



EXPERIENCIA EN PSICOTERAPIA DE GRUPO CON PACIENTES PSICOTICOS

Dr. Abelando Negrete Aguirre*

El motivo de esta presentación es comunicar nuestra experiencia en el tratamiento de enfermos psicóticos por medio de la psicoterapia de grupo en un servicio de hospitalización parcial del hospital "Fray Bernardino Alvarez". Considero necesario hacer resaltar que aunque la utilización de técnicas de grupo en el tratamiento de las psicosis no es precisamente un tópico de interés acrecentado ó reciente, puesto que los grupos terapéuticos se han venido usando por muchos años, si conviene comenzar a hacer notar el trabajo que en este campo de acción se hace en nuestro país, dada la escases de material del cual tenemos noticia. Dado además el hecho de aún instituciones de tanta importancia como el "Fray Bernardino Alvarez" carezcan de un programa ó un servicio organizados de psicoterapia de grupo, ó aún no incorporan esta modalidad de tratamiento a su práctica cotidiana.

ANTECEDENTES. Con el objeto de definir mejor el tema de esta presentación me parece de utilidad presentar a Uds. algunos antecedentes generales sobre psicoterapia de grupo.

La psicoterapia de grupo actual tiene sus raíces en campos académicos diversos que en ciertos puntos confluyen: me refiero principalmente a la psiquiatría, psicoanálisis y psicología

* Invitado de la Sociedad Psicoanalítica Mexicana A.C.
Departamento de Salud Mental, UNAM.



social. Estas disciplinas siguen cursos diferentes, pero sus aportaciones las enriquecen mutuamente. De este modo, el psicoterapeuta de grupo necesita familiarizarse considerablemente con los conceptos psicoanalíticos y con los conocimientos relativos a la dinámica de grupo.

Los pioneros en la utilización de técnicas de grupo en el tratamiento de padecimientos mentales fueron Moreno y Adler en Europa y Lazell y Marsh en E.U.A., lo cual ocurrió en el segundo decenio de nuestro siglo. A estos precedió Pratt, un internista que aplicó técnicas de grupo de tipo didáctico en el tratamiento de pacientes tuberculosos. Mas adelante el mismo Pratt llevó a cabo tratamientos de pacientes neuróticos por medio de grupos didácticos en un dispensario de medicina interna en la ciudad de Boston.

La incorporación de los métodos psicoanalíticos en contextos de grupo fué iniciada por Paul Schilder y L. Wender, hacia fines de los años 30 y fué llevada a su máxima expresión por A. Wolf quien ponía en práctica lo que él llamaba "Psicoanálisis en grupo". Esta técnica consistía en el empleo de asociaciones libres, análisis de sueños, y análisis de resistencias, de transferencias y de contratransferencias. Era, pues una terapia centrada en el terapeuta, que prestaba poca atención a los procesos de grupo que ocurren únicamente en el contexto grupal, independientemente de los antecedentes personales de los individuos que concurren en el grupo.

Estos procesos o fenómenos de grupo han sido el objeto de investigación en el campo de la dinámica de grupo. El impulso inicial en esta disciplina se debió al trabajo de Cooley en E.U.A. y de Durkheim en Francia. El interés fundamental de Cooley y mas adelante de Hergert Mead lo constituyó el "grupo primario", que es aquel que se caracteriza por la cooperación íntima entre sus miembros que conviven de cerca. El prototipo de esta clase de grupo es la familia. Los trabajos de Mead tuvieron un impacto resonante y trascendente en las ciencias sociales, estimuladoras aportaciones de otros investigadores como Spair y Kurt Lewin en el terreno de la dinámica de grupo y de Moreno, Trigant Burrow en el campo de la psicoterapia.

Una mención especial debe hacerse del trabajo de W. Bion en la psicoterapia de grupo. Este autor trata de integrar conceptos de estructura de grupos con el enfoque del método psicoanalítico. Propone el autor que los grupos, en cualquier momento de su existencia, se encuentran influidos fuertemente por una cultura o estado de ánimo grupal predominante que de un modo inconciente determina las conductas de sus miembros y las hace comprensibles a los ojos del observador experimentado. Este punto de vista, a diferencia del de Wolf, abarca al grupo como un todo y hace poco caso del individuo, salvo en la medida en que este contribuye o se opone a la cultura grupal.

