

La psicología del self en su modalidad grupal. Consideraciones en un hospital de día

María Luz Pradana Carrión¹

IPR, Palma de Mallorca

En el presente trabajo se describen las características y objetivos de los dispositivos de hospitalización parcial para personas con trastorno mental grave. Se realiza una revisión de los postulados básicos de la psicología del self, los desarrollos actuales en su modalidad grupal y las ventajas del tratamiento combinado en personas con trastornos del narcisismo. Finalmente, se ofrece una reflexión sobre el empleo de la teoría de la psicología del self en la psicoterapia de grupo de los mencionados dispositivos.

Palabras clave: Psicología del self, hospital de día, psicoterapia de grupo, trastorno narcisista.

In this paper we describe the characteristics and objectives of partial hospitalization devices for people with severe mental disorder. A review is made of the basic postulates of self-psychology, the current developments in their group modality and the advantages of combined treatment in people with narcissistic disorders. Finally, a reflection is offered on the use of the theory of self psychology in the group psychotherapy of the aforementioned devices.

Key Words: Self Psychology, Day Hospital, Group Psychotherapy, Narcissistic Disorder.

English Title: The Self Psychology in its group modality. Considerations in a day hospital

Cita bibliográfica / Reference citation:

Pradana, M.L. (2017). La Psicología del Self en su modalidad grupal. Consideraciones en un Hospital de Día. *Clínica e Investigación Relacional*, 11 (3): 592-614. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2017.110309

¹ Especialista en Psicología Clínica del servicio de psiquiatría del Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca (España). Especialista en Psicoterapia Psicoanalítica Relacional. Miembro titular del IPR. Correo electrónico: mlpradana@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La psicología del self es uno de los desarrollos psicoanalíticos de finales del siglo XX y está incluido en la corriente de teorías intersubjetivas del desarrollo del psiquismo humano. Su ideólogo, el psicoanalista austríaco Heinz Kohut, apostaba por una concepción renovadora del narcisismo, entendiendo éste como una energía imprescindible para el crecimiento y la maduración del individuo, quien está dotado de una tendencia innata para la autocuración. La psicología del self comprende un abordaje integral del desarrollo psíquico y una explicación completa de la fenomenología de las alteraciones del narcisismo. Su teoría constituye una herramienta de abordaje fundamental para las personas que sufren trastornos del narcisismo, abundantes en la casuística de nuestra sociedad actual en la forma de diagnósticos de trastornos límite de personalidad, trastornos de personalidad del clúster B, algunos trastornos psicóticos sin especificar e, incluso, patologías del eje I con cuadros graves de sufrimiento y dificultades de relación.

El hospital de día es un dispositivo asistencial para el tratamiento de personas con problemas de salud mental graves, cuya proliferación se hizo necesaria en nuestro país tras el movimiento desinstitucionalizador de los años 80 del siglo pasado. En estos centros, el abordaje del paciente grave se lleva a cabo de manera intensiva y multiprofesional, en un formato de hospitalización parcial, de modo que la ruptura con el ambiente del paciente es menor que en un ingreso de 24 horas, además de que se facilita la reincorporación a su comunidad cuando se alcanza la estabilidad sintomática.

Por sus características, el hospital de día es el lugar idóneo para la puesta en marcha de actividades grupales y psicoterapia en grupo. La eficacia de la intervención psicoterapéutica grupal con pacientes y familiares en el caso del trastorno mental grave es reconocida en la literatura y en las guías de práctica clínica que examinan este problema. Sin embargo, la evidencia de que disponen sus vertientes psicoanalíticas no es tan amplia y es inexistente cuando se trata de la psicología del self. Tan solo las aplicaciones grupo-analíticas o intervenciones grupales psicodinámicas breves están ganando un lugar reconocido en las revisiones de los últimos años. De la misma manera, los desarrollos grupales de la psicología del self han comenzado a surgir en las últimas décadas en la sociedad norteamericana, aunque todavía les queda ganarse el lugar que merecen en las carteras de servicio de las instituciones sanitarias.

El objetivo de este trabajo es ofrecer una reflexión sobre las posibilidades y ventajas de intervención grupal que aúna estas dos condiciones: visión psicodinámica del sujeto desde la teoría de la psicología del self e intervención grupal en un hospital de día.

EL HOSPITAL DE DÍA

Introducción

El hospital de día para el tratamiento de personas con enfermedad mental es un dispositivo de hospitalización en régimen de día, cuya particularidad es el tratamiento intensivo (mínimo de 20 horas semanales) mediante actividades y terapias grupales, individuales y familiares.

Su objetivo es la estabilización y posterior integración de las personas con patología mental grave en un entorno comunitario con una calidad de vida asegurada y ajustada a sus potencialidades y limitaciones.

Los objetivos de intervención que se citan en el texto de García y Mas (2012) incluyen el incremento de la calidad de vida y disminución del sufrimiento de los pacientes y su familia, la disminución de sintomatología psiquiátrica o el aumento de las estrategias de afrontamiento y la prevención de recaídas y del deterioro asociado a la enfermedad, entre otros.

La multiprofesionalidad de los equipos que organizan la asistencia a los pacientes asegura una visión global e integradora y hace posible la complementación de tratamientos combinados entre disciplinas (psicología clínica, terapia ocupacional, psiquiatría, trabajo social, enfermería especialista) y entre modalidades de abordaje (entrenamiento en habilidades, psicoterapia individual y grupal, abordaje social, terapia farmacológica, terapia ocupacional, etc.).

Los grupos diagnósticos de las personas a las que se atiende en el hospital de día se engloban, en su mayoría, en los siguientes grupos psicopatológicos:

- Trastornos afectivos (trastorno bipolar o depresivo mayor).
- Trastornos psicóticos.
- Trastornos de la personalidad.

