento experiencial que dichas personas han adquirido a medida que han empezado a trabajr en su propia recuperación. Un buen ejemplo de este método, que ha obtenido reconocimiento internacional a través del Centro Copeland, es el método Wellness Recovery Action Planning (Planificación de la acción para la recuperación y el bienestar, WRAP), desarrollado por Mary Ellen Copeland en Vermont a finales de los años 90 del siglo XX en colaboración con otros pacientes que estaban en recuperación (Copeland, 2008). El método WRAP se basa en la fortaleza para practicar en el día a día un autotratamiento, que incluye la planificación anticipada de las posibles crisis y que puede desarrollarse y utilizarse de forma individual, pero que a menudo se enseña en grupos. Hay pruebas empíricas que sugieren que el método WRAP mejora el autotratamiento y la capacidad de defenderse, y logra una serie de dominios de resultados orientados a la recuperación (Cook, et al., 2010, 2012; Fukui, et al., 2011; Stamino, et al., 2010).

Un segundo método, para el que todavía no hay tantas pruebas empíricas, pero que está comenzando a generar mayor interés, es el cuaderno *Pathways to Recovery* (Caminos hacia la recuperación), desarrollado por Priscilla Ridgway y cols., de la Universidad de Kansas (Ridgway, et al., 2002). Este autodenominado «cuaderno de autoayuda para la recuperación de los puntos fuertes» utiliza la metáfora de un viaje para presentar y explorar la noción de recuperación en relación con las enfermedades mentales graves, con capítulos sobre temas como «preparación», «fijación del curso», «avance» y «paradas para descansar y consejos para viajar», entre otros. Aunque también se puede utilizar de forma individual, a menudo se ofrece como herramienta de autoayuda en un formato de grupo, y hasta ahora ha sido objeto de dos estudios, uno en el que el grupo fue coordinado por iguales (Fukui, et al., 2010) y otro en el que el grupo fue cofacilitado por iguales y terapeutas (Green, et al., 2013); en ambos se encontraron resultados positivos en dominios orientados a la recuperación.

Para los fines de este capítulo, también quisiéramos destacar un tercer método en el que se puede formar a facilitadores de grupos que son pacientes en recuperación, aunque este método no ha generado sus propios grupos. Se trata del método Intentional Peer Support (Apoyo intencional de iguales, IPS), desarrollado por Shery Mead (2005), que ofrece un marco dentro del cual se pueden desarrollar grupos coordinados por iguales que utilizan diferentes herramientas de autoayuda. Es decir, mientras que los métodos WRAP y Caminos a la recuperación pueden ofrecerse en un formato de grupo (e incluso pueden centrarse en lo que los miembros pueden hacer para aumentar su apoyo social fuera del grupo), se dirigen principalmente a lo que las personas con enfermedades mentales graves pueden hacer por sí mismas para autotratar su enfermedad y su vida en general, mientras trabajan por alcanzar la recuperación. El método IPS, por otro lado, es un modelo de apoyo entre iguales que considera que las relaciones entre individuos son esenciales para la vida diaria y la

curación en la naturaleza, reforzando los mecanismos de relación mutua entre los miembros del grupo para promover efectos beneficiosos para los miembros. En este sentido, encontramos que método IPS es más congruente con una perspectiva puramente de iguales, ya que insiste en la reciprocidad en las relaciones en formas en las que sería inapropiado, si no imposible, que participasen los profesionales, al menos en su papel como profesionales (podrían participar como personas privadas, pero no en su capacidad organizativa como profesionales). Se trata de grupos en los que podríamos decir que es la propia «igualdad» de los coordinadores y los miembros la que proporciona los efectos más saludables, en lugar de un plan de estudios de autoayuda específico ofrecido por un igual.

El método IPS se diferencia de las relaciones clínicas o de servicio tradicionales en que no parte de la suposición fundamental de que hay un «problema» que ha llevado a la persona al grupo. Por el contrario, se enseña a los iguales a escuchar cómo y por qué cada persona ha aprendido a dar sentido a sus propias experiencias, y luego a utilizar sus relaciones para explorar nuevas formas de ver, pensar y hacer que el miembro puede no haber probado en el pasado. El método IPS también es sensible a la prevalencia del trauma en la vida de las personas con enfermedades mentales, y evita la implicación de que la persona ha hecho algo «malo» que requiere tratamiento. En cambio, el método IPS le pregunta a la persona qué le ha pasado y explora formas alternativas de afrontar lo que le ha pasado. En lugar de centrarse en lo que la persona tiene dejar de hacer o evitar hacer, o en los síntomas de los que necesita deshacerse, los coordinadores que son pacientes animan a los miembros del grupo a avanzar hacia lo que les gustaría ser en sus vidas y hacia el lugar donde les gustaría estar. Dentro de este contexto, la conexión con los demás (y la reconexión con los demás después de las perturbaciones en las relaciones) se encuentra en el núcleo del proceso de curación, y constituye un potente antídoto tanto para el trauma como para la enfermedad mental entre los miembros del grupo. En nuestra experiencia, cuando los coordinadores de grupos de iguales abordan su trabajo desde esta perspectiva relacional, aprovechando las relaciones mutuas que existen entre todos los miembros del grupo (incluyéndose a sí mismos), herramientas como WRAP y Caminos hacia la recuperación se vuelven aún más eficaces para fomentar y mantener la recuperación.

Grupos híbridos

Ya hemos mencionado un grupo híbrido que fue cofacilitado por un paciente en recuperación y un terapeuta y que utilizó el programa de *Caminos hacia la Recuperación* (Green, et al., 2013). Nuestro equipo ha estado

experimentando con grupos híbridos desde mediados de los años 90 del siglo XX, y ha desarrollado un modelo de «grupo base» que en nuestra opinión maximiza las contribuciones tanto del igual como del cofacilitador clínico al diferenciar y conceptualizar sus roles como complementarios.

El papel del igual es infundir esperanza al proporcionar una prueba visible de la recuperación y un modelo de la realidad de la misma. El igual también comparte su experiencia acumulada, o «información privilegiada», sobre cómo sobrevivir y superar las enfermedades mentales, las drogadicciones y una vida cotidiana que se ha salvado de los estragos del trauma y de condiciones sociales traumáticas, como la pobreza, el desempleo prolongado, la exposición a la violencia y la discriminación. Nada ha demostrado ser una respuesta tan potente al estigma y la discriminación como el hecho de que se le haya presentado un ejemplo vivo y palpitante de una persona que ha roto los estereotipos negativos asociados con tener una enfermedad mental o una adicción. Por su misma presencia en el grupo, los coordinadores que son pacientes en recuperación ya desafían a los miembros a imaginar y llegar a creer en la posibilidad de tener vidas mejores o más plenas que unas vidas restringidas a los confines de los programas de salud mental y de drogadicción. Por último, los coordinadores pacientes con enfermedad mental que han recibido formación en IPS y/o en planificación de la asistencia centrada en la persona (Tondora, et al., 2014) pueden ofrecerse a acompañar o apoyar a los miembros del grupo en sus reuniones para la planificación de la asistencia con otros miembros de su equipo asistencial.

Por otro lado, el papel del profesional en el modelo de «grupo base» se fundamenta en su formación profesional y en la experiencia acumulada tanto en la facilitación de grupos como en el automanejo de la enfermedad y el estrés. El primer objetivo del trabajo del profesional es facilitar las conexiones entre los miembros del grupo y ayudar a establecer una cultura de apoyo mutuo, utilizando intervenciones orientadas al proceso para resaltar los puntos en común y las experiencias compartidas, y ofreciendo un modelo y provocando que los miembros se animen y retroalimenten unos a otros. Dentro de este contexto de apoyo entre iguales, el profesional puede entonces también proponer temas o asuntos de interés para los miembros y, cuando sea apropiado, proporcionar materiales y recursos para estimular la discusión adicional y tal vez ofrecer herramientas de autocuidado. En este sentido, se pueden utilizar los componentes de WRAP y Caminos hacia la recuperación para formar a los miembros en estrategias de afrontamiento adaptativo y técnicas de autocuidado. El profesional también puede proporcionar los recursos materiales y la ayuda concreta de que se disponga para tratar temas relacionados con beneficios y derechos, vivienda, empleo o actividades sociales y de ocio en la comunidad que los miembros deseen explorar. A diferencia de un grupo

de psicoterapia tradicional orientado al proceso, se anima a los miembros a explorar estas actividades juntos fuera del grupo (con o sin el apoyo del coordinador del grupo), y generalmente se les anima a depender los unos de los otros para obtener apoyo fuera del grupo. Un objetivo importante y explícito del «grupo base» es, por lo tanto, facilitar la expansión de la red social de cada miembro, de manera que los miembros intercambien sus números de teléfono y direcciones de correo electrónico, y se ofrezcan apoyo práctico y emocional en su vida diaria.

El nombre de «grupo base» se eligió para reflejar el hecho de que uno de los principales objetivos del grupo era proporcionar a sus miembros una «base» en la cual poner los cimientos, tanto dentro del sistema de salud mental (para acceder a otros servicios sanitarios y sociales) como en su comunidad local (para establecer un sentido de pertenencia). Se anima a los miembros a asumir riesgos para explorar servicios (p. ej., medicamentos y atención primaria) y apoyos adicionales (p. ej., educación y empleo con apoyo) y las actividades sociales y recreativas que se producen de forma natural en la comunidad (p. ej., unirse a una comunidad religiosa, citas románticas o asistir a eventos deportivos, etc.). Los miembros pueden entonces regresar al grupo para procesar sus esfuerzos. También reciben apoyo, tanto del cofacilitador paciente como de otros miembros del grupo, para navegar por los diversos sistemas y lugares de la comunidad. Finalmente, se anima a los miembros a «apropiarse» del grupo como suyo y a asumir un papel activo para determinar cómo pasan su tiempo juntos. Para facilitar este sentido de pertenencia y obtener retroalimentación de los miembros de manera regular, la última parte de cada una de las sesiones del grupo se dedica a pedir a cada individuo que califique la utilidad que ha tenido la sesión del grupo en este día en particular en una escala de 1 a 10, siendo 10 la mejor puntuación. Cuando los miembros califican una sesión del grupo como no muy útil (es decir, 1-7), los cofacilitadores preguntan a los miembros cómo se podría hacer más útil en el futuro. Esta evaluación del fin de la sesión del grupo refleja la forma en que comienza cada semana la sesión, en la que cada miembro asigna una puntuación de 1 a 10 dependiendo de que la semana anterior haya sido mala/difícil (1) o buena/agradable (10). La sesión del grupo dura 1 hora y 15 minutos: la introducción suele durar unos 20 minutos; los aproximadamente 40 minutos centrales se dedican a discutir los temas que ha elegido el grupo, ya sea en base a los temas generados durante la introducción o a los que se han transferido de semanas anteriores; y la retroalimentación dura unos 15 minutos.

Gran parte del apoyo práctico proporcionado proviene de las propias experiencias de los miembros en el manejo de sus propias condiciones de salud conductual y en su recorrido por los sistemas de servicios médicos

y sociales, y el cofacilitador paciente actúa uncialmente como modelo. De esta manera, los consejos prácticos y el apoyo socioemocional están a menudo entrelazados.

Cuadro clínico 18.1

Un miembro del grupo estaba preocupado por un efecto secundario del medicamento. El cofacilitador paciente lo animó a discutir el tema con su médico y lo ayudó en la preparación de preguntas, buscando información en Internet. Los otros miembros del grupo normalizaron sus preocupaciones discutiendo sus propias reacciones adversas a los cambios de medicación. Un miembro del grupo también compartió información sobre un nuevo servicio en el centro de salud mental, diciendo: «Voy a ir a este grupo de educación sobre medicamentos el próximo martes, y quiero que vengáis conmigo».

Uno de los ejemplos más llamativos del apoyo práctico y la generosidad se produjo cuando una mujer reveló al grupo que tenía dificultades para establecer límites con sus familiares, que se comportaban de manera problemática, y que temía que se quedara sin hogar. Los miembros del grupo le hicieron algunas preguntas para comprender mejor sus dificultades; varios miembros relataron sus propias experiencias similares y expresaron empatía y aliento; una de las participantes se ofreció a compartir sus propios y limitados recursos: «Si consigo mi nueva casa, como se supone que va a ocurrir», dijo, «tendré una habitación extra. Puedes quedarte conmigo: No voy a dejar que estés en la calle».

Cuadro clínico 18.2

En una reunión de grupo celebrada un jueves por la tarde, una participante expresó su angustia por una reciente decepción en su vida y le dijo al grupo que estaba preocupada por el próximo fin de semana debido a la creciente ideación suicida. En el pasado, cuando se sentía así y estaba a punto de embarcarse en un fin de semana desestructurado y vacío (es decir, cuando no tenía planes de ver a nadie o hacer algo interesante), terminaba invariablemente en el hospital después de acudir al servicio de urgencias por miedo a hacerse daño. Este día en particular no tenía ningún deseo de pasar el próximo fin de semana

en el hospital, pero tenía dificultades para encontrar otras formas de manejar su angustia y sus pensamientos suicidas.