Mas recientemente, psicoterapeutas de grupo como Foulkes,

Bach, Yalom, Maxwell Jones y muchos mas continúan incorporando teorías y métodos de ambos campos académicos, es decir teoría psicodinámica psicoanalítica y dinámica de grupos, a la práctica de la psicoterapia de grupo. Esta tendencia integradora es la que prevalece en el tratamiento de los padecimientos psicóticos.

Conviene aclarar que debido a la severidad de la patología psicótica el método mas analítico, menos estructurado que se puede utilizar con pacientes neuróticos debe modificarse considerablemente aunque la perspectiva psicodinámica se mantiene vigente. El terapeuta modificará sus intervenciones en el sentido de mostrarse mas activo, directivo y didáctico, de tal modo que ofrezca una estructura que orienta la participación de los pacientes. Este tipo de psicoterapia de grupo es el que ha orientado nuestro trabajo en el hospital "Fray Bernardino Alvarez" que a continuación describo:

Dividiré mi descripción en tres partes: contexto y preparación, iniciación y desarrollo y resultados.

Empezaré por decir que los antecedentes y las disposición del sistema que el hospital "Fray Bernardino Alvarez" conforma me parecieron poco receptivos y poco propicios para la organización de un programa de psicoterapia de grupo, sin embargo el interés que han demostrado muchos de los psiquiatras de formación mas reciente y el apoyo administrativo han sido factores positivos para la puesta en marcha del proyecto. Este consiste, fundamentalmente, en la participación del perso-

nal del servicio de hospitalización parcial en dos reuniones de seminario por semana que tienen por objeto su adiestramiento en P. de G. En la primera de estas se revisa material bibliográfico básico y en la segunda reunión se discute el trabajo realizado. Antes de la iniciación de los grupos la segunda reunión de seminario la utilizábamos para manifestar las numerosas reservas, temores y desconfianzas asociadas con la iniciación del trabajo de grupo propiamente. Destacaba la tendencia a posponer y a lograr una comprensión detallada del tema que en la práctica resulta innecesaria. Muchas inseguridades, dudas y resistencias se manifestaban que no han acabado de disiparse por completo.

Se formaron tres grupos. Los primeros dos en noviembre de 1979 y el último en septiembre de 1980. La selección de pacientes no presentó ninguna dificultad, simplemente se convino en excluir pacientes con exacerbaciones agudas de su cuadro psicótico, deficientes mentales, sociopatas, alcoholismo y fármacodependencia. En cuanto al diagnóstico, se incluía principalmente trastornos esquizofrénicos, trastornos afectivos mayores y otras psicosis inespecíficas que no se acompañaran de manifestaciones demenciales.

La composición de los grupos, es decir, la manera como distribuimos a los pacientes en cada grupo, se hizo tratando de que los pacientes que parecían disfrutar de la simpatía de los demás, según se observaba en otras actividades del programa



ma, fuesen distribuidos en los dos grupos. Igualmente se trató de desconcentrar a los que presentaban patología mas severa. Aquí es pertinente observar que la población de pacientes psicoticos es de muy difícil manejo por los estragos que su personalidad y aparato psiquico en general han sufrido después de ataques psicóticos repetidos.

Casi todos los pacientes admitidos en nuestros grupos ya habían estado internados en algún hospital psiquiatrico en mas de una ocasión, y uno de ellos había pasado 6 años en una de nuestras pavorosas "granjas", con la consecutiva devastadora acción del abandono y el aislamiento emocional, que lo convirtieron prácticamente en una sombra temerosa y huidiza.

El número de pacientes para cada grupo ha sido de ocho a diez, pero considerando a los faltistas el grupo se reduce a cinco o seis pacientes por sesión. Cada sesión dura una hora, lapso que se estima suficiente para permitir el desarrollo de una discusión de interés general y para evitar la fatiga por tensión emocional tanto en los pacientes como en el terapeuta.