La intervención en el hospital de día requiere de dos circunstancias que apelan a la responsabilidad del paciente en el tratamiento. Por un lado, la asistencia a hospital de día es voluntaria. Es decir, por más que se trata de un dispositivo hospitalario, sus puertas están abiertas. De ahí que la *voluntariedad* es un requisito imprescindible para el tratamiento. Por otro lado, la concepción del hospital de día revoluciona la idea de la posición pasiva del paciente en el que éste recibe con más o menos complacencia las indicaciones terapéuticas que le aliviarán su sufrimiento; no es éste el fundamento de un hospital de día, cuyas raíces se basan en los principios de la comunidad terapéutica. Más bien, la filosofía de tratamiento en el hospital de día requiere de la *participación* de usuario, de su presencia y permanencia en todo el buen hacer del equipo profesional y de pacientes.

Medio terapéutico

La intervención se realiza con un equipo completo de profesionales, no sólo con un terapeuta individual, aunque cada paciente tiene un profesional referente que guía todo el plan de tratamiento. Esta persona referente coincide con la figura de su psicoterapeuta o de su facultativo de prescripción farmacológica, pero el trato con el paciente no se limita únicamente a este profesional. Cualquier miembro del equipo está en contacto con el paciente y, por tanto, es susceptible de convertirse en objeto de su transferencia del mismo modo que su terapeuta. En un medio terapéutico como el mencionado, los fenómenos de transferencias múltiples que los individuos establecen entre sí, con los terapeutas, en los espacios grupales, en los individuales, en los encuentros formales y en los informales, brindan una riqueza observacional que multiplica exponencialmente las posibilidades de abordaje terapéutico de la dinámica relacional del paciente. Además, los profesionales adoptan variedad de roles, participando como coordinadores de determinadas actividades o como coterapeutas en otras, bien sea en las propias de su especialidad o bien como colaborador o apoyo en actividades de otros miembros del equipo. Por ejemplo, un enfermero puede ser observador de un grupo de psicoterapia, mientras que dirige su propia actividad de regulación de la ansiedad en otro de los espacios de actividad grupal del dispositivo.

El hospital de día se convierte así en un campo de ensayo para el paciente, donde se pueden trabajar con confianza tanto las dinámicas relacionales con iguales como con el terapeuta o con el resto de profesionales. La importancia de las sesiones terapéuticas grupales se iguala a las intervenciones individuales y permite a la persona en tratamiento abrirse a nuevas formas de vinculación (más allá de la relación con el terapeuta).

Además, la multiplicidad de canales de relación entre los pacientes que están inmersos en un medio terapéutico determina una característica especial del grupo de terapia que no aparece con tanta claridad en otro tipo de dispositivos. Lo que ocurre a menudo en los espacios grupales es que hay relaciones y subagrupaciones entre los pacientes que son previas, colaterales y simultáneas a los grupos de terapia. El terapeuta debe estar atento y ser conocedor de ello, pues se van a jugar inevitablemente en el espacio de terapia grupal. Finalmente, las dinámicas de afectación mutua entre subsistemas (el equipo, con su historia, y los pacientes, con sus propias agrupaciones) complejiza, a la vez que enriquece, las posibilidades terapéuticas. Esto significa que las dinámicas de relación de un equipo profesional más o menos deteriorado no sólo afectan al terapeuta y al coterapeuta de un grupo como miembros del mencionado equipo, sino que el conjunto de profesionales al

completo, incluso el conjunto institucional en su sentido más amplio, influyen en el escenario de la sesión grupal.

Estructura organizativa

El tiempo de trabajo en una estructura de tratamiento intensivo no sólo se emplea en las actividades de organización del espacio y del tiempo de los pacientes (realizando terapias individuales y grupales, intervenciones familiares, intervenciones en crisis y actividades encaminadas a desarrollar habilidades y reforzar la capacidad de afrontamiento de los pacientes), sino, también, en espacios de reunión de los profesionales en los que se puedan generar intercambios de información de lo que sucede en los contextos formales e informales de hospital de día, se reflexione sobre la adecuación de los objetivos y el plan de tratamiento de cada paciente y se prevenga la influencia negativa que los problemas del equipo puedan tener sobre los pacientes.

Psicosis en el hospital de día

En este trabajo, se entiende el término psicosis desde el punto de vista clásico, que incluye las clasificaciones diagnósticas actuales de trastorno bipolar, esquizofrenia, primeros brotes psicóticos, trastornos psicóticos inducidos por tóxicos, trastornos delirantes y trastornos esquizoafectivos y esquizofreniformes.

En el capítulo que García y cols. (2012) dedican a la descripción del dispositivo de hospitalización parcial, se rescata el abordaje de la patología psicótica desde la subjetividad del paciente, teniendo en cuenta la narrativa que hace de lo que le sucede (tanto en sus aspectos biográficos como sintomáticos), desde una postura de escucha sin juicios, sin asignaciones teóricas o semiológicas previas. En la escucha atenta de la narrativa del paciente se detectan los motivos del malestar del paciente, que tan distantes pueden estar del sentido común del escuchante, así como la percepción de sus necesidades, relatadas desde el punto de vista del sufriente. Se consigue así un abordaje psicoterapéutico más profundo, sin limitarse únicamente a un entrenamiento en habilidades, que si bien, es correcto y necesario, es insuficiente, y no tiene en cuenta la articulación de los síntomas del paciente en su historia biográfica particular.

Trastornos de personalidad

A diferencia de los pacientes psicóticos, quienes a menudo requieren la derivación a un hospital de día para asegurar su estabilización tras un ingreso hospitalario (o para actuar como recurso alternativo que evite dicho ingreso), los objetivos más habituales de la

intervención en pacientes con diagnóstico de trastorno grave de la personalidad incluyen la contención en situaciones de crisis y el trabajo psicoterapéutico intensivo.