En este punto, el cofacilitador paciente preguntó a los miembros si tenían alguna sugerencia. Otra mujer del grupo compartió que ella tampoco tenía planes particulares para el próximo fin de semana, y que tal vez las dos podrían tener una «fiesta de pijamas» en su apartamento, como hacen a menudo las chicas durante sus años de preadolescencia y adolescencia. Tenía buenos recuerdos de aquellos primeros tiempos de su vida, y también se sentía sola y aislada. Luego señaló que era otoño, y que las actividades tradicionales que se realizan los fines de semana son la recolección de manzanas y la elaboración de tartas de manzana. Se preguntaba si tal vez podrían salir juntas a una excursión así. Otros miembros del grupo animaron a la pareja a seguir adelante con estos planes y a informar al grupo la semana siguiente sobre cómo había ido el fin de semana.

Después de que acabara la sesión del grupo, el cofacilitador profesional se reunió con las dos mujeres juntas, y evaluó el grado de riesgo de suicidio de la primera mujer. Si empezaba a sentirse insegura en los siguientes días, el plan era contactar con el profesional a través del servicio de guardia de la agencia. Sin embargo, el fin de semana pasó sin incidentes, y en la siguiente reunión las dos mujeres compartieron con entusiasmo sus historias de recolección de manzanas y horneado de pasteles con el grupo. Como resultado, la primera mujer descubrió al menos una forma alternativa de manejar su angustia y sus pensamientos suicidas que no se tradujo en una visita al servicio de urgencias o en un ingreso en el hospital, mientras que la segunda mujer pasó un agradable fin de semana con una nueva amiga, sintiéndose menos sola en el mundo.

En estos grupos se transforma el punto de vista tradicional sobre las fronteras terapéuticas, partiendo del énfasis en la reciprocidad y la inclusión de un cofacilitador paciente. Estas interacciones humanas básicas (incluido el contacto físico) y los gestos (como ayudar a atender las necesidades básicas de los miembros) se incorporan al grupo, en lugar de ser prohibidas.

Cuadro clínico 18.3

Durante una reunión del grupo, una participante llegó tarde y miraba por la ventana de la puerta hacia la sala del grupo. El cofacilitador paciente la saludó con entusiasmo para que entrara y el grupo le dio la bienvenida una vez que entró en la habitación. Durante la introducción dijo: «Realmente lo necesitaba». Cuando el cofacilitador profesional le preguntó qué quería decir, la participante le explicó que necesitaba ser «vista» y «bienvenida». Luego le explicó con lágrimas en los ojos que su médico le había dicho recientemente que tenía que hacerse una biopsia para determinar si tenía o no cáncer. Aunque se sentía «demasiado emocional» para asistir a su reunión de Alcohólicos Anónimos, vino a su grupo habitual, «para estar con su familia.... bienvenida... abrazada». Después de su comentario, todos los miembros del grupo y el cofacilitador se pusieron de pie, se acercaron y le dieron un abrazo.

Cuadro clínico 18.4

Durante la introducción de una sesión del grupo, una participante calificó sus sentimientos como 3 (no muy bien). Explicó al grupo que no había recibido un cheque de su tutor legal en las últimas dos semanas, y que no podía comprar comida ni cigarrillos. En ese momento el cofacilitador paciente le ofreció un préstamo de 5 dólares de las propinas que había ganado la noche anterior en un concierto de música. Después de un poco de ánimo, la participante en el grupo aceptó el dinero y, con lágrimas en los ojos, dijo: «Te amo. Gracias, hermano». Durante los comentarios al final de la sesión del grupo, la participante calificó la eficacia del grupo como 10 (muy útil) v expresó su gratitud al grupo por su apoyo.

Si bien no siempre se puede llegar a una resolución positiva de los problemas o las necesidades de los miembros del grupo, es cierto que las situaciones difíciles, los sentimientos y las preocupaciones pueden aliviarse si se comparten con otras personas que se preocupan por ellos.

Cuadro clínico 18.5

Una participante en el grupo habló sobre sus relaciones con su hija y su nieta. Le dijo al grupo que había sido una «madre negligente» mientras luchaba contra la drogadicción y las enfermedades mentales cuando su hija era pequeña, y que con el tiempo esto había dañado su relación. Siguió describiendo que había hecho todos los intentos imaginables para arreglar su relación con su hija, pero que nada parecía haber funcionado.

Ahora su hija se muestra irrespetuosa con ella, a menudo blasfema, y no acata sus reglas mientras vive en su casa. La participante expresó al grupo su desesperación, que fue recibida con silencio. Poco a poco, los miembros del grupo comenzaron a compartir sus complicadas experiencias con sus propios hijos. Una mujer habló de su sentimiento de culpa por «permitir» que su hijo consumiera drogas. Otro miembro del grupo habló sobre su relación con su hijo, quien también había sido testigo de su adicción cuando era niño. Este miembro del grupo reveló que no había visto a su hijo desde hacía dos años. Otra participante expresó al grupo que había aceptado que no sería capaz de arreglar su relación con su hija, y que ahora centraba su energía en desarrollar un fuerte vínculo de amor con su nieta y ayudar a crear una vida mejor para ella.

Esta mañana no parecía haber ninguna solución a problemas específicos, pero los miembros del grupo se conectaron gracias a las similitudes de sus experiencias. Sus experiencias tenían diferentes matices y dimensiones, pero los miembros del grupo se fueron diciendo que se sentían menos solos. A sugerencia de uno de los miembros, el grupo terminó con la oración de la serenidad: «Que Dios me conceda serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, valor para cambiar las cosas que puedo, y sabiduría para conocer la diferencia».

La tabla 18.1 resume las diversas intervenciones utilizadas en el modelo híbrido del grupo base en relación de sus objetivos primarios, en las principales áreas de interés: de una posición de aislamiento social a tener apoyo social adecuado; de sentirse desmoralizado a desarrollar un sentido de autoeficacia; y de no tener interés en la asistencia a participar productivamente en el tratamiento. En investigaciones anteriores se identificó que las personas con enfermedades mentales graves que habían tenido múltiples ingresos en hospitales psiquiátricos y/o múltiples visitas a servicios de urgencias consideraban que estas áreas de interés principales eran barreras importantes para su recuperación (Davidson, et al., 1997). En este contexto, los datos preliminares que apoyan la eficacia del método de «grupo base» en esta población han mostrado mayor utilización de servicios ambulatorios y mayor capacidad funcional social, menor consumo de drogas y una participación más activa en el autocuidado (Bellamy, Schmutte and Davidson, 2017).

Tabla 18.1 Intervenciones utilizadas en el modelo de grupo base en las principales áreas de interés

Del aislamiento social al apoyo social	De la desmoralización a la autoeficacia	De la desconexión a la participación en el tratamiento
1. Ayudar a los miembros del grupo a establecer relaciones sociales con otros miembros: — ayudar a los miembros a compartir sus experiencias de desconexión social y aislamiento, — animar a los miembros a acompañarse unos a otros en las exploraciones de la comunidad. 2. Facilitar y alentar actos específicos de apoyo mutuo y reciprocidad entre los miembros del grupo: — fomentar las expresiones de afecto, camaradería y amistad entre los miembros, — ayudar a los miembros a reconocer	1. Ayudar a los miembros del grupo a reconocer y compartir los problemas a que se enfrentan y los cambios que ocurren: — alentar las expresiones de esperanza de los miembros en la posibilidad de cambio y recuperación, — ayudar a los miembros a compartir sus luchas con recursos limitados y ayudarlos a solicitar la ayuda necesaria. 2. Facilitar la toma de decisiones y la planificación participativa entre los miembros del grupo: — ayudar a los miembros del grupo: — ayudar a los miembros a reconocer las consecuencias de sus acciones en el grupo y	1. Animar a los miembros a enfrentarse a los síntomas y dificultades en sus relaciones, cuando estos se hagan evidentes en las interacciones del grupo. 2. Ayudar a los miembros del grupo a reconocer los cambios y las mejoras en sus síntomas y problemas. 3. Conectar a los miembros del grupo con grupos de autoayuda para la drogadicción basados en la abstinencia: — apoyar la participación de los miembros en estos grupos recompensándolos con un reconocimiento positivo, — animar a los miembros a conectarse
y respetar los indicios sociales y los límites personales en sus interacciones.	en otros miembros, — animar a los miembros a hacer planes específicos para el tiempo no estructurado, como los fines de semana.	con los patrocinadores, — facilitar las celebraciones en grupo de los hitos de la recuperación.

ritmos estacionales, y con los eventos y

celebraciones locales.

Del aislamiento social al apoyo De la desmoralización a la autoeficacia 3. Facilitar las salidas Proporcionar apoyo y actividades de la individualizado y comunidad local con flexible a los miembros los miembros del del grupo que grupo: experimentan crisis: - proporcionar - aumentar el planificación, apoyo compromiso de económico y transporte los miembros y la para las salidas a intensidad de los la comunidad local contactos. una vez por semana, proponer estigma, dirigidas por personal reuniones de equipos de apoyo formado por interdisciplinares para iguales, planificar esfuerzos – mejorar la especiales de apoyo y independencia de los participación. miembros, así como Facilitar el surgimiento persona, y el reconocimiento de su conocimiento de las actividades y recursos los intereses naturales asequibles de la de los miembros del comunidad local, v su conexión con ellos. - animar a los Crear y mantener miembros a expresar sus celebraciones de grupo: preferencias e intereses - ayudar a los en la planificación miembros a participativa de salidas celebrar los hitos comunitarias y las de la recuperación celebraciones del grupo, y mantener la avudar a los miembros a iniciar permanencia en la comunidad, actividades con otras 5. - mejorar las personas que comparten conexiones de los sus intereses, miembros con los reconocer los puntos

fuertes y habilidades

miembros, así como

sus roles naturales de

reconocer y animar

compartir sus intereses,

motivar su iniciativa y

mejorar su participación en las actividades.

a los miembros a

particulares de los

liderazgo,

De la desconexión a la participación en el tratamiento

Facilitar la experiencia de los miembros del grupo como responsables activos de su asistencia: — avudar a los miembros a reconocer sus temores sobre los efectos secundarios de los medicamentos y el — formar a los miembros en el uso de las herramientas de planificación de la asistencia centrada en la — ayudar a los miembros a afrontar con sinceridad las luchas entre la aquiescencia y el cumplimiento, — abogar por la planificación colaborativa de la asistencia entre los miembros y los profesionales del medio ambulatorio y otras agencias de servicios. Ofrecer a los profesionales del medio ambulatorio información sobre la vida diaria y el entorno de los miembros del grupo; su identidad cultural, racial, étnica, de género y religiosa; y sus discapacidades funcionales y puntos fuertes. Consultar con los profesionales del medio ambulatorio sobre la frustración y la desmoralización por las dificultades continuas de los miembros del

grupo.

Conclusión

Lejos de tener respuestas o modelos completos o definitivos, estamos apenas en la etapa inicial de la exploración de las diversas maneras en que los iguales (personas en recuperación) pueden contribuir de manera significativa y eficaz a coordinar intervenciones de grupo para personas con psicosis. Hemos sido testigos de primera mano del efecto reparador que la presencia de los iguales puede tener en las personas con enfermedades mentales graves que han luchado durante períodos prolongados con el estigma, la discriminación, la desmoralización y la desesperación que se derivan de recibir mensajes de desesperanza, cronicidad y decepción de un sistema de salud mental que generó dependencia y se centró en el mantenimiento como lo mejor podía ofrecer la vida. Estas personas tienen mucho que ganar de la exposición a pruebas tangibles y modelos de recuperación, y de las experiencias vitales acumuladas y de la sabiduría asociada que tales personas han obtenido de manera tanto práctica como socioemocional a través de sus propias luchas. Lo que queda por ver es si se podría adaptar el valor de estas contribuciones, y cómo hacerlo, y la manera de ofrecerlo a las personas en fases más tempranas de la evolución de la enfermedad, de manera que puedan evitar el considerable daño yatrógeno causado a las generaciones pasadas. Para ello, puede ser necesario desarrollar nuevos modelos y métodos que mantengan a los jóvenes comprometidos con sus vidas y persiguiendo sus sueños, de modo que los futuros esfuerzos de reintegración se vuelvan innecesarios.

Bibliografía

Bellamy, C., Schmutte, T. and Davidson, L. (2017) An update on the growing evidence base for peer support. Mental Health and Social Inclusion, 21(3), 161-167.

Chamberlin, J. (1978) On Our Own: Patient controlled alternatives to the mental health system. New York: Haworth Press.

Chamberlin, J. (1990) The ex-patients movement: Where we've been and where we're going. The Journal of Mind and Behaviour, 11(3&4), 323-336.

Cook, J.A., Copeland, M.E., Corey, L., Buffington, E., et al. (2010) Developing the evidence base for peer-led services: Changes among participants following Wellness Recovery Action Planning (WRAP) education in two statewide initiatives. Psychiatric Rehabilitation Journal, 34(2), 113.