La primera sesión se inicia con una breve explicación de los propósitos de la terapia, se invita a los pacientes a participar libremente cuando lo estimen conveniente. Tratamos de establecer un ambiente de aceptación y cordialidad que favorezca la manifestación de comentarios y opiniones y nos guardamos de mostrarnos crípticos, autoritarios o de actuar como

si fuésemos unos expertos conocedores de los problemas emocionales en general.

El papel del terapeuta es fundamentalmente el de facilitador de las interacciones entre los pacientes, y su participación es mas esporádica que frecuente. Un comentario apropiado del terapeuta debe ser escueto y claro. A veces su participación puede no ser necesariamente verbal, limitandose a movimientos aprobatorios o que sugieran apoyo, aceptación y estímulo. Es importante subrayar que las reacciones emocionales que con tanta dificultad manifiestan los pacientes psicóticos son aceptables y comprensibles para el terapeuta. Cabe señalar aquí que el terapeuta de grupo debe ser una persona mas cercana y accesible, mas transparente, que el terapeuta en la situación de psicoterapia individual. Uno de los motivos para esta diferencia estriba en que los sentimientos transferenceles en los grupos son diluidos por efecto de las transferenceles múltiples.

El énfasis de la labor esclarecedora del terapeuta se hace sobre las implicaciones, es decir, el significado muchas veces oculto de las transacciones interpersonales. En cuanto al material mas idoneo para la discusión, conviene que sea relacionado con situaciones y problemas actuales, de ser posible del momento, aunque por lo general, no se establecen relaciones de estas situaciones actuales con experiencias de la vida temprana del paciente.

Ocurre en ocasiones que los pacientes increpan, provocan



o agreden al terapeuta. En estos casos conviene recordar que mientras mas pueda el terapeuta tolerar este tipo de conducta irritante, mas seguro y aceptado se siente el paciente.

No pasó mucho tiempo antes de que nuestros pacientes hablasen de un modo muy cándido de sus experiencias psicóticas y es de notar que ellos mismos advierten al naturaleza irracional de tales experiencias, comenzando a proponer que tales ideas son cosas de "la imaginación" o algo por ese estilo. El resultado de esto es el "encapsulamiento" o la supresión consciente de elementos que el grupo no sanciona.

Resultados y Comentarios:

En cuanto a resultados, debo aclarar que nuestro trabajo es fundamentalmente asistencial y no de investigación. La aplicación de un instrumento que nos permita establecer la condición de nuestros pacientes antes y después de la terapia es algo que por ahora no podemos considerar. Nuestros únicos parámetros son bastante imprecisos y generales y no los utilizamos de un modo controlado, puesto que no estamos tratando grupos de control, y los pacientes participan en diversas actividades de las 9 a las 14 hs. que es el tiempo que pasan en el hospital.

Podemos decir, sin embargo, que las deserciones del programa han sido escasas y que el interés observado en los pacientes en asistir a las sesiones de grupo es bastante notorio de modo que cuando por algún motivo se retrasa la hora de la sesión, lo cual trata de evitarse, son los pacientes los que



se apuran por preguntar los motivos del retraso. Algunos familiares de los pacientes han manifestado comentarios muy favorables a propósito de la evolución del padecimiento observada por ellos. La socialización y cierta camaradería que se han notado entre los pacientes dentro y fuera del hospital es también un indicio de mejoría. También es alentador que dos de ellos, de un total de 16, han vuelto a tratar de continuar con sus estudios, dos mas se encuentran trabajando,, uno de ellos después de 2 años de no tener ocupación productiva regular y dos mas todavía han intentado trabajar sin que lo hayan logrado por mas de unas cuantas semanas. Por otra parte, un solo paciente ha recaído ameritando un período breve de hospitalización.

Pero, sobre todo, es satisfactorio presenciar que los pacientes de nuestro programa estan escapando al aislamiento y al abandono y, con dificultades y todo no estan deteriorándose, sino, por el contrario, se humanizan cada vez mas.