Los modelos de tratamiento psicoterapéutico más frecuentemente utilizados para el abordaje de estos pacientes (terapia de mentalización y terapia dialéctico-comportamental) cuentan con amplios desarrollos y reconocido prestigio en la literatura y son de aplicación habitual en los hospitales de día. No ocurre lo mismo con la perspectiva intersubjetiva del psicoanálisis, ni, más concretamente, con los abordajes individuales o combinados desde la psicología del self, los que actualmente, no ocupan ningún lugar conocido en las guías de práctica clínica en vigor.

APROXIMACIONES A LA PSICOLOGÍA DEL SELF

Introducción

La psicología del self surge en el contexto europeo de finales del s. XIX y principios del s. XX, en el que el psicoanálisis causaba una revolución en la concepción del ser humano. El enfoque del hombre como criatura de dios que había reinado en la edad media, o la exaltación de la sensibilidad del alma y la búsqueda de aspiraciones intelectuales de orden superior que determinaba la época romántica, se vieron truncadas con la llegada del enfoque científico al estudio del ser humano. Tanto la visión freudiana de la cultura como domesticación del hombre, concebido éste como mera caja de impulsos sexuales y agresivos, como la atrevida propuesta de la evolución de Darwin, en la que se animalizaba al hombre, generaban una postura simple y determinista del ser humano.

No fue hasta transcurrida buena parte del siglo pasado que los postulados de las psicologías intersubjetivas llegaron para recordar la necesidad de explorar la subjetividad del individuo en interacción con un contexto cultural e interpersonal. Una nueva ruptura llegaba con ello, y la voluntad innata de crecimiento y la tendencia a la autorrealización de la naturaleza humana eran las claves de la misma. La experiencia interpersonal de los primeros años de vida del infante era tan determinante como las fuerzas pulsionales que habían ocupado el centro de las teorías freudianas.

El surgimiento de la teoría de Heinz Kohut se data en la década de los 70 del siglo XX con la publicación de sus tres obras seminales, "Análisis del self" (1971), "La restauración del sí mismo" (1977) y "¿Cómo cura el psicoanálisis?" (1984) (ésta última, editada dos años después de su muerte), en las cuales se observa la transición paulatina del autor desde la fidelidad a la psicología postfreudiana del yo hacia el nacimiento de la psicología del self.

Concepto de narcisismo

El cambio radical que Kohut formula sobre el concepto de narcisismo constituye el eje nuclear de su teoría. Clásicamente, se entendían dos formas de distribución de la libido psíquica: narcisismo y amor de objeto, considerándose el paso de la primera forma a la segunda como algo natural y sin retorno posible (salvo en los casos de psicosis). Esa evolución era la garantía del establecimiento de una neurosis y del adecuado funcionamiento psicosocial del sujeto en su entorno. De esta manera, lo primero era opuesto a lo segundo y en el desarrollo psíquico del niño era esperable el aumento del amor de objeto a medida que proporcionalmente se reducía el amor narcisista. Por tanto, "sufrir de exceso de narcisismo" tenía un valor negativo, indeseable, sintomático.

La resolución del complejo de Edipo era el punto clave que producía la reorganización de la energía libidinal que desembocaba en la neurosis, con sus fijaciones y sus sublimaciones, y la dominación por la búsqueda incesante de nuevos y variados objetos libidinales sobre los que establecer su transferencia. Esa transferencia, inseparable de la neurosis, se consideraba el eje fundamental del análisis. Sin transferencia, no había psicoanálisis posible, según queda bien descrito en las ortodoxas teorías freudianas.

El caso especial de la esquizofrenia se describía como una reabsorción de la libido desde sus objetos a un estado regresivo de narcisismo como consecuencia de una incapacidad de resolver las demandas pulsionales que generaba la llegada al Edipo. Dado que se producía este atasco en el desarrollo psíquico, el psicótico no estaba dominado por el sufrimiento neurótico de las transferencias ni por la búsqueda de satisfacción de la pulsión a través del amor de objeto, sino por el retorno sintomático de la energía psíquica. Según la teoría freudiana, si no había transferencia, no había posibilidad de análisis, por lo que los pacientes con psicosis no eran tratables con psicoanálisis.

En el texto "Los dos análisis del Sr. Z" (1979), Kohut relata la experiencia clínica, aparentemente exitosa, de un paciente aquejado de profundas dificultades en las relaciones con iguales y una intensa necesidad de recibir atención y de sentirse especial en el trato con ellos. Incapaz de establecer un vínculo transferencial claro con ninguna de las personas de su entorno (incluida el terapeuta), el Sr. Z fue abordado desde una hipótesis clásica, en la que se entendía esta sintomatología como consecuencia de un narcisismo defensivo (retirada del objeto tras conflictos edípicos insuperables) y con técnicas ortodoxas basadas en la transferencia (análisis de las resistencias y defensas, confrontaciones e interpretaciones). Así, se consiguió que el paciente mejorase en su funcionamiento psicosocial (encontró pareja y trabajo), pero en ningún momento sintió satisfacción por ello ni se liberó del sufrimiento interior que caracterizaba la visión que tenía de sí mismo.

El regreso del paciente al análisis cinco años después con la misma intensidad de malestar emocional causó la reflexión en Kohut que fue el origen de sus reformulaciones teóricas. Para este terapeuta inicialmente imbuido en concepciones clásicas, la experiencia con este paciente fue la muestra de que la curación era distinta de la recuperación de la vitalidad. Es el momento en el que el autor austríaco delibera sobre su propia experiencia como terapeuta y comienza a cuestionar los postulados teóricos clásicos a los que había sido fiel.