Cook, J.A., Copeland, M.E., Jonikas, J.A., Hamilton, M.M., et al. (2012) Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. Schizophrenia Bulletin, 38(4), 881-891.

Copeland, M.E. (2008) The WRAP Story: First person accounts of personal and system recovery and transformation. West Dummerston, VT: Peach Press.

Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., et al. (1999) Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 165-187.

Davidson, L., Stayner, D., Lambert S., Smith, R, et al. (1997) Phenomenological and participatory research on schizophrenia: Recovering the person in theory and practice. Journal of Social Issues, 53, 767-784.

Fukui, S., Davidson, L.J., Holter, M.C. and Rapp, C.A. (2010) Pathways to Recovery (PTR): Impact of peer-led group participation on mental health recovery outcomes. Psychiatric Rehabilitation Journal, 34(1), 42—48.

Fukui, S., Stamino, V.R., Susana, M., Davidson, L.J., et al. (2011) Effect of Wellness Recovery Action Plan (WRAP) participation on psychiatric symptoms, sense of hope, and recovery. Psychiatric Rehabilitation Journal, 34(3), 214.

Green, C.A., Janoff, S.L., Yarborough, B.J.H. and Paulson, R.l. (2013) The recovery group project: Development of an intervention led jointly by peer and professional counselors. Psychiatric Services, 64, 1211-1217.

Gunderson, J.G., Frank, A.F., Katz, H.M., Vannicelli, M.L., et al. (1984) Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. Schizophrenia Bulletin, 10, 564-598.

Mead, S. (2005) Intentional Peer Support: An alternative approach. Plainfield, NH: Fishery Mead Consulting.

Mueser, K.T., Meyer, P.S., Penn, D.L., Clancy, R., et al. (2006) The Illness Management and Recovery program: Rationale, development, and preliminary findings. Schizophrenia Bulletin, 52(1), S32-43.

Najavits, L. (2002) Seeking Safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse. New York: Guilford Publications.

Ridgway, P.A., McDiarmid, D., Davidson, L., Bayes, J., et al. (2002) Pathways to Recovery: A strengths recovery self-help workbook. Lawrence, KS: University of Kansas School of Social Work.

Stamino, V.R., Mariscal, S., Holter, M.C., Davidson, L.J., et al. (2010) Outcomes of an illness self-management group using Wellness Recovery Action Planning. Psychiatric Rehabilitation Journal, 34(1), 57.

Tondora, J., Miller, R., Slade, M. and Davidson, L. (2014) Partneringfor Recovery in Mental Health: A practical guide to person-centered planning. London: Wiley-Blackwell.

CAPÍTULO DIECINUEVE

Grupos de escucha de voces:

Empoderándonos a nosotros mismos - El movimiento de escucha de voces

Olga Runciman

El movimiento de escucha de voces (MEV), que existe desde hace más de 25 años en el Reino Unido y 12 años en Dinamarca, y se puede encontrar en más de otros 30 países, se inspiró en la innovadora investigación de Marius Romme y Sandra Escher (1993, 2000). Su investigación propuso un enfoque radicalmente nuevo y un profundo cambio de perspectiva sobre uno de los síntomas asociado tradicionalmente con la esquizofrenia: escuchar voces.

Tratar las experiencias de los pacientes como significativas es profundamente amenazante para el modelo médico de la locura que se basa en la falta de sentido o de la suposición de que las vidas vividas tienen una importancia secundaria.

(Runciman, 2013, pág. 66)

Desde entonces, el MEV ha evolucionado hasta convertirse en un movimiento con dos aspectos.

MEV: Un movimiento de protesta

En primer lugar, el MEV es un movimiento de protesta contra el paradigma psiquiátrico dominante que afirma que oír voces y tener otras experiencias poco habituales es un síntoma primario de la esquizofrenia. Además, afirma que la esquizofrenia es una enfermedad cerebral grave y debilitante para la que no existe cura, pero que puede controlarse con medicamentos. Por ejemplo, si se busca en un sitio web como el de la American Psychiatric Association, u otro sitio web de información sobre la esquizofrenia, como SIND (el sitio web danés para el bienestar mental), o el sitio web de una empresa farmacéutica, como Lundbeck, lo siguiente será una descripción típica de los síntomas de la esquizofrenia:

- voces, visiones, olores y experiencias táctiles, a las que se considera como alucinaciones;
- ideas delirantes, o falsas creencias, como también se conocen coloquialmente;
- síntomas negativos, que se refieren a la pérdida del control
- problemas cognitivos, a los que a menudo se denomina pensamiento desorganizado.

De la misma manera, las causas de la esquizofrenia se suelen enumerar como: (1) es genética y hereditaria; (2) es la consecuencia de influencias ambientales en forma de infecciones víricas, desnutrición y/o trastornos autoinmunitarios; y (3) se atribuye a trastornos en el sistema de neurotransmisores del cerebro. Esta es la razón por la que se considera que los neurolépticos son beneficiosos. Sin embargo, para un oidor de voces esto carece de sentido y es deshumanizador.

Otro síntoma importante de la esquizofrenia es la denominada anosognosia, o falta de «conciencia de enfermedad», cuando una persona diagnosticada de esquizofrenia rechaza la etiqueta y el hecho de que está enferma, lo que hace que parezca ser resistente al tratamiento. Se cree que la anosognosia se encuentra en el 57-98% de todos los pacientes esquizofrénicos (Lehrer and Lorenz, 2014). El MEV pone en duda estos supuestos introduciendo el significado de las historias vitales y las consecuencias del trauma como pruebas de que la etiqueta de «enfermedad» es insostenible. Romme y cols. (2009) establecieron que las voces eran significativas y tenían sentido cuando se las veía junto con los episodios vitales traumáticos que las provocaron. Además, las investigaciones han demostrado que al menos el 75% de los oidores de voces ha tenido alguna experiencia traumática relacionada con sus voces (Read, et al., 2005; Johnstone, 2007; Hammersley, et al., 2008; Moskowitz and Corstens, 2008).

MEV: Metodología de grupo de autoayuda

El segundo objetivo del MEV será el objetivo del resto de este capítulo. Como el MEV es un influyente movimiento comunitario que critica abiertamente los roles relacionales de la psiquiatría tradicional de «paciente pasivo y receptor» y «profesional experto y dominante», ha creado una fuerte tradición de autoayuda donde las personas pueden reunirse en un lugar seguro en sus grupos y compartir experiencias,

sin la amenaza de la censura, la pérdida de la libertad o la medicación forzada, una característica común de la revelación de este fenómeno en los entornos psiquiátricos tradicionales.

(Dillon, 2011)

Por ello, el MEV ha investigado, desarrollado y publicado sus propias metodologías, técnicas y narrativas, separadas de la psiquiatría, para ayudar a las personas que tienen problemas con sus voces, visiones, etc. En estos grupos se considera que las voces son una estrategia de supervivencia, señalan problemas pasados y presentes, utilizan a menudo el lenguaje de metáforas que representan emociones escindidas del self, y a menudo cuentan historias de eventos terribles, atacando y a la vez protegiendo la identidad de la persona.

El trauma es un tema dominante, desde el abuso sexual y el abandono emocional hasta el maltrato físico y el acoso escolar, y en estos grupos queda claro que estos acontecimientos juegan un papel profundo en el desarrollo de creencias o experiencias alternativas. La finalidad de los grupos no es deshacerse de las voces, sino entender su(s) mensaje(s) y cambiar la relación con ellas para que las voces puedan ser útiles y dejar de ser perjudiciales. Así, en los grupos de escucha de voces la «locura» se sitúa en un contexto en el que puede hacerse accesible y comprensible, lo que desafía a aquellos que consideran que estas experiencias son irracionales, o síntomas de un fenómeno biológico subyacente.

Cuadro clínico 19.1

Descripción de un grupo de escucha de voces

Como oidor de voces, he coordinado grupos durante más de 10 años. Aunque se pueden ver estos grupos a través de las lentes de diversas terapias, como desde una perspectiva narrativa o de diálogo abierto, el hecho de que

son los oidores de voces con más experiencia los que guían a los menos experimentados para aprender a convertirse en oidores de voces es lo que cambia el juego.

El grupo que se describe en este capítulo es abierto y continuo. Actualmente hay cuatro hombres y tres mujeres, y yo soy el facilitador del grupo. Uno de los hombres y una de las mujeres vienen solo esporádicamente, pero el resto viene habitualmente. La escucha de voces es común para todos ellos, algunos miembros tienen también visiones, y un hombre experimenta sensaciones táctiles. Para algunos, la paranoia también es un problema.

Para describir el papel del facilitador del grupo (v. también Bullimore, Crawford and Reeve, s.f.), es más fácil decir lo que no es. El facilitador no es responsable del éxito o el fracaso del grupo, de mantener a la gente feliz, de hacer que la gente se interese, de hacer que la gente acuda, o de preparar refrescos. En otras palabras, la responsabilidad del grupo recae en el grupo. Sin embargo, el grupo tiene una perspectiva claramente definida y orientada a la recuperación, perspectiva que promueve el empoderamiento y la importancia de crear el propio significado y comprensión, así como el reconocimiento de la propia experiencia del miembro dentro de un ambiente de aceptación.

Todos los miembros han sido etiquetados como esquizofrénicos y, por lo tanto, son uno de los grupos de personas más marginados y estigmatizados que existen dentro del sistema de salud mental. Lo que queda claro al trabajar con personas etiquetadas como esquizofrénicas es lo devastadora que ha sido la etiqueta real para la vida de esas personas. Si se mira desde una perspectiva narrativa, un problema es lo que se considera el problema, en lugar de que la persona sea el problema. Sin embargo, para la persona etiquetada como esquizofrénica, la esquizofrenia se convierte en algo universal y en un problema en sí misma. Esto es cierto para los miembros del grupo, ya que no solo se enfrentan al reto de afrontar sus voces, sino que también tienen que enfrentarse a las consecuencias cotidianas de la marginación y la estigmatización. La etiqueta «esquizofrenia» es tan poderosa que muchos se identifican totalmente con su etiqueta y se vuelven «esquizofrénicos». El objetivo del grupo es este viaje de ser un esquizofrénico a convertirse en un oidor de voces.

El viaje en un grupo de escucha de voces, desde ser etiquetado como esquizofrénico hasta convertirse en un oidor de voces, ocurre típicamente en cuatro fases, según la descripción de la antropóloga Sidsel Busch (2015) y mi propia experiencia en los grupos y en mi práctica privada. En el primer paso se anima a los miembros del grupo a ceder a sus voces, lo que en esencia significa empezar a escuchar a sus voces. A menudo la persona se ha negado a escuchar o a reconocer lo que dicen sus voces. Frecuentemente tiene miedo o se enfurece por sus voces, viéndolas como algo desconectado de ella misma, y por lo tanto negando que las cosas que dicen las voces tengan alguna relación con ella. Los miembros experimentan las voces como si estuvieran fuera de ellos mismos, diciendo que son la CIA, demonios, vecinos o familiares, etc. Dado que es la primera vez que los miembros escuchan realmente lo que se dice, es posible que al principio se sientan abrumados. La segunda fase es cuando los miembros comienzan a tratar de identificar las voces, averiguar quiénes son y encontrar el significado e interpretar lo que las voces están diciendo realmente. En la tercera fase, los miembros comienzan a implicarse con las voces, a establecer límites y a relacionar las voces con los factores desencadenantes del pasado y del presente. Aunque animamos a la gente a dar nombres a sus voces y experiencias desde el principio, cuando llegan por primera vez al grupo, es en esta fase cuando los miembros hablan fácilmente de ellas indicando su nombre y su sexo, conectándolas consigo mismos. En la cuarta fase el miembro ya es un oidor de voces que ha adquirido experiencia con las voces, sabe intuitivamente cómo manejarlas y ya no tiene miedo ni está controlado por ellas. Ahora ve las voces como guías y fuentes de inspiración. En algunos casos, después de haber entendido su mensaje y de haber abordado los temas que representaban las voces, las voces desaparecen, pero en otros muchos casos, sin embargo, no ocurre así.

Todos los miembros del grupo han estado, o siguen estando, atrapados en historias saturadas de problemas que ellos mismos se han contado. Pero aún más importantes son las historias que la sociedad les ha contado sobre ellos mismos, a la vez que los ha excluido de la sociedad. Estas historias son muy incapacitantes y desempoderantes. Privados de derechos por la sociedad, muchos miembros del grupo sienten que no hay esperanza para el futuro y que son espectadores, viendo pasar al mundo.