Su nueva postura ante los pacientes anteriormente conceptualizados como "sin transferencia" consistió en la escucha sin juicios de la vivencia del paciente, absteniéndose de realizar interpretaciones sobre lo que escuchaba. Y culminó en la nueva conceptualización de esta fenomenología: Kohut no sólo aseguraba que estos pacientes sí desplegaban fenómenos de transferencia en sus relaciones (pues era evidente la intensa necesidad de otros que el paciente manifestaba) sino que, además, planteaba que la energía narcisista y el amor de objeto no son enemigos, sino líneas paralelas de desarrollo. Así, Kohut postula la existencia de un narcisismo sano que se desarrolla a la par del amor de objeto, pero que se puede ver interrumpido, no por conflictos psíquicos internos, sino por problemas en el desarrollo temprano de las vivencias de self.

El autor no niega el conflicto edípico, pero la idea que lanza su teoría es que hay algo que está mal en cómo se viven a sí mismos los pacientes con trastorno del narcisismo (problemas en las vivencias del self). Más allá de los conflictos con las pulsiones, hay un problema previo fundamental de su organización, sentimiento y apreciación de sí mismo.

La curación desde la postura clásica es que el paciente avance hacia el amor de objeto, entendiendo el narcisismo como un obstáculo a superar, mientras que la psicología del self apuesta por un narcisismo transformado, evolucionado, por una redistribución de la energía narcisista. La energía narcisista es valiosa, pues aporta vitalidad y creatividad, pero a veces, en el desarrollo psíquico de un individuo se pueden generar destinos patológicos que bloquean esa transformación.

Objetos del self

La pregunta consecuente a este planteamiento es cómo evoluciona esa línea narcisista del desarrollo. Para ello, Kohut explica la presencia de tres funciones que el entorno humano próximo del niño debe satisfacer si se espera que el self infantil se desarrolle de una manera saludable.

Una de estas funciones es la *función especular*. El cuidador, cuando la ofrece, se convierte en un *objeto de self especular* y su tarea es confirmar el sentimiento innato de vigor, grandeza y perfección del pequeño, a quien mira con alegría y aprobación, apoyando los estados de ánimo expansivos y grandiosos del mismo. La tarea del adulto es devolver una imagen

valiosa de sí mismo al infante. Los efectos en el desarrollo del self que produce esta función están relacionados con la capacidad de la persona de sentir placer (con lo que se es y con quien se está) y de experimentar el deseo, que es el motor de la acción. En el capítulo de Ávila, Herrero y Felipe (2004) se anota que la función reflexiva del objeto de self, "además de aportar autoestima, alivia tensión, disminuye miedos y aporta bienestar corporal" (p. 220). La segunda función es la de servir de *imagen idealizada*. Los cuidadores son vistos por el niño como personas poderosas llenas de cualidades positivas. El niño los vive como transmisores de calma, infalibilidad y omnipotencia. Las consecuencias son que el self integra la seguridad de ser querido y puede introyectar esas características positivas que inicialmente ve en el otro.

La tercera función es la función *gemelar*. Ocurre en fases más avanzadas de desarrollo y tiene que ver con la sensación de ser esencialmente igual (en características, valores, gustos, etc.) a los objetos del self a los que el niño ha colocado en este lugar. El buen desempeño de esta función dará lugar a la búsqueda y desarrollo de aptitudes y talentos, primero identificadas al otro y posteriormente filtradas en la propia individualidad del self.

Es importante diferenciar el estado final de un self maduro y bien construido, en el que se observa un funcionamiento adaptativo en los aspectos descritos y que posee un claro sentimiento de individualidad y de diferenciación del otro, de la situación inicial de transferencia narcisista masiva, en la que el bebé establece vínculos narcisistas con el otro, en los que ese otro no es independiente, sino que se vive como una extensión de sí mismos (de ahí su denominación de objetos del self). Esto explica la fuerte vinculación exigida por personas adultas con trastornos del narcisismo, que a menudo es vivida de manera incómoda en el equipo terapéutico.

La internalización progresiva de las funciones de objeto de self es la manera en la que se posibilita la construcción del self maduro, sin tendencia a la fragmentación, con adecuada autoestima, autoconfirmación y admiración por los demás.

Ahora bien, es evidente que el objeto de self (padre, madre o cuidador) no puede cumplir las exigencias de ese vínculo narcisista de manera infalible. Las fallas en esta satisfacción proporcionarán las experiencias vitales más importantes para que el aparato psíquico evolucione hacia la madurez: las *frustraciones óptimas*. Es decir, en las relaciones cuidador-infante, se producen decepciones paulatinas, desilusiones de la vida ordinaria, que, dentro de un entorno globalmente sostenedor, ayudan al niño a avanzar. Si la decepción es excesiva, o el psiquismo del individuo todavía no está preparado para asumirla, se puede producir una herida en el narcisismo del self, que, acumulada, puede culminar en trastornos del narcisismo en la adolescencia o en el adulto, tal como vemos a su llegada al hospital de día.

Las frustraciones pueden llegar a ser masivas, repetidas o traumáticas cuando el bienestar emocional del cuidador también se encuentra comprometido. Los pacientes a los que se atiende en los servicios de salud mental suelen venir acompañados de madres o familiares incapaces de contener la angustia de sus hijos, ahora adultos, ni de espejar las habilidades incipientes que parecen asomar en unas u otras áreas de su vida.

El ciclo repetido de satisfacción y frustración óptima de las demandas narcisistas del niño, en un ambiente atento y sostenedor (tampoco sobreprotector) posibilitará la *internalización transmutadora*, un concepto clave de la teoría del self de Kohut. Con la internalización transmutadora, el autor describe la introyección de las funciones del objeto del self anteriormente mencionadas, de modo que el niño aprende a calmarse a sí mismo, en lugar de llegar a la desesperación, se siente con fuerza a pesar del fracaso y culmina en un self seguro y resistente, núcleo de entusiasmo y vitalidad.