Aunque el grupo de escucha de voces es un grupo de autoayuda, y por lo tanto no está controlado por ningún tipo de modelo terapéutico, es posible relacionar elementos de la dinámica de grupo con diversas teorías terapéuticas, como la forma narrativa de la psicoterapia. Por ejemplo, el énfasis en la importancia de las historias vitales y el lenguaje utilizado al contarlas (también un elemento del diálogo abierto) es crucial cuando se trata de crear sentido y comprensión, además de esperanza para el futuro (Amkil and Seikkula, 2006). Tanto el diálogo abierto como la teoría narrativa subrayan, sobre todo, la importancia del lenguaje en la configuración de las realidades de las personas. Los miembros del grupo necesitan el lenguaje para dar forma a sus realidades porque, al ser parte del sistema psiquiátrico, están arraigados en un lenguaje sobre ellos, en lugar de con ellos, de manera que el poder, la autoridad y la experiencia pertenecen al sistema psiquiátrico y no a ellos mismos. Desde la perspectiva del diálogo abierto, la forma en la que los miembros se perciben y experimentan a sí mismos y a sus situaciones se construye a través de interacciones sociales mediadas por el entorno cultural. Esto ocurre porque las culturas están continuamente enviando mensajes cruciales mediante el uso del lenguaje, y también historias sobre conceptos importantes como el sexo, la raza, la clase y, por supuesto, la salud. De esta manera, las creencias personales y culturales sobre la salud están fuertemente influenciadas por las normas y estándares de esa sociedad en particular. Por lo tanto, dentro de nuestra sociedad escuchar voces es indeseable desde una perspectiva social, y es el síntoma de una enfermedad biológica en lugar de algo significativo e íntimamente relacionado con esa persona y su historia vital.

Otro aspecto importante de los grupos de escucha de voces es el concepto de recuperación: el hecho de que las personas pueden recuperarse y de que realmente llegan a hacerlo. Sin embargo, no nos referimos al punto de vista tradicional de la recuperación, que se basa en la enfermedad y la curación. Por el contrario, nos referimos a conceptos como empoderamiento, autoestima, autodeterminación y respeto. La filosofía de la recuperación se basa en la singularidad del individuo; por lo tanto, para algunos la recuperación significará recuperarse de una enfermedad, mientras que para otros la recuperación significa recuperarse de la psiquiatría. Otros se niegan a usar la palabra «recuperación» porque tienen la sensación de que ha sido colonizada, y en su lugar prefieren describir sus experiencias de diferentes maneras. Esto se refleja en el grupo, porque hay quienes creen en el modelo de enfermedad y, por lo tanto, aceptan el sistema de creencias de la psiquiatría, y hay quienes rechazan este modelo y experimentan las consecuencias del incumplimiento.

Uno de los temas principales de la terapia narrativa es que la persona no es el problema; el problema es el problema. Por lo tanto, el énfasis de la terapia narrativa radica en tratar de separar el problema de la persona. Esto se hace a través de un proceso llamado externalización, mediante el cual se coloca el problema fuera de la persona y en su contexto cultural. A menudo se anima a los clientes de la terapia narrativa a dar un nombre a su problema, para que puedan referirse a él en tercera persona y así separarse y crear distancia entre ellos y su problema. Entonces se pone énfasis en analizar cómo influye el problema en la vida del cliente, y en la narrativa que rodea ese problema (White, 2007).

Desde una perspectiva narrativa, se podría decir que los miembros de un grupo de escucha de voces no solo han externalizado sus problemas, sino también que los han externalizado con tanto éxito que se han separado completamente de ellos, y el objetivo del grupo es llevar los problemas (las voces) a su lugar de origen como parte de la persona y de su vida. Por ejemplo, algunos miembros dan nombres a sus voces y también pueden describir cómo sus problemas, representados por las voces, están afectando a su vida diaria. Por lo tanto, se podría concluir que los oidores de voces son expertos en externalización, aunque esto no se ha explorado en profundidad dentro de la investigación de la terapia narrativa. Sin embargo, existen múltiples verdades: otros miembros del grupo no verán sus voces como parte de ellas y de sus historias vitales, sino que las considerarán como algo espiritual. Todos estos diferentes significados y puntos de vista dentro de un grupo son válidos, y ponen de manifiesto que el único papel de los oidores experimentados que guían a los menos experimentados no puede traducirse en modelos de tratamiento, ni copiar el sistema psiquiátrico e incorporarse a él.

Cuadro clínico 19.2

Philip tiene poco más de 40 años y comenzó a escuchar voces por primera vez cuando era niño, y luego esporádicamente en la adolescencia. Fue a finales de la tercera década de la vida cuando sus voces comenzaron a invalidar su vida y buscó ayuda en el sistema psiquiátrico. Sin embargo, solo cuando encontró la red de escucha de voces y descubrió que había otra forma de acercarse a sus voces, una forma que tenía sentido para él, fue capaz de dar un giro a su vida. Durante su infancia, Philip había estado atormentado por el miedo: estaba expuesto al abandono y a la violencia, especialmente por parte de su padre. También tenía recuerdos vagos, oscuros y difusos de que le había sucedido algo en la esfera sexual a manos de su padre, lo que le hizo sentirse confuso porque pensaba que podía ser homosexual. (En su caso ser homosexual no era un problema, a diferencia de otro miembro del grupo, que tenía un miedo intenso a ser homosexual porque había sido víctima de abusos sexuales por hombres en su infancia y, por lo tanto asociaba a los homosexuales con la pedofilia). Philip era el menor de un hogar con varias hermanas mayores. Sentía que nunca había recibido mucho apoyo de sus hermanas, especialmente después de la muerte de sus padres. Se mostraron muy escépticas y críticas con su decisión de elegir otra ruta en lugar de la psiquiatría tradicional.

Cuando llegó por primera vez al grupo de escucha de voces, Philip no tenía idea de quiénes eran sus voces y había aceptado la explicación de la psiquiatría de que no eran reales, sino un síntoma de la esquizofrenia, y que la solución era la medicación. En su caso la medicación había sido a menudo una ayuda, pero su calidad de vida se había deteriorado, por lo que a menudo decidía dejar la medicación durante algún tiempo, lo que significaba que iba a ser bombardeado por sus voces. El grupo de escucha de voces revolucionó su vida.

En el grupo Philip descubrió quiénes eran sus voces y qué representaban. Eran sus familiares, que simbolizaban capítulos de su infancia y sus emociones reprimidas, especialmente la ira, que le habían sido prohibidas cuando era niño. La voz más problemática era la voz de un niño pequeño, que descubrió que era él mismo. Tenía problemas para controlar al niño, que se enfurecía fácilmente cuando se cruzaban los límites que había establecido Philip o cuando le criticaban. Philip pudo poner límites a sus otras voces, asignándolas dos horas de atención total al día, lo que significaba que no le molestaban el resto del día. Sin embargo, la voz de niño pequeño no lo aceptó y continuó apareciendo durante el día. Se produjo un gran avance cuando un miembro del grupo sugirió que en lugar de pelear con el niño pequeño, Philip debería cambiar de táctica e invitarlo a estar con él durante el día. Philip hizo esto y la relación cambió. El niño dejó de estar tan enojado con Philip por tratar constantemente de mantenerlo alejado. Este cambio de relación permitió a Philip descubrir que muchas veces, cuando reaccionaba el niño, el estaba reaccionando de manera relevante. De hecho, el estaba reaccionando de la manera en que Philip quería reaccionar, pero que cuando era niño había aprendido que estaba prohibido y era peligroso. Philip descubrió que, para él, sus voces representaban sus emociones reprimidas y su incapacidad para poner límites. Hoy en día, Philip trabaja como facilitador.

Conclusión

En nuestra experiencia como oidores de voces, y como afirma Busch (2015), los grupos de escucha de voces funcionan porque eliminan las estructuras de poder dominantes que se encuentran en la psiquiatría, y ofrecen un espacio de verdadera seguridad y normalización. El principal factor que contribuye a este éxito es que el oidor de voces experimentado guía a los menos experimentados. Inspirados por el éxito de estos grupos,

muchos profesionales bien intencionados desean recrear estos grupos dentro de la psiquiatría, pero fracasan porque están atrapados en la estructura de poder dominante de su lugar de trabajo, que ve a los oidores de voces como esquizofrénicos. Sin embargo, la inspiración del movimiento de escucha de voces está conduciendo a un cambio positivo, tanto para los pacientes como para el personal. Hoy en día muchos profesionales trabajan junto con oidores de voces en el mundo académico, la investigación y la práctica diaria, lo que da como resultado un cambio de actitud que cuestiona el concepto tradicional de la esquizofrenia.

Bibliografía

American Psychiatric Association: www.psychiatry.org/patients-families/ schizophrenia/what-is-schizophrenia (consulta en mayo de 2018).

Amkil, T.E. and Seikkula, J. (2006) Dialogical Meetings in Social Networks. New York: Kamac Books.

Bullimore, P., Crawford, K. and Reeve, T. (n.d.) 'Starting and sustaining paranoia and hearing voices self-help groups - A facilitator's guide'. Pamphlet. Sheffield, UK: Asylum Books Limbrick Centre.

Busch, S. (2015) 'At blive og være stemmehorer stemmehorer: Et antropologisk studie af stemmehoring og laering i stemmehorer bevaegelsen i Danmark ' ['To become a voice hearer: An anthropological study of voice hearing and learning']. Ph.D. dissertation for the University of Copenhagen.

Dillon, J. (2011) 'The personal is political' en J. Moncrieff, M. Rapley and J. Dillon (Eds), De-Medicalizing Misery: Psychiatry; psychology and the human condition. London: Palgrave Macmillan.

Hammersley, P, Read, J., Woodall, S. and Dillon, J. (2008) Childhood trauma and psychosis: The genie is out of the bottle. Journal of Psychological *Trauma*, 6(2/3), 7-20.

Johnstone, L. (2007) Can trauma cause 'psychosis'? Revisiting (another) taboo subject. Journal of Critical Psychology, Counseling and Psychotherapy, 7(4), 211-220.

Lehrer, D.S. and Lorenz, J. (2014) Anosognosia in schizophrenia: Hidden in plain sight. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 11(5-6), 10-17.

Lundbeck: www.lundbeck.com/global/brain-disorders/disease-areas/ schizophrenia (accessed May 2018).

Moskowitz, A. and Corstens, D. (2008) Auditory hallucinations: Psychotic symptom or dissociative experience? Journal of Psychological *Trauma*, 6(2/3), 35-63.

Read, J., van Os, J., Morrisson, A.P. and Ross, C.A. (2005) Childhood

trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and practical implications. Acta Psychiatrica Scandinavica, 112(5), 330-350.

Romme, M. and Escher, S. (1993) Accepting Voices. London: MIND.

Romme, M. and Escher, S. (2000) *Making Sense of Voices: A guide for mental* health professionals working with voice-hearers. London: MIND.

Romme, M, Escher, S., Dillon, J., Corstens, D., et al. (2009) Living with Voices: 50 Stories of Recovery. UK: PCCS Books in association with Birmingham City University.

Runciman, O. (2013) 'Postpsychiatry's challenge to the chemical treatment of mental distress'. Thesis for the Department of Psychology, University of Copenhagen.

SIND: www.sind.dk/skizofrenil (accessed May 2018).

White, M. (2007) Maps of Narrative Practice. London: Norton Professional Books.

CAPÍTULO VEINTE

El grupo en las terapias artísticas

Un medio terapéutico adicional para trabajar con la psicosis

Sheila Grandison

En la asistencia de salud mental en el Reino Unido, las cuatro terapias artísticas (psicoterapia artística, psicoterapia del movimiento de la danza, dramaterapia y musicoterapia) han llegado a ocupar un lugar diferenciado entre otras psicoterapias como intervenciones basadas en evidencias y muy valoradas por los usuarios de los servicios1. Como estas terapias no se basan principalmente en el lenguaje, ofrecen canales alternativos de comunicación para establecer relaciones interpersonales cuando las terapias basadas en la conversación pueden tener dificultades o incluso fracasar. Las terapias artísticas, que combinan técnicas psicoterapéuticas con actividades dirigidas a promover la expresión creativa, pueden constituir un puente hacia el diálogo verbal. Como el tratamiento está centrado directamente en la comprensión relacional e interpersonal, el uso de grupos y el trabajo en grupo constituyen aspectos centrales de las terapias artísticas. Cuando se aplican como intervenciones de grupo en el Servicio Nacional de Salud británico, las terapias artísticas también son eficaces en un contexto de crecientes restricciones presupuestarias en el sector público.

Cada vez hay más pruebas a favor del uso de grupos en las terapias artísticas, tanto en cuidados agudos de salud mental como en entornos comunitarios. La guía actualizada de 2014 del National Institute for

Health and Care Excellence (NICE) para la psicosis y la esquizofrenia en adultos sigue recomendando que se ofrezcan terapias artísticas «para ayudar a promover la recuperación, particularmente en personas con síntomas negativos» (NICE, 2014, pág. 31). Los síntomas negativos pueden definirse como apatía emocional, falta de motivación, pobreza del habla, retraimiento y abandono de los autocuidados, pero su efecto predominante es el aislamiento social. La guía también especifica que las terapias artísticas deben aplicarse en grupos, «a menos que las dificultades de aceptación, acceso y participación indiquen lo contrario» (NICE, 2014, págs. 25-26). Junto con el objetivo general de permitir que las personas con psicosis se expresen, está el desafío terapéutico más específico de «ayudar a las personas con psicosis a aceptar y comprender los sentimientos que pueden haber surgido durante el proceso creativo [y] a experimentarlos de una manera diferente» (NICE, 2014, págs. 25-26). Cuando las experiencias de los sentimientos, los vínculos y las relaciones fundamentales para el funcionamiento psicótico se ven atacadas, ¿cómo pueden las terapias artísticas proporcionar respuestas empáticas a los pacientes que consultan con dificultades complejas de comunicación? Además: ¿cómo puede tolerarse, sostenerse y contenerse el cambio transformador de manera que permita que las personas con psicosis «se experimenten a sí mismos de una manera diferente» y desarrollen nuevas formas de relacionarse con los demás?