En el artículo "Formas y transformaciones del narcisismo", Kohut (1966) describe los destinos saludables de la energía narcisista. Una energía adaptativamente transformada da muestras de un self maduro. La madurez del self se expresa en una persona activa, con claridad en sus ambiciones (alentadas y reguladas por un objeto del self especular suficientemente eficaz) y en sus ideales (consecuencia de la interiorización de la imagen parental idealizada). En la clínica, nos encontramos personas con trastorno narcisista que presentan cuadros sintomáticos aparentemente opuestos: bien pacientes con un grado de abatimiento extremo y un autoabandono importante en sus propias necesidades vitales, o bien, pacientes hiperactivos, desorientados, impulsivos, con promiscuidad sexual y adicciones, con facilidad para las relaciones sociales superficiales. En ambos casos, la sintomatología es consecuencia de un self frágil, errático, en el que predomina un vacío interior inmenso y doloroso, que no puede aferrarse a ninguna ambición o proyecto vital (porque nunca se ha sentido válido o valioso para ello; nunca ha sido mirado de tal manera), ni tampoco es capaz guiarse por unos ideales interiorizados de otro (porque nunca se ha sentido contenido con sus figuras de apego; nunca ha mirado a nadie de tal manera).

Transferencia narcisista

La transferencia narcisista está definida por Kohut como el reflejo actual de experiencias necesarias del desarrollo del narcisismo sano que se han visto comprometidas. Dicho de otra manera, la oferta transferencial que nos ofrece el paciente con trastorno narcisista, esa demanda absorbente de la que se hablaba anteriormente, es el reflejo de necesidades narcisistas primitivas no resueltas.

La transferencia narcisista se convierte en el criterio diagnóstico fundamental. Es la demostración que plantea Kohut de que la transferencia en el paciente preneurótico existe,

aunque no se trata de una transferencia neurótica de amor objetal, sino de un reclamo insistente de completar su self, irremediamente dañado por las experiencias dolorosas de su infancia.

En la relación terapéutica se darán momentos del vínculo con el paciente narcisista en los que se establecerá de manera predominante una *transferencia especular*. En esta vinculación, el paciente "se muestra entusiasmado consigo mismo y cree que el terapeuta está fascinado con él" (Ávila, 2004; p. 221). Es habitual en la clínica que el paciente esté absolutamente convencido de ser muy valioso en un determinado rol (ser madre, tener estudios de alto nivel) y mostrar esa conducta con orgullo, mientras que a la mente del terapeuta llegan, cual oyente perplejo, un sinfín de datos que refutan ampliamente esta fabulada habilidad.

En otros momentos el terapeuta se puede ver inmerso en una *transferencia idealizadora*, en la que el paciente experimenta al terapeuta como alguien perfecto, digno de admiración. El paciente se siente importante a través de su relación con él. No es extraño encontrarse con pacientes que nos hablan de terapeutas anteriores con valoraciones de excelencia o que confían en las capacidades ilimitadas del profesional para curar su sufrimiento.

La respuesta del terapeuta ante esta oferta transferencial marcará, bien el avance favorable del paciente, o bien la repetición de experiencias de decepción que bloquearán el proceso. Así, según el concepto tradicional de transferencia, la vertiente narcisista era vista como un estado defensivo en personas con personalidad frágil que reclamaban una gratificación inmediata de todas sus demandas. La respuesta terapéutica consistía en una ausencia sistemática de gratificación, ofreciendo la no respuesta a esa demanda o la interpretación como único abanico posible de intervenciones. Sin embargo, según Kohut, en la transferencia de objeto de self el paciente experimenta al profesional como una extensión de sí mismo; los terapeutas son vividos como meros aspectos funcionales de su experiencia subjetiva y no como entidades subjetivas independientes. La respuesta a tales ofertas de vinculación tan intensa no puede ser la repetición de la frustración. La única respuesta posible no es la mera imposición de límites, como es tentador hacer cuando el terapeuta se halla desbordado por la falta de herramientas en la atención a estas patologías. La psicología del self amplía la visión de la fenomenología narcisista y permite entender que las demandas extremas e incansables que los pacientes con trastorno narcisista depositan en el terapeuta casi nunca esperan una respuesta (no esperan un sí o un no que les sirva de instrumento para la vida), sino que esperan un objeto de self, esperan un terapeuta que "simplemente esté", que se deje usar como tal.

Técnica

Romper a través de una interpretación o una confrontación las transferencias narcisistas no sería sino volver a repetir la decepción intolerable que redundaría en las cicatrices del self magullado del paciente.

Frente a la interpretación como única herramienta clásica, la actitud básica del terapeuta debe ser la escucha empática. Es la manera en la que se puede estar atento al tipo de función que el paciente reclama a su objeto de self nutritivo. No es terapéutico interpretar la reacción del paciente como una defensa o una resistencia, sino que es necesaria la ampliación de la transferencia como único modo de permitir el desarrollo del self. La misión del terapeuta *no es resistirse* a la transferencia. Para poder rematizar el contexto de crecimiento del self del paciente *es necesario dejarse usar* como objeto del self.

Esto no significa que el terapeuta deba abandonarse al juego transferencial del paciente olvidando su papel de director del proceso terapéutico. El elemento terapéutico principal es ofrecer la respuesta de objeto de self en su justa medida, validando ante la transferencia especular, conteniendo como función fundamental de objeto de self idealizado y ofreciendo un modelo de comportamiento y valores como objeto de self gemelar, y, sobre todo, acompañando en los momentos de frustración inevitables en la relación con el terapeuta, para que esta frustración pueda ser terapéutica (óptima) y no retraumatizante.