Enraizadas en la premisa de que el grupo es el lugar en el que se encuentran las corrientes de relación entre el individuo y el grupo, las terapias artísticas, junto con otros métodos e intervenciones psicológicas y socioterapéuticas de grupo, comparten el objetivo humano de disminuir el aislamiento individual. Annie Rogers (2016) describe cómo la psicosis, en particular, lleva al individuo a un aislamiento radical, y señala que las palabras por sí solas pueden ser contenedores insuficientes para emociones poderosas, y que:

Muchas personas que se pierden en la psicosis (por poco tiempo o por mucho tiempo) experimentan cosas que no pueden ser simbolizadas, habladas o recibidas por los demás.

(Rogers, 2016, pág. 3)

Es en esta área de lo aparentemente impenetrable donde son quizás más conocidas las terapias artísticas, ya que reciben comunicación no verbal y preverbal, se comprometen con ella, e intentan encontrar a través de las imágenes, el sonido o el movimiento, un diálogo con aquello que todavía no se puede expresar con palabras. Para las personas que luchan por encontrar una relación significativa en el mundo de las personas reales y en el mundo

de las relaciones humanas, los terapeutas de terapia artística, dramaterapia, terapia del movimiento de la danza y musicoterapia se esfuerzan por establecer un contacto emocional estando en relación con estas personas de forma creativa.

La participación puede ser un obstáculo importante para llevar a cabo intervenciones psicológicas. Se ha propuesto que las terapias artísticas son un medio para ayudar a las personas a participar en el tratamiento psicológico y están dirigidas a los pacientes que tienen una profunda dificultad para expresar sus sentimientos, pensamientos y experiencias vitales. Dado que en el Reino Unido las terapias artísticas se imparten habitualmente en grupos, se prestan a ser utilizadas en entornos multiculturales, en los que muchos usuarios de los servicios no hablan bien el idioma inglés. Los terapeutas artísticos que trabajan en el consorcio del NHS de Londres confirman que un número constantemente alto de usuarios de servicios que asisten a los grupos de terapias artísticas son de raza negra y de minorías étnicas, y en ellos participa una alta proporción de hombres diagnosticados de psicosis. Por lo tanto, las terapias artísticas contribuyen significativamente a reducir el miedo, el estigma y las desigualdades sanitarias en la asistencia de salud mental al aumentar la accesibilidad y ampliar las intervenciones de grupo a los usuarios de los servicios cuya primera lengua no es el inglés y a los que se puede considerar «difíciles de alcanzar», «difíciles de implicar» e inadecuados para las terapias basadas en la conversación. A su vez, esto tiene efectos positivos en los tiempos de espera y la capacidad de los servicios de psicoterapia en un sentido más amplio.

Cada una de las terapias artísticas tiene en su núcleo una interacción no verbal para facilitar la expresión de las emociones a través de la actividad creativa. La comunicación verbal puede abrirse y expandirse a través de las actividades creativas. Los grupos se desarrollan en entornos terapéuticos diseñados específicamente y adecuados para la actividad creativa, donde se ayuda a cada individuo a encontrar su propio punto de partida en el proceso creativo y se le anima a explorar los materiales artísticos, instrumentos musicales u otros accesorios del grupo con el apoyo del terapeuta. El terapeuta continúa en el punto en el que comienza el usuario del servicio, gracias a la relación musical, visual o a través del movimiento, de una manera interactiva. Las formas creativas realizadas pueden servir de puente para hablar más a fondo en el grupo, cuando sea apropiado.

En entornos asistenciales de agudos, donde hay una rápida rotación de los usuarios de los servicios, los terapeutas artísticos deben mostrar rápida y eficazmente el beneficio que supone para los usuarios de estos servicios entrar en una sala de terapia artística o musical. Un primer paso puede ser simplemente estar en la habitación y aceptar los materiales artísticos o instrumentos musicales que el terapeuta puede ofrecer: echar un vistazo,

probar un instrumento o un lápiz de color, en otras palabras, hacer uso del «otro». Los terapeutas artísticos entienden esta aceptación como una forma de compromiso interpersonal que transmite el nivel de voluntad de comunicarse con otro mostrado por el usuario del servicio. Se puede haber llegado a abrir una ventana psicológica, aunque sea pequeña, lo que permite una posible interacción adicional con los materiales artísticos y el compromiso del usuario del servicio con el terapeuta artístico. Cuando se trabaja con estados mentales agudos en entornos intrahospitalarios, estas fases tempranas de preterapia son necesarias para que se desarrolle el apego. Como señala Dratcu (2002, pág. 81), «es probable que el ingreso se produzca cuando ha habido un fallo en la red de apoyo, formal o informal, de los pacientes», y se trata de un momento en el que se experimenta que estar con otras personas en un grupo es profundamente difícil y en el que, por lo tanto, se necesita ayuda para restablecer las relaciones interpersonales.

La práctica de las terapias artísticas media entre las formas concretas del pensamiento y las formas simbólicas. En la psicoterapia artística, por ejemplo, la imagen visual creada a partir del proceso de utilización de los materiales artísticos concretos conserva todas las características del esfuerzo humano. Por ejemplo, la conexión de un lápiz de color con un trozo de papel produce una serie de sonidos específicos que acompañan a la aparición de una imagen visual, a medida que el papel muestra la creación del trazo. El sonido del lápiz de color moviéndose de un lado a otro de la página mientras la mano se mueve de una parte del papel a otra, el sonido del lápiz de color si es empujado rápidamente por la mano durante el proceso, y el sonido de la diferenciación en los ritmos y presiones aplicados a los lápices de colores al hacer contacto con el papel durante el proceso de dibujo, todo ello da lugar a una comunicación audiovisual combinada, además de una actuación somática. La imagen visual encarnada, lejos de ser estática, conserva la energía y el esfuerzo comunicativo invertidos en este proceso. Vuelve a cobrar vida en el proceso de su recepción por parte del espectador terapeuta artístico. La imagen visual es una forma intersubjetiva en vivo. En su exposición de la vida de los cuadros, puede considerarse que Marion Lauschke (2014) hace un resumen de lo que los terapeutas artísticos llaman la relación terapéutica triangular, entre el creador de arte, el terapeuta y la obra de arte realizada (ya sea visual, musical o física). De las imágenes visuales, o «documentos de imagen», dice Lauschke:

Aunque todas las formas simbólicas tienen su origen en la transformación de los estados de activación psicosomática, los documentos pictóricos son los que mayor capacidad tienen de conservar la energía invertida [...] para descargarla durante la recepción, actuando como una estimulante fuente de creatividad. Pueden invitar a la contemplación tranquila y al placer en lo que está vivo de una forma no amenazante, pero también pueden imponer la reexperiencia o la encarnación de su afecto generativo al espectador y causar una intensificación de las emociones. Las imágenes están en tensión entre estos dos polos.

(Lauschke, 2014, págs. 229-230)

Contener lo incontenible es la manera como «se utiliza la forma estética en las terapias artísticas, para contener y dar sentido a la experiencia de los pacientes» (NICE, 2014, págs. 25-26). La forma en que se ayuda a organizar la experiencia puede variar en cada una de las diversas terapias artísticas. En la musicoterapia, al introducir un cambio de ritmo o sonido en una improvisación del grupo, el musicoterapeuta puede calmar y modular el afecto, al tiempo que mantiene el potencial creativo de la creación musical. En la psicoterapia artística, el terapeuta artístico, cuando trabaja con pacientes con patrones relacionales de evitación, puede ayudarles a mantenerse conectados, desplazando la atención de los asuntos interpersonales a la actividad de crear arte (v. Greenwood, 2012). En la dramaterapia, los procesos orientados a la acción, como la interpretación de roles, la mímica y la narración, pueden contener la narrativa. Por último, en la psicoterapia del movimiento de la danza, la interacción a través del movimiento permite a los usuarios del servicio tomar conciencia de su comportamiento interpersonal, permitiéndoles modificar la forma en que establecen y mantienen relaciones con los demás.

Es en la interacción de los procesos dinámicos psíquicos y creativos que operan en las terapias artísticas donde se mantienen mutuamente las esferas simbólica y concreta, y donde se realiza el trabajo de fortalecer, o crear, la estructura psíquica. «El arte desarticula mi cerebro, como un ordenador que reorganiza los archivos en diferentes lugares», es la forma en que un usuario de servicios describió su experiencia de hacer arte. Sin embargo, trabajar con pacientes con psicosis en entornos agudos puede provocar el riesgo de agresiones psíquicas, tal y como lo describen Gordon y Kirtchuk (2008, págs. 7-8):

El vínculo (apego) entre el paciente y otras personas; entre el paciente y sus propios pensamientos, sentimientos, experiencias e historia; entre el paciente como individuo y el grupo social al que pertenece (incluido el entorno de la planta de hospitalización): todos estos vínculos se ven gravemente perturbados, distorsionados, atacados u obliterados.

En su trabajo psicodinámico con pacientes con psicosis, Maurizio Peciccia y Gaetano Benedetti (1998) reconocieron que muchos casos de psicosis están relacionados con una escisión entre el self simbiótico, que vincula a la persona con los demás, y el self separado, que diferencia al self de los demás. Desarrollaron una técnica de comunicación con sus pacientes utilizando imágenes visuales, llamada dibujo en espejo progresivo. Tanto el terapeuta como el paciente hacían dibujos en hojas de papel transparentes, que podían superponerse, unirse y separarse entre sí y, por lo tanto, utilizarse como uno medio concreto para la diferenciación simbólica selfobjeto. Los dibujos permitían el movimiento de contacto simbiótico entre los dibujos del paciente y del terapeuta (solapamiento, superposición y unión) y el distanciamiento de ese contacto (separación), con el objetivo terapéutico de integrar los self simbióticos y separados para contrarrestar la escisión psicótica. Como median entre formas de pensamiento concretas y simbólicas, podrían aliviar la ansiedad lo suficiente como para desarrollar y mantener el compromiso terapéutico, y en las terapias artísticas se da una forma particular de contención, viva y sin amenazas.

En los grupos de terapias artísticas, la vida emocional inconsciente del grupo se mantiene en el centro del *carácter visual, musical y físico* de la narrativa impulsada por la imagen, la música y el movimiento del grupo. ¿Cómo entendemos la relación de las imágenes, los sonidos y los movimientos personales realizados por los individuos del grupo con la comunicación del grupo en su conjunto? En los grupos de terapias artísticas la atención terapéutica se dirige tanto a las conexiones personales de, por ejemplo, las manos sobre un tambor o hacer trazos, como a las conexiones del grupo. Los modelos y métodos de las distintas terapias artísticas varían para facilitar la cohesión del grupo, con diferentes niveles de estructura y orientación por parte del terapeuta. Así como el análisis de grupo se centra en el individuo y en todo el grupo al mismo tiempo, en los grupos de terapias artísticas se presta especial atención a la adaptación de los conceptos analíticos de grupo de Foulkes de resonancia y matriz de grupo.

En relación con el primer concepto, Foulkes (1964, pág. 292) definió la matriz de grupo como:

la red hipotética de comunicación y relación en un grupo dado. Es la base común compartida que determina en última instancia el significado y la importancia de todos los acontecimientos y sobre la que descansan todas las comunicaciones e interpretaciones, tanto verbales como no verbales.

Roberts (1996) consideró que el concepto de una matriz viva contiene dentro de su red todas las «sutilezas y delicadezas [y] la complejidad y vulnerabilidad de los procesos vivientes». Tanto el individuo como el grupo se influyen mutuamente, y los presupuestos conscientes e inconscientes se llevan al grupo dentro del tejido conectivo de la matriz. Nitsun (1996) identificó los procesos de grupo que se oponen al desarrollo de una matriz viviente con su concepto del antigrupo. La coexistencia del potencial creativo y el potencial destructivo de los grupos es particularmente pertinente en las terapias artísticas de grupo, en las que, como en los grupos de análisis de grupo verbal, intervienen procesos tanto creativos como destructivos, pero en las que las manifestaciones concretas y simbólicas de la creatividad y la destructividad pueden ser interiorizadas o exteriorizadas.