Mitchell y Black (2004) lo explican de esta manera:

“Más que a una interpretación, las intervenciones analíticas deben apuntar a una articulación del modo en que el paciente necesita ver la función del analista en la transferencia, aceptando abiertamente esta necesidad y enfatizándola cuando el paciente experimenta la insuficiencia del analista en ese papel” (p. 260).

La particularidad del hospital de día, con su equipo variado, en el que cada uno de los profesionales puede ser depositario de las diferentes vertientes de la transferencia del paciente con trastorno del narcisismo, ofrece en ocasiones un escenario fácilmente explicable desde la teoría kohutiana. No es extraño que el paciente experimente rabia y exprese cierta agresividad hacia el personal de enfermería o de terapia ocupacional (en forma de descalificaciones, reto a los límites, desvalorizaciones de su trabajo, etc.), ante lo que nada sirve hablar, responder o razonar, mientras que una simple palabra del terapeuta de referencia consigue calmar al paciente de forma casi milagrosa. La psicología del self explicaría esta segunda forma de la relación (la relación con el terapeuta) como una transferencia idealizadora, mientras que el personal de enfermería, agente fundamental del cuidado básico del paciente, es identificado con las figuras parentales decepcionantes (generalmente maternas) ante las que aumenta el listado de saldos emocionales pendientes de pago.

El método de indagación empático-introspectivo, denominado así por Kohut, comprende los conceptos de inmersión empática y de introspección vicaria.

La *inmersión empática* consiste en ponerse en el lugar del paciente y no elaborar interpretaciones utilizando ideas preconcebidas sobre lo que le pasa. Es decir, ante las fallas empáticas de sus objetos tempranos, el terapeuta ofrecerá su empatía hasta lograr la integración de su self.

El uso de la *introspección vicaria*, como fenómeno de autoobservación del terapeuta como medio de saber del otro, es otro de los planteamientos técnicos del autor. El paciente genera un sentimiento en el terapeuta que señala precisamente lo que le ha fallado en su desarrollo. Ante la torpeza de estos pacientes de transmitir su sufrimiento genuino (se distraen relatando sucesos actuales y peregrinos en los que se apoyan para explicar su desbordamiento emocional), el terapeuta empático y capaz de observarse a sí mismo puede detectar la gran ruptura que separa el suceso relatado de las situaciones traumáticas infantiles que generaron el self fragmentado que hoy se ve en la consulta. No es extraño encontrarse un paciente que te habla de cómo se ha defendido en una pelea con una amistad y lo enfadado que está, mientras que el terapeuta siente que ésta no es la verdadera causa de tanta rabia. Ésta la explicación a la sensación de falta de genuinidad que a veces generan los relatos de los pacientes narcisistas. No es falsedad, es ruptura del self.

PSICOLOGÍA DEL SELF EN LA TERAPIA DE GRUPO

El artículo de Harwood (1983) enumera los argumentos explicativos de la intervención grupal desde la psicología del self que se desarrollarán en este documento:

1. *Sesiones individuales preparatorias*. Harwood (1983) propone la necesidad de que el paciente con trastorno narcisista pueda establecer una transferencia de objeto de self firme con el terapeuta antes de incluirlo en el grupo. Además, las sesiones individuales permiten anticipar miedos a lo que puede suceder en el grupo y trabajar sobre ellos.
2. El grupo se presenta como un espacio con una *gran riqueza de potenciales objetos del self*. Tanto los miembros del grupo, como el grupo como entidad, como el terapeuta, se configuran como proveedores de funciones del self capaces de rematizar las deficiencias de los cuidadores de la infancia. Al trabajo de hospital de día se le añade, como se ha dicho, el aumento de personas disponibles a las que el paciente puede demandar la satisfacción de necesidades narcisistas no cubiertas.

3. Lo que el grupo posibilita al paciente es la extracción de su propia fortaleza, quien recibe aceptación y comprensión de sus miembros, a la vez que desarrolla el *reconocimiento de la separación y unicidad* de cada uno de sus individuos
4. El grupo también multiplica las *oportunidades de experiencias de frustración óptima* (inherentes a la naturaleza humana de las relaciones), pero de una manera en la que éstas van acompañadas de *oportunidades de comprensión empática*, tan necesarias como ausentes en las épocas de desarrollo temprano del self de la persona con trastorno narcisista. El paciente, así, se adentra paulatina y confiadamente en el análisis de las raíces de su problema, abandonando la reincidencia en torpes explicaciones actuales de su sufrimiento y agrandando, en sí mismo, su propia capacidad de empatía.

Sesiones individuales preliminares

El establecimiento en la terapia individual de transferencias especulares o idealizadas con el terapeuta permite comprobar las vulnerabilidades del paciente, bien se refieran más a deficiencias en el establecimiento de un self grandioso, a la depreciación de una imagen parental idealizada, o a ambas.

Esta situación más íntima permite una primera elaboración de las fallas del terapeuta. Estos pacientes se sienten en su derecho a que el terapeuta-objeto de self les provea de lo que necesitan, de aquello que está estructuralmente perdido. El terapeuta debe comprender empáticamente estas reacciones de frustración, tolerarlas y guiar al paciente a expresar la rabia y el dolor que se produce por la decepción de esta relación única. Estos son los primeros pasos que, según Harwood (1983) o Segalla (2009), son necesarios y preparatorios para la posterior experimentación de decepciones en el contexto grupal.

En consecuencia, en las sesiones individuales preliminares se producen las primeras experiencias terapéuticas rematrizadoras. Se lleva a cabo una reformulación del desarrollo descarrilado con un nuevo objeto de self (el terapeuta), con quien las experiencias traumáticas pueden ser reelaboradas poco a poco en un nuevo nivel de transformación. La graduación óptima de frustraciones permitirá la internalización transmutadora de las funciones de objeto de self.