El segundo concepto analítico de grupo, la resonancia, se desarrolla cuando el grupo en su conjunto «parece estar muy cargado de energía», y Roberts (1985) continúa describiendo cómo:

Se pueden evocar emociones muy poderosas: por ejemplo, en un grupo puede surgir un tema de separación, evocando respuestas poderosas en cada uno de los miembros.

A partir de su experiencia con los grupos de arte, Roberts establece una distinción importante entre la resonancia que se desarrolla en los grupos analíticos de terapias verbales y la forma en que la observa cobrando impulso en los grupos de arte: «Sobre todo, mientras que los individuos de un grupo verbal contribuyen a la "resonancia" de forma consecutiva, en un grupo de arte contribuyen de forma simultánea» (Roberts, 1985). Esta es una distinción importante. La relación visual, la relación musical y la relación a través del movimiento en el arte, el movimiento de la danza, el teatro y los grupos de musicoterapia son de una especie distinta a la relación verbal en los grupos. Son las dimensiones e interconexiones visuales-musicales-hápticas-verbales compuestas que intervienen en los grupos de terapias artísticas las que conforman un tipo particular de matriz de grupo y de coherencia y contención *encarnadas*.

Mientras que existe un conocimiento cada vez mayor de las cualidades restauradoras y transformadoras de las artes y de su papel en el apoyo a la salud positiva, la economía de la salud busca cada vez más pruebas procedentes de investigaciones experimentales sistemáticas. Cada vez hay más pruebas de la eficacia de las terapias artísticas (v. Crawford and Patterson, 2007), pero la ampliación de los proyectos piloto de investigación a pequeña escala que han dado buenos resultados a ensayos aleatorizados y controlados a gran escala en varios lugares todavía no ha mostrado beneficios evidentes (p. ej., los ensayos MATISSE y NESS: v. Crawford, et al., 2012 y Priebe, et al., 2016, respectivamente). A partir de los resultados de la investigación, se observa que las terapias artísticas son particularmente

útiles cuando se trabaja con personas con traumas complejos, cuando no se pueden expresar con palabras las experiencias porque de entrada no se puede pensar en el trauma, y cuando la capacidad de establecer vínculos significativos está gravemente alterada.

Sin recurrir aquí a las representaciones audiovisuales en los grupos de terapias artísticas, solo se pueden imaginar las imágenes, los sonidos y los movimientos que hacen los individuos y el grupo en su conjunto. Sin embargo, al mismo tiempo que continúa la investigación sistemática sobre las terapias artísticas, quizás una cita de Richard Wollheim (1987) capta algo de la convincente poesía del arte. Sobre el «sonido imaginario del paso del tiempo» en las pinturas de Tiziano, Wollheim reflexiona:

¿Cómo llega el sonido a estas imágenes? No hay una respuesta sistemática a esta pregunta: no hay una respuesta del tipo de «mediante la representación», o «mediante la expresión». Es más bien, tal y como yo lo veo, que la imagen genera la idea de que los sonidos se encuentran dentro de ella: de la misma manera que podríamos sentir que las notas se encuentran dentro de la caja de música cuando la melodía se ha detenido, o que el zumbido se encuentra dentro de la nevera. Al abrir la caja de música, abrir la nevera, abrir estas pinturas, allí encontraríamos las notas. Por supuesto, todos estos pensamientos son pensamientos metafóricos, pero son metáforas que registran nuestros intentos de capturar una impresión que se nos ha causado. Y, una vez más, estos pensamientos metafóricos inducen el pensamiento metafórico que presuponen. La pintura es un contenedor: como un cuerpo.

(Wollheim, 1987, pág. 315)

Para entender la poesía que subyace en el corazón de las terapias artísticas se requieren más investigaciones sobre los mecanismos del cambio asociados a las terapias artísticas, en particular mediante el microanálisis de los procesos generativos espaciotemporales que operan en los grupos de terapias artísticas. Como dijo un usuario del servicio: «Estamos cambiando de opinión. Estamos cambiando nosotros mismos».

Nota

 El término colectivo «terapias artísticas» se utilizará a lo largo de este capítulo para referirse al nombre profesional, reconocido en el Reino Unido desde 1997, para cuatro formas de psicoterapia: psicoterapia artística, psicoterapia del movimiento de la danza, dramaterapia y musicoterapia.

Bibliografía

Crawford, M.J., Killaspy, H., Barnes, T.R.E., Barrett, B., et al. (2012) 'Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia: Multicentre pragmatic randomised trial'. British Medical Journal, 344, e846.

Crawford, M.J. and Patterson, S. (2007) Arts therapies for people with schizophrenia: An emerging evidence base. Evidence-Based Mental Health, 10(3), 69-70.

Dratcu, L. (2002) Acute hospital care: The beauty and the beast in psychiatry. Psychiatric Bulletin, 26, 81-82.

Foulkes, S.H. (1964) Therapeutic Group Analysis. London: George Allen & Unwin.

Gordon, J. and Kirtchuk, G. (2008) Psychic Assaults and Frightened Clinicians: Countertransference in forensic settings. London: Kamac Books.

Greenwood, H. (2012) What aspects of an art therapy group aid recovery for people diagnosed with psychosis? ATOL: Art Therapy Online, 3(1), 1-32.

Lauschke, M. (2014) 'The bodily communication in picture acts' in S. Marienberg and T. Trabant (Eds), Bildakt at the Warburg Institute. Berlin/ Boston: Walter de Gruyter.

NICE (National Institute for Health and Care Excellence). (2014) Psychosis and Schizophrenia in Adults: Prevention and management. London: NICE.

Nitsun, M. (1996) The Anti-Group: Destructive forces in the group and their creative potential. London: Routledge.

Peciccia, M. and Benedetti, G. (1998) The integration of sensorial channels through progressive mirror drawing in the psychotherapy of schizophrenic patients with disturbances in verbal language. The Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 26(1), 109-122.

Priebe, S., Savill, M., Wykes, T., Bentall, R., et al. (2016) Clinical effectiveness and cost-effectiveness of body psychotherapy in the treatment of negative symptoms of schizophrenia: A multicentre randomised controlled trial. Health Technology Assessment, 20(11), vii-xxiii.

Roberts, J.P. (1985) Resonance in art groups. Inscape, 1, 17-20.

Roberts, J.P. (1996) 'The importance of Foulke's [s/c] Matrix Concept'. Retrieved from: www.psychomedia.it/pm/grpther/grpan/robert2a.htm (accessed April 2018).

Rogers, A. (2016) Incandescent Alphabets: Psychosis and the enigma of language. London: Kamac Books.

Wollheim, R. (1987) Painting as an Art. London: Thames and Hudson.

EPÍLOGO

"EL FUTURO DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LAS PSICOSIS"

Manuel González de Chávez e Ivan Urlić

Hemos visto en las páginas de este libro el nacimiento, expansión y consolidación de las terapias de grupo en las psicosis a lo largo de todo un siglo, desde las reticencias iniciales de algunos profesionales a la progresiva aceptación por muchos otros, que aplicaron y desarrollaron estas terapias en sus instituciones y observaron sus ventajas y efectos terapéuticos.

También hemos visto como estas terapias de grupo han crecido conjuntamente con otras psicoterapias de las psicosis y con los progresos de los conocimientos sobre los grupos en general, realizados por la sociología y la psicología social. Y como el paso de la psiquiatría asilar a la psiquiatría comunitaria ha llevado, en este último siglo, a la extensión y adaptación de las terapias de grupo con pacientes psicóticos a multitud de dispositivos e instituciones, con la pluralidad de enfoques, perspectivas o técnicas recogidas en este libro.

Después de un siglo de estas prácticas terapéuticas, es lícito preguntarnos cuál puede ser el futuro de las psicoterapias de grupo en las psicosis. O mejor, qué debemos hacer en un futuro próximo para que mayor número de personas con experiencias psicóticas puedan beneficiarse de esta modalidad terapéutica, y qué necesitamos para extenderla, perfeccionarla y adaptarla mejor a las necesidades de estos pacientes.

La existencia y desarrollo de programas psicoterapéuticos con pacientes psicóticos es un indicador de la calidad de la asistencia psiquiátrica de un país, región o territorio, del mismo modo que la existencia de una monoterapia farmacológica aplicada a estos pacientes es indicadora de un bajo nivel asistencial. La atención adecuada y la recuperación de las personas con experiencias psicóticas requiere intervenciones más completas que les permitan comprender y superar sus trastornos. Y hoy podemos ofrecerles ayudas terapéuticas de muchas perspectivas y modalidades desde unos servicios de salud mental cualificados en un contexto sociosanitario desarrollado y suficiente.

Todas las intervenciones terapéuticas en las personas que padecen trastornos psicóticos son sinérgicas, complementarias y deben estar

integradas en programas asistenciales flexibles y adaptados a cada paciente. No podemos priorizar unas en detrimento de otras, ni podemos hacer de las terapias de grupo el eje de toda la asistencia. Pero si debemos procurarlas e impulsarlas en todos los dispositivos que atiendan a personas con estos problemas, porque estas terapias grupales les ayudan a entenderse y recuperarse por medio de las dinámicas, mecanismos, procedimientos y factores terapéuticos singulares y específicos expuestos en diversos capítulos de este libro.

Las psicoterapias de grupo, ya en las primeras décadas del siglo XX, dejaron de verse con los parámetros de coste-efectividad respecto a las psicoterapias individuales, porque pronto fue muy evidente que las dinámicas grupales de personas que participasen de las mismas circunstancias y objetivos facilitaban nuevas revelaciones, perspectivas y motivaciones, desconocidas en la relación terapéutica dual. A las personas con experiencias psicóticas, refugiadas en el secreto, la desconfianza y el aislamiento, el encuentro, en un contexto terapéutico grupal, con otras personas con los mismos o similares trastornos y dificultades, supone abrirles una nueva visión de sus problemas con un gran potencial terapéutico.

A lo largo del siglo XX, los profesionales de la salud mental han introducido las terapias de grupos con pacientes psicóticos en los dispositivos asistenciales más avanzados, como hemos recogido en numerosos capítulos de este libro, lo que ha supuesto mucha dedicación, interés y esfuerzo por ayudar a las personas con experiencias psicóticas en toda clase de instituciones y contextos. Lo que ha supuesto un mejor conocimiento de estas experiencias, sus posibles causas y vías de superación, y también nos ha llevado al mejor conocimiento del papel y la tarea de los terapeutas de los grupos para que estos funcionasen con objetivos terapéuticos.

En las primeras décadas del siglo XXI han irrumpido con fuerza los grupos de autoayuda de personas con trastornos psicóticos, y a ellos dedicamos también dos capítulos de este libro. Sin duda, el estudio de las dinámicas y efectividad de estos grupos acaparará mucho interés y tendrá mucha influencia en el futuro de las terapias de grupo en las psicosis. Hemos visto que hay grupos híbridos, que combinan actividades o sesiones, con y sin terapeutas, y otros exclusivamente de personas con experiencias psicóticas. Y dentro de estos últimos, los hay que consideran esas experiencias con modelos conceptuales de los trastornos muy diferentes, desde el modelo médico más tradicional, al rechazo a cualquier consideración psicopatológica de las experiencias psicóticas, y a una defensa activa de la redefinición y revaluación normalizada de las mismas.

Entre estos últimos, el Movimiento de oidores de voces, al que le dedicamos un capítulo de este libro, ha tenido una rápida expansión mundial con centenares de grupos en los cinco continentes. Lo que es muy revelador, por un lado, de que la psiquiatría biologicista descriptiva dominante es totalmente insuficiente, porque silencia más que escucha a los pacientes, y por otro, que la psiquiatría dinámica, con todos sus recursos psicoterapéuticos, debe sustituirla porque resulta totalmente necesaria.

El ascenso creciente de toda clase de grupos de autoayuda en el mundo, especialmente en países como los Estado Unidos carentes de unos servicios públicos de salud accesibles a toda la población, ya viene obligando a los terapeutas de grupo a un mejor estudio de los mismos, y a una aproximación, que de hecho ya existe, porque alrededor del 80% de estos grupos cuentan ya con la colaboración o asesoramiento, parcial o total, regular o irregular, cualificado o no, de algún tipo de expertos o profesionales.

Los grupos de autoayuda vienen tratando de aprender de los grupos de psicoterapia, y sin duda los terapeutas de grupo tenemos mucho que aprender de estos grupos de autoayuda. Y esto ocurrirá en el futuro con los grupos de pacientes psicóticos y los oidores de voces, porque para que esta ayuda a los miembros sea eficaz no basta con consignas y declaraciones de principios o generalizaciones, ni con apelar a una falsa revaluación o normalización de las experiencias psicóticas, ni al voluntarismo de una autosuficiencia en la recuperación. Las experiencias psicóticas son complejas, graves y casi siempre dolorosas y limitantes. Y a nadie se le puede éticamente predicar que una ayuda psicoterapéutica profesional es perfectamente prescindible.