Segalla (2009) explica que el terapeuta, en esta relación bipersonal, es vivido por el paciente, como se explicaba anteriormente, como una extensión de sí mismo. Por eso, el cuidado de estas sesiones individuales preparatorias es de especial importancia en los pacientes más graves. Sólo de esta manera, el paciente podrá tolerar las posteriores e "inevitables interrupciones de una terapia de grupo" (Segalla, 2009; p. 343).

Además de esta tarea preparatoria, esta misma autora añade lo oportuno de emplear estas sesiones preparatorias en la exploración de historia temprana del paciente y, así, orientar su actitud reflexiva sobre las raíces de su problema.

El hospital de día ofrece un matiz que condiciona, y en cierto modo acolcha, la necesidad de sesiones individuales, ya que existen actividades grupales a las que todos los pacientes acuden desde el inicio de su asistencia. La participación en una actividad grupal, cuya tarea principal no es estrictamente psicoterapéutica (ejercicio físico, mindfulness, terapia ocupacional), suaviza la reclamación de funciones de objetos de self a los compañeros. El paciente novato en su experiencia grupal intenta funcionar en el grupo al igual que lo hace en su contexto social, de una manera más cautelosa, sin poner en riesgo su self nuclear intentando fusionarse con los otros miembros de la actividad en forma de objetos del self. De este modo, las transferencias narcisistas que comienzan a surgir y las decepciones que conllevan son más fácilmente discutibles en las sesiones individuales con su terapeuta. Estas decepciones iniciales no son tan difíciles de contar por el paciente, primero, porque no son tan masivas como en un grupo de psicoterapia, y segundo, suceden en un contexto interpersonal inmediato y seguro. Este entrenamiento individual constituye el aspecto preparatorio imprescindible para su participación en un grupo de psicoterapia, tal como indican las autoras previamente mencionadas.

Importancia del tratamiento combinado

El trauma biográfico-social del paciente narcisista inhibe el desarrollo de la necesidad de grupo, de la necesidad de objeto de self grupal y la puesta en marcha de esta transferencia. De ahí que Segalla (2009) argumente la necesidad previa, pero también simultánea, de tratamiento individual para pacientes con heridas narcisistas significativas.

La necesidad de no abandonar al paciente a la terapia grupal por sí sola la argumenta Segalla (2009) debido a la inevitabilidad de las rupturas empáticas en el grupo (bien sea entre los miembros o bien con el terapeuta) que reactivan experiencias traumáticas en el paciente, para las cuales, la mayoría de las veces, se requiere una contención individual con el terapeuta con el que están bien establecidas las transferencias de objeto de self idealizadoras y especulares.

El hospital de día es un recurso cuya filosofía fundamental apoya la modalidad de tratamiento combinado y cuyas características organizativas facilitan el seguimiento individual del paciente inmerso en la actividad grupal del dispositivo.

La llegada del nuevo miembro

La llegada al grupo de un paciente genera en el afectado una descarga de nuevas relaciones potenciales de objetos de self que pueden no ser tan reparadoras como las del terapeuta. Las reacciones de los miembros del grupo pueden ser más precarias que la relación "madura" con el terapeuta y pueden llegar a ser retraumatizantes. El resto de integrantes, con sus heridas narcisistas más o menos restauradas, también establecen transferencias con el nuevo miembro que esperan una gratificación.

El paciente novel no puede experimentar al grupo como un todo en forma de imagen parental idealizada capaz de contenerle (como sí ha llegado a ver al terapeuta), sino que lo percibe como una extensión o duplicado de sus objetos de self tempranos, quienes decepcionaron o traumatizaron su self vulnerable. Las sesiones individuales se convierten, entonces sí, en un refugio del paciente para poder trabajar las decepciones que se movilizan en las sesiones grupales.

Por otro lado, una reacción habitual del grupo ante la llegada de un nuevo miembro es el repliegue regresivo (incremento de la intensidad de demandas narcisistas ya resueltas, pasividad, dependencia de la acción del terapeuta, desbordamiento de la emoción que bloquea el pensamiento, etc.). Aquí es donde actúa la presencia contenedora del terapeuta, quien sí es visto por el grupo veterano como una figura estable, contenedora, absorbente y calmante; como la imagen parental idealizada con la que se ha establecido una sólida transferencia.

Desarrollo y culminación del grupo

La tarea fundamental del conductor del grupo es clarificar y validar los sentimientos, necesidades y percepciones de todos los miembros del grupo. Clarificar significa traducir las demandas narcisistas implícitas de las comunicaciones entre los miembros del grupo. Con esta intervención, el terapeuta va creando comprensión mutua de las necesidades de objeto de self legítimas de cada miembro. Las explicaciones del terapeuta versan tanto sobre las reacciones emocionales de cada uno de ellos frente a lo que pasa en el grupo, como sobre el entendimiento del origen de dichas reacciones, que está en los déficits de las estructuras de apego primitivas.

En el momento de culminación de la terapia, el paciente podrá llegar a percibir el grupo como un todo, en lugar de enredarse en nudos transferenciales con los miembros individuales. En el proceso de maduración, el paciente pasa de una dinámica consistente en la rotación de un miembro del grupo a otro en la búsqueda de satisfacción de sus necesidades de objeto de self a la percepción del grupo como un único self grupal, contenedor, validante y modelo de

actuación. Hay una diferencia radical entre la satisfacción que obtiene el paciente de una relación miembro-miembro y el vínculo rematizador con el grupo unitario.

La terapia grupal finaliza cuando el grupo como un todo alcanza el estado de imagen parental idealizada para el paciente que se complementa con un proceso de validación y afirmación de su self grandioso.