Para la psicología social, la sociología y también para las psicoterapias de grupo, el estudio de los grupos de autoayuda, su creación, desarrollo, dinámicas, contextos, interacciones, liderazgos, factores terapéuticos, influencia y resultados, viene siendo de una necesidad y un interés creciente. Pero este mismo afán debe existir en los procedimientos de evaluación de todas las terapias de grupo, incluidas obviamente las psicoterapias con pacientes psicóticos. Debemos unir la asistencia y la investigación, utilizar sistemáticamente metodologías basadas en la práctica que realizamos y no en diseños experimentales fugaces y ajenos a la realidad clínica. Debemos propiciar y procurar la introducción de indicadores de calidad en la atención psicoterapéutica habitual, y el estudio sistemático y regular de las variables y los factores más relevantes. Nuestro campo tiene muchas incertidumbres y una doble complejidad, la de la heterogeneidad y los desconocimientos actuales de las experiencias psicóticas y la de unas dinámicas grupales que son siempre únicas, porque son siempre únicas las interacciones que surgen de la agrupación y combinación de personas singulares e irrepetibles.

Con todas estas dificultades, las psicoterapias de grupo en las psicosis han cumplido un siglo, con avances y desarrollos espectaculares en toda clase de instituciones y contextos, como hemos podido comprobar en este libro, que deseamos nos sirva para la reflexión y formación de los profesionales que nos dedicamos a esta práctica psicoterapéutica grupal. Y que sea un estímulo para quienes quieran dedicarse a ella y se impliquen en un aprendizaje práctico en grupos de terapia con pacientes psicóticos, porque todos nuestros grupos deberían ser docentes y vehículos de formación de nuevos terapeutas grupales que extiendan aún más estas psicoterapias, para que puedan beneficiarse de ellas un mayor número de las personas que viven estas experiencias que llamamos psicóticas.

El trabajo con nuestros colaboradores y la mejora de nuestras posturas teóricas y nuestra práctica en la aplicación del trabajo de grupo en este campo específico relativo a las manifestaciones y las estructuras de la personalidad psicóticas nos lleva a pensar que como coeditores hemos podido expresar nuestro interés no solo en el abordaje psicodinámico, sino también en otros diversos abordajes cognitivos y de otros tipos. Actualmente estamos siendo testigos de la tendencia hacia el «eclecticismo positivo» que se origina en diferentes experiencias clínicas y elaboraciones teóricas. Esperamos que la lectura de este libro inspire a los profesionales que trabajan con pacientes con trastornos psicóticos a mejorar su práctica clínica y su investigación, y a los principiantes a profundizar en su interés en los mundos internos y los significados de las manifestaciones conductuales de las personas que padecen una psicosis. Creemos en la creatividad elaborada y basada en el conocimiento.

Índice onomástico

Aboutaleb, Ahmed 215 Adler, Alfred 4 Allardyce, J. 206 Arib, Khadija 215 Asen, E. 194, 195, 197 Assa, Laila 208, 209 Avguštin Avčin, Bojana 95-106

Bateson, G. 194 Bellamy, Chyrell 217-230 Benedetti, Gaetano 65, 246 Bion, W.R. 68, 122, 123, 124, 128 Blinc Pesek, Marjeta 95-106 Bogović Dijaković, Anamarija 171-180 Busch, Sisdel 235, 238 Butler, T. 31

Chadwick, P. 18, 20 Chazan, R. 13 Clark, David 146-147 Cooper, David 147 Copeland, Mary Ellen 219 Corsini, R.J. 6, 27 Cox, M. 162

Davidson, Larry 217-230 de Pater, Margreet 205-216 Dillon, J. 233 Donnari, Simone 63-78 Dratcu, L. 244

Edwards, Maria 217-230

256 TERAPIA DE GRUPO EN LAS PSICOSIS

Escher, Sandra 231

Essoussi, Ahmed 208, 209

Feddes, Annemarie 208

Fenichel, O. 65

Firmin, Ruth 217-230

Fischman, G. 14

Foulkes, S.H. 64, 77, 123, 124, 128, 246

Freud, S. 3, 65, 121, 122, 128

Fuhriman, A. 31

Gabbard, G.O. 68

Gabrovšek, V. 17

García Cabeza, Ignacio 27-39

González de Chávez, Manuel 3-12, 13-25, 41-48, 53-61, 251-254

Gordon, J. 245

Grah, Majda 171-180

Grandison, Sheila 241-249

Greenson, R.R. 65

Hanover, M.D. 31

Hernández, Cecilio 13-25

Jackson, Val 193-203

Jauhar, S. 17

Johnson, J.A. 6

Jones, Maxwell 145-146

Kahn, E. 31

Kanas, N. 13, 31, 33, 86, 88, 134

Kaplan, H.I. 6

Kempf, Edward J. 4

Kennard, David 143-156

Kirtchuk, G. 245

Klain, E. 162

Klapman, J.W. 6

Klein, M. 122, 123, 128 Kolb, D.A. 144 Koukis, Anastassios 121-130 Laing, R.D. 147, 194 Lauschke, Marion 244-245 Lazell, Edward W. 4 Leclerc, C. 20, 187 Lecomte, Tania 20, 181-191 Lees, J. 154

Leszcz, M. 31, 183

MacKenzie, K.R. 29, 91 Magerle, Ana 159-169 Main, Tom 145 Mao, Susan 217-230 Maxmen, J.S. 31 Mayer, Nina 171-180 McFarlane, W.R. 194, 215 McGauley, G. 159 Mead, Shery 219 Medved, Kaja 95-106 Minuchin, Salvador 195 Moreno, J.L. 3, 5 Mueser, Kim 217

Nitsun, M. 247

Orečković-Krezler, Nataša 109-119 Orfanos, S. 20

Pavlo, Anthony J. 217-230 Peciccia, Maurizio 63-78, 246 Perovšek Šolinc, Nada 95-106 Petković, Sonja 159-169 Pollock, P.H. 161

258 TERAPIA DE GRUPO EN LAS PSICOSIS

Rapoport, R.N. 146

Restek-Petrovič, Branka 109-119, 171-180

Rico, L. 33

Ridgway, Priscilla 219

Roberts, J.P. 154, 246

Rogers, Annie 242

Romme, Marius 231, 232

Rosenberg, B. 27

Runciman, Olga 231-239

Sadock, B.J. 6

Satir, V. 85, 87

Scholz, M. 194, 195, 197

Schrank, B. 20

Searles, H.F. 65

Selten, J.P. 207

Štrkalj Ivezić, Slađana 131-141

Styron, Thomas 217-230

Sullivan, Harry S. 4

Sunyer, M. 33

Thurin, J.-M. 14

Tost, Dani 13-25

Tost, Lina 13-25

Urlić, Ivan 13, 63-78, 81-94, 251-354

van den Brink, Truus 205-216

Veling, W. 206

Verhoeven, Marijke 208

Vučić, Editha 159-169

White, William Alanson 3, 4

Wilkinson, S.M. 68

Wollheim, Richard 248

Wykes, T. 16, 186

Yalom, I.D. 14, 21-22, 27-28, 30-31, 183 Youins, Richard 217-230

Žarković Palijan, Tija 159-169

Índice de materias

Nota: los números de página en cursiva se refieren a las figuras, y en negrita se refieren a las tablas

aceptación (factor de apoyo) 29, 134 aislamiento social: TCCp de grupo 183; terapias artísticas 242 Alguien voló sobre el nido del cuco 154 altruismo (factor de apoyo) 29, 31, 33, 34, 134 alucinaciones auditivas v. escucha de voces amor, psicoterapia de grupo en las psicosis 109-119 anosognosia 232 apoyo 68; v. también terapia amniótica aprendizaje interpersonal (factor de trabajo psicológico) 30, 34, 37, 57 aprendizaje vicariante (factor de aprendizaje) 30 asociación Arbours 147 asociación Philadelphia 147 autoconocimiento (factor de trabajo psicológico) 30, 33, 34 autoestima 187

bereberes 206; v. también marroquies en los Países Bajos BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) 18

autorrevelación (factor terapéutico) 30, 34, 56, 59

carácter comunal, comunidades terapéuticas 146 casas Soteria 143, 147, 153 catarsis (factor terapéutico) 30, 35, 56 centro Copeland 219 centro psiquiátrico regional de Zeist, Países Bajos 208 cerebro, teoría psicoanalítica 64 ciclo de aprendizaje experiencial 144 clínica Portman 160, 161 Cognitive Analytic Therapy for Offenders (Terapia analítica cognitiva para delincuentes; Pollock) 161

cohesión (factor terapéutico) 31, 33, 34, 134, 149; TCCp de grupo 183 cohesión del grupo, TCCp de grupo 183 compromiso, terapias artísticas 243 comunicación en grupos, intersubjetiva e interobjetiva 54-55 comunicación interobjetiva 54-55 comunicación intersubjetiva 54-55

comunidades terapéuticas 144, 155; beneficios y riesgos 153-155; entorno comunitario 143, 148; contexto histórico 145-146; grupos basados en la acción 143, 151; grupos de sensibilidad del personal 144, 152-153; grupos de tareas 144, 151; hospital psiquiátrico alternativo 143, 147; método de comunidad terapéutica 143, 146-147; reuniones comunitarias 148-150; RIPEPP (Programa de intervención temprana para pacientes psicóticos) 173-174; terapia en grupo pequeño 143, 150

concepto de recuperación 236

conciencia: «conciencia de enfermedad» 232; de otros pacientes 56-57 «conciencia de enfermedad» 232

confrontación de la realidad, comunidades terapéuticas 146 consejo (factor de aprendizaje) 30, 34

contención 68

contratransferencia 64-65, 67-68; v. también transferencia coordinación por iguales 217-218, 229; grupos coordinados por iguales 217, 218-220; grupos híbridos cofacilitados 218, 219, 221-227, 229, 252 coterapia 43-44, 96, 97-98, 101

demencia precoz 4 democratización, comunidades terapéuticas 146 deseos edípicos 122, 128 destrucción, psicoterapia forense 167 dibujo en espejo progresivo 246 dinámica de grupo en psicoterapia forense 163-168 dramaterapia 152, 241, 245; v. también terapias artísticas

ECA (ensayo clínico aleatorizado) 14; revisión de estudios 15-19, 22-23 ECA WELLFOCUS PPT 20

educación (factor de aprendizaje) 30; *v. también* psicoeducación policía, marroquíes en los Países Bajos 211-212, 213 energía desexualizada 72 entornos multiculturales, terapias artísticas 243

entornos multiculturales, terapias artísticas 243

escala de Jadad 15

escala PANSS (Positive and Negative Symptoms Scale; Escala de síntomas positivos y negativos) 18

escena primigenia, sueños 122; evolución de la fantasía en el grupo 123-127 escucha de voces 18; MEV (movimiento de escucha de voces) 231-239 esperanza v. instilación de esperanza (factor de apoyo)

esquizofrenia 5, 99-100, 101-102, 104-105; causas 232; concepto de

recuperación 236; conciencia 132, 139; estigma 132, 234; factores terapéuticos 31, 33-34; intimidad, amor y sexualidad en psicoterapia de grupo 109-118; MEV (movimiento de escucha de voces) 231-239; NICE (National Institute for Health and Care Excellence), guía de 2014 241-242, 245; psicoeducación 131-139; revisión de ECA sobre terapia de grupo 15-19; síntomas 232; terapia narrativa 235-237 estigma, esquizofrenia 132, 138, 234

evaluaciones idiográficas de la psicoterapia de grupo de las psicosis 19-22 experiencias psicóticas: aceptación de la subjetividad 58-59; *v. también* autorrevelación (factor terapéutico)

externalización 236

factores de apoyo 29, 31, 34, 37

factores de aprendizaje 30, 31, 34, 37

factores de trabajo psicológicos 30-31, 34-35, 37

factores terapéuticos 27-28, 28-29, 29-31, 134; grupos de pacientes

diagnosticados de psicosis 31, **32**, 33, 34-37; psicoterapia de grupo 29-31; Q-sort questionnaire 14, 21-22, 28; TCCp de grupo 183-184

Facultad de medicina de Zagreb, clínica de medicina psicológica 171

familias: revalidación familiar (factor terapéutico) 31, 34; v. también TMF

(terapia multifamiliar); grupos multifamiliares

fase anal-sádica 123

fase de consolidación de la psicoterapia de grupo de las psicosis 4, 7-8 fase de expansión de la psicoterapia de grupo de las psicosis 4, 6-7

fase de inicio de la psicoterapia de grupo de las psicosis 4-6 fase fálica 123

fase oral-sádica 122, 123, 124, 125, 128

fragmentación 69,77

fragmentación social, psicosis 206

funcionamiento institucional de las organizaciones de salud mental 42-45

Fundación Interacción 209, 212

gamificación de THT 21-22

Green Care 148

Group Analysis 6

grupo de hombres, grupos multifamiliares marroquíes en los Países Bajos 208, 209, 211-212

grupo de mujeres, grupos multifamiliares marroquíes en los Países Bajos 208, 209-210, 210-211, 214

grupos a corto plazo 99-101, 105-106

grupos a largo plazo 96, 103-106

grupos a medio plazo 97, 99, 100-103, 105-106

grupos basados en la acción en las comunidades terapéuticas 143, 151; *v. también* terapia artística/psicoterapia

grupos de apoyo mutuo 218; v. también grupos de autoayuda

grupos de autoayuda 219, 253; v. también MEV (movimiento de escucha de voces)

grupos de formación en habilidades 99-100, 105; SST (entrenamiento en habilidades sociales) 15, 16, 18

grupos de sensibilidad del personal, comunidades terapéuticas 144, 152-153 grupos de tareas, comunidades terapéuticas 143, 151

grupos de terapia: comunicación intersubjetiva e interobjetiva 54-55; creación 41-47; realidad objetiva 53-54

grupos híbridos, coordinación por iguales 218, 219, 220-227, 227-228, 252

grupos minoritarios: psicoterapias artísticas 243; v. también marroquíes en los Países Bajos

grupos multifamiliares 193, 203; desarrollo 194-195; marroquíes en los Países Bajos 206-215; servicio de intervención temprana en psicosis, Leeds, West Yorkshire, Reino Unido 193, 195-203, 197,

198, 199, 201, 202; v. también TMF (terapia multifamiliar) grupos: comunicación intersubjetiva e interobjetiva 54-55; realidad objetiva 53-54; v. también grupos de autoayuda

homosexualidad 4 hospital Henderson 146-147 hospital Maudsley 194 hospital neuropsiquiátrico Dr. Ivan Barbot, Popovača, Croacia 162-169 hospital psiquiátrico alternativo, comunidades terapéuticas 143, 147 hospital psiquiátrico Sveti Ivan, Zagreb v. RIPEPP (Programa de intervención temprana para pacientes psicóticos) hospitalización v. pacientes ingresados

identidad, integración 59-60 identificación (factor de aprendizaje) 30, 31, 33, 35, 57 imitación (factor de aprendizaje) 30, 35 inconsciente 64 información compartida en comunidades terapéuticas 148-149 información didáctica (factor de aprendizaje) 30 instilación de esperanza (factor de apoyo) 29, 31, 33-34, 37, 134, 218 instintos genitales, sublimación 72 Instituto de análisis de grupo de Zagreb 171-172 International Journal of Group Psychotherapy 6 intérpretes, grupos multifamiliares marroquíes en los Países Bajos 210 intimidad, psicoterapia de grupo en las psicosis 109-118 IPS (Intentional Peer Support; Apoyo intencional de iguales) 219-220, 221 IPT (terapia integrada de la esquizofrenia) 15, 16, 18

jóvenes, servicio de intervención temprana en psicosis, Leeds, West Yorkshire, Reino Unido 200

Kingsley Hall 147

LE (lista de espera) 17 Ley de protección de las personas con discapacidad mental, Croacia 162 límites del self 70

marroquíes en los Países Bajos 206-207; grupos multifamiliares 207-215; psicosis 207

matriz de grupo 246

matriz viviente, psicoterapia de grupo 246-247

MBE (medicina basada en la evidencia) 14, 17

medicación 86, 87, 89, 92

método IMR (Illness Management and Recovery; Tratamiento de la enfermedad y recuperación) 217

MEV (movimiento de escucha de voces) 231-233, 238-239, 252; como metodología de grupo de autoayuda 233-238; como movimiento de protesta 232

migración, psicosis 206; v. también marroquíes en los Países Bajos mindfulness con TCC 18, 20

mirroring (reflejo) 57-58, 124, 125, 126

modelo biopsicosocial de la enfermedad 136, 137

modelo de «grupo base» de coordinación por iguales 220-227, **227-228**; *v. también* coordinación por iguales

modelo de estrés-vulnerabilidad-competencia 184, 186

modelo de Marlborough de TMF 194

modelo de rol 218; v. también coordinación por iguales

modelo integrador de la terapia de grupo 101

movimiento de consumidores y sobrevivientes de salud mental 218

movimiento de la «antipsiquiatría» 147, 194

musicoterapia 152, 241, 245; v. también terapias artísticas

neurociencia, sueños 128-129

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) 16; guía de 2014 para psicosis y esquizofrenia 241-242, 245

normalización 183, 187; v. también universalidad (factor de apoyo)

objetivos 109; entornos ambulatorios 95-96; entornos intrahospitalarios 91-92; psicoeducación 133, 134, 136, 138-139; RIPEPP (Programa de intervención temprana para pacientes psicóticos) 173

organizaciones de salud mental, creación de grupos de terapia 42; funcionamiento institucional 42-45; selección y preparación de pacientes 45-47

pacientes ambulatorios 95-96, 105-106; entornos 97; grupos a corto plazo 99-101, 105-106; grupos a largo plazo 97, 103-106; grupos a medio plazo 97, 100, 101-103, 105-106; RIPEPP (Programa de intervención temprana para pacientes psicóticos) 176-179; roles de los terapeutas 97-99; selección y preparación de pacientes 45-47, 95-96; v. también pacientes

pacientes ingresados 81-82, 92-93; objetivos, tareas y vínculos 91-92; primer encuentro paciente-equipo terapéutico 82-87, 83; relación pacienteterapeuta 87-91; RIPEPP (Programa de intervención temprana para pacientes psicóticos) 173-176; selección y preparación de los pacientes 45; v. también pacientes

pacientes: realidad objetiva 53-54; selección y preparación 45-47, 95-96; v. también pacientes ingresados; pacientes ambulatorios

Países Bajos, marroquíes 206-215

Pathways to Recovery (Caminos hacia la recuperación) 219, 220, 221

PE (terapia psicoeducativa) 15, 17

permisividad, comunidades terapéuticas 146

personas en recuperación 218; v. también coordinación por iguales

planificación de la asistencia centrada en la persona 221

posición depresiva 122, 124, 126, 128

posición paranoide-esquizoide 122, 123, 124, 125, 126, 128

procedimientos nomotéticos, limitaciones 13-23

programa FETZ (The Cologne Early Recognition and Intervention Center for mental crises; Centro de detección e intervención tempranas ante crisis mentales de Colonia) 99

psicodrama 152; v. también dramaterapia

psicoeducación 131-134, 138-139; psicoterapia de grupo 134-137; terapeuta como coordinador 137-138

psicofarmacología v. medicación

psicosis transferencial 66

psicoterapia de grupo en las psicosis: cómo funciona 53-60; creación de

grupos de terapia 41-47; disminución de su uso en EE.UU. 217; evaluaciones idiográficas 19-22; factores terapéuticos 14, 21-22, 27-37; futuro 251-254; historia 3-9; inadecuación para algunos pacientes 96; investigación y evaluación 253; lecciones del desarrollo 8-9; procedimientos nomotéticos, limitaciones 13-23 psicoterapia de grupo psicodinámica, programa RIPEPP 172-171 de psicoterapia del movimiento de la danza 241, 245; *v. también* terapias artísticas psicoterapia forense 159, 168-169; dinámica de grupo 163-168; estudio de casos de Croacia 162-168; supervisión 162; tratamiento 160-161 psiquiatría militar 5

Q-sort Questionnaire de factores terapéuticos 14, 21-22, 28

realidad objetiva de los grupos 53-54
resonancia, psicoterapia de grupo 247
Retreat, The, York 145
«retroalimentación» en comunidades terapéuticas 149
reuniones comunitarias, comunidades terapéuticas 144, 148-150
RIPEPP (Programa de intervención temprana para pacientes psicóticos)
172, 179; psicoterapia de grupo psicodinámica 172-179
rol «energizante» de los terapeutas 88
rol de «proveedor» de los terapeutas 88

servicio de intervención temprana en psicosis, Leeds, West Yorkshire, Reino Unido 193, 195; estructura de talleres 196-203, 197, 198, 199, 201, 202

sexualidad, psicoterapia de grupo en las psicosis 83-109-118 síntomas negativos, terapias artísticas 242 socialización, TCCp de grupo 183, 185 *Sociometry* 5

SST (entrenamiento en habilidades sociales) 15, 16, 18; v. también grupos de formación en habilidades

sublimación, instintos genitales 72

sueños 70, 122; evolución de la fantasía de la escena primigenia en el grupo 123-127; futura investigación neurocientífica 128-129 supervisión, psicoterapia forense 162

TCC (terapia cognitiva conductual) 15, 16, 18, 20

TCCp (terapia cognitiva conductual en las psicosis), grupo 181-183; elementos terapéuticos 183-185; estructura 185-187; estudios 182, 183; formación y aplicaciones clínicas 189; habilidades terapéuticas 187-189

TE (tratamiento estándar) 17

telemedicina/telepsiquiatría 161

terapeutas: características 43; contratransferencia 67-68; creatividad 188; formación 43; grupos de sensibilidad del personal 152-153; primeros encuentros con pacientes 82-87, 83; psicoterapia forense 161, 165-166, 168; realidad objetiva 53-54; relaciones con los pacientes 87-91; rol de selección y preparación de pacientes 47, 95-96; rol en grupos 55, 88, 97-99; rol en grupos coordinados por iguales híbridos 221-222; rol en psicoeducación 135-136, 137-138; sueños en grupos 124; TCCp de grupo 186-187, 187-189

terapia amniótica 69-72

terapia artística/psicoterapia 72-76, 73, 74, 75, 76, 77, 244, 245-246; v. también grupos basados en la acción en comunidades terapéuticas; terapias artísticas

terapia de grupo pequeño, comunidades terapéuticas 143, 151 terapia narrativa 235-237

terapias artísticas 152, 241-248

TMF (terapia multifamiliar): desarrollo 193-195; v. también grupos multifamiliares

toma de decisiones, comunidades terapéuticas 149

transferencia 64, 64-67, 71, 75, 105; v. también contratransferencia transferencia neurótica 105

transferencia psicótica 66, 67, 99; v. también transferencia

«tratamiento moral» 145

trauma 100, 102, 173, 220, 221, 232, 248

turcos en los Países Bajos 207

universalidad (factor de apoyo) 29, 31, 33, 34, 37, 57, 134; v. también normalización

Universidad de Kansas 219

270 TERAPIA DE GRUPO EN LAS PSICOSIS

WRAP (Wellness Recovery Action Planning; Planificación de la acción para la recuperación y el bienestar) 219, 220, 221

Ypsilon 208, 209, 212, 213, 215

COLECCIÓN DE LIBROS DE LA FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTRAS PSICOSIS

DIRECTOR: MANUEL GONZÁLEZ DE CHÁVEZ

LA ESOUIZOFRENIA

Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente YRIO ALANEN

LA INTERVENCIÓN PRECOZ EN LA PSICOSIS Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis JANE EDWARDS Y PATRICK D. McGORRY 2004

DANDO SENTIDO A LA VOCES
Guía para los profesionales de la salud mental
que trabajan con personas que escuchan voces
MARIUS ROMMEY SANDRA ESCHER
2005

FIFTY YEARS OF HUMANISTIC TREATMENT OF PSYCHOSES
In Honour of the History of the International Society for the Psychological
Treatments of the Schizophrenias and Other Psychoses, 1956-2006
YRJÖ O. ALANEN, ANN-LOUISE S. SILVER Y MANUEL GONZÁLEZ DE CHÁVEZ
2006

PSICOSIS

Una perspectiva integradora JOHAN CULLBERG 2007

ABORDAJES PSICOTERAPÉUTICOS DE LAS PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICAS

Historia, desarrollo y perspectivas YOJÖ O. ALANEN, MANUEL GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, ANN-LOUISE S. SILVER Y BRIAN MARTINDALE 2008

TERAPIA COGNITIVA BASADA EN LA PERSONA PARA LA PSICOSIS PERTURBADORA

PAUL CHADWICK 2009

AFECTO-LÓGICA
El vínculo entre el afecto y la lógica. Una contribución al estudio de la esquizofrenia LUC CIOMPI 2010

PSICOSIS, TRAUMA Y DISOCIACIÓN Nuevas perspectivas sobre la psicopatología grave ANDREW MOSKOWITZ, INGO SCHÄFER, MARTIN J. DORAHY 2011

25 AÑOS DE PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LA PSICOSIS MANUEL GONZÁLEZ DE CHÁVEZ 2012

LA PSICOSIS COMO CRISIS PERSONAL Un abordaje basado en la experiencia MARIUS ROMME Y SANDRA ESCHER 2013

LA PSICOTERAPIA Y EL PROCESO PARANOIDE W.W. MEISSNER, S.J., M.D.

2014

LAS RAÍCES DEL MOVIMIENTO DE RECUPERACIÓN EN PSIQUIATRÍA

Lecciones aprendidas LARRY DAVIDSON, JAAK RAKFELDT, JOHN STRAUSS

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO Y ATENCIÓN PLENA EN LAS PSICOSIS ERIC M.J. MORRIS, LOUISE C. JOHNS, JOSEPH E. OLIVER 2016

TERAPIA INTEGRADORA FOCALIZADA EN LAS ALUCINACIONES
JACK A. JENNER
2017

IRA, CÓLERA Y RELACIÓN SUE PARKER HALL 2018