Ventajas de la intervención grupal

Como explica Harwood (1983) en su artículo, en la situación grupal, el terapeuta puede observar lo que no puede detectar en la sesión individual:

- Cómo el paciente con tendencia a la fragmentación proyecta estos fragmentos sobre varios miembros del grupo.
- Cómo el paciente asigna necesidades específicas de completarse a miembros particulares del grupo.
- Las interacciones que surgen de todo esto, ya que los otros miembros pueden, bien defenderse de estas proyecciones, bien aceptarlas y entrar en esas relaciones transferenciales, bien rechazarlas o, bien, pueden dialogar con el paciente e inducirlo a aceptar su versión de la realidad. Es importante destacar la peligrosidad de esta última opción, puesto que puede ser muy frustrante para el paciente y llevarle a adoptar un falso self complaciente. De esta forma, las auténticas demandas primitivas del self herido quedan insatisfechas y enviadas de nuevo a la clandestinidad.

También Segalla (2009) ilustra, a través de un caso, la observación en el grupo de aspectos de transferencia gemelar de una paciente que no era posible analizar en la terapia individual. Así, explica cómo la paciente evolucionó de una atención versada exclusivamente en su sufrimiento y sus expectativas del otro insatisfechas a una mayor curiosidad por la subjetividad y las necesidades del resto de miembros del grupo. La autora explica que la paciente "era capaz de instigar experiencias de objeto de self gemelar, y aparentaba estar mucho menos aislada que en nuestras sesiones [individuales]. Respondió muy bien a ser reflejada y demostró una capacidad para reflejar a los demás" (Segalla, 2009. p. 348).

De lo comentado hasta ahora se extrae la conclusión de que el grupo posibilita la generalización de los avances terapéuticos obtenidos en las sesiones individuales. El paciente aprende que la relación especial y única con el terapeuta, en la que éste es percibido como un objeto de self que no tiene necesidades propias, no es lo habitual en el mundo más amplio. El contexto social del paciente no puede tolerar este tipo de vinculación. De hecho, como describe Harwood (1983), los pacientes llegan a terapia individual quejándose de que las otras personas no les comprenden igual que lo hace el terapeuta.

El grupo es una preparación eficaz para el paciente. El hospital de día al completo es un campo de entrenamiento idóneo para el individuo, en el que el tratamiento combinado ofrece una secuencia graduada de frustraciones en un ambiente reparador y de baja exigencia.

Según Harwood (1983):

"El ambiente del grupo es el lugar excelente donde relacionarse con objetos de self más receptivos y tolerantes y trabajar a través de sus dificultades. El grupo, así, actúa como un objeto transicional o un puente entre una transferencia de objeto de self posiblemente demasiado idealizada con el terapeuta individual y el inmanejable, sobretraumático mundo exterior del paciente" (p.480).

Con el trabajo en grupo, el paciente se embarca en el siguiente paso del desarrollo: percibir, tolerar, y empatizar con las necesidades de objeto de self reales de los otros miembros del grupo y, finalmente, de la gente en general.

El self grupal y su inconsciente presimbólico

El inconsciente grupal, explica Nebbiosi (2003), determina los fenómenos intersubjetivos que ocurren en el grupo, ya que, éste, considerado como un todo, no tiene por qué haber adquirido las capacidades simbólicas. En consecuencia, es más efectivo centrarse en áreas presimbólicas puestas en marcha en el funcionamiento del grupo, es decir, en los fenómenos de transacción y regulación emocional que ocurren en el grupo. Esto significa que la tarea principal del conductor es señalar al grupo los eventos afectivos que ocurren en la sesión, ya que en grupos compuestos por personas con patología narcisista la percepción del afecto grupal es muy confusa.

No se obtiene ningún resultado de las intervenciones interpretativas dirigidas a un paciente que se encuentra atorado en intentos infructuosos de autorregulación de emociones primitivas. Según Nebbiosi (2003), "encarar la regulación afectiva individual en un grupo es más que un rastreo hipotético de simbolizaciones en un momento en el que el tema central es la creación de patrones y la regulación afectiva" (p. 222).

En conclusión, la tarea del terapeuta es señalar el afecto, más que simbolizar, dado que el grupo en su totalidad funciona en su mayor parte con un inconsciente pre-simbólico. La observación empática y el análisis de los procesos de regulación emocional deben preceder al análisis de contenidos simbólicos. El objetivo no es revelar algo inconsciente al grupo (como sí perseguiría un enfoque psicoanalítico clásico), sino mostrar cómo y cuándo los miembros comparten un afecto y cómo y cuándo ellos experimentan ser un grupo.

Rabia narcisista y trastornos narcisistas

El artículo de Kieffer (2003) ejemplifica cómo el trabajo grupal con pacientes con trastorno narcisista puede paliar su particular modalidad de expresión de la agresividad: la rabia narcisista.

Entre las fundamentales contribuciones de Kohut y sus sucesores al pensamiento psicoanalítico clásico se encuentra, no sólo la reformulación del concepto de narcisismo como algo no peyorativo, sino la reconceptualización de la agresión como reactiva a una herida narcisista y no tanto como satisfacción de una pulsión intrapsíquica.

En el hospital de día nos encontramos con individuos especialmente desconfiados para participar en experiencias de grupo debido a sus historias de desamparo. Inicialmente, se muestran suspicaces y tendentes a interpretaciones perjuiciosas de los comentarios de los demás, con tendencia a victimizar a un objeto de self sustituto que le ha ofendido y con un halo de rabia crónica que contamina todas las expresiones de su discurso y de sus emociones. Precisamente por eso, la participación en un grupo terapéutico puede ser particularmente importante. Como ya se ha comentado, en el grupo se despliegan transferencias de objeto de self idealizadoras y especulares de persona a persona (hacia el terapeuta o hacia uno u otro de los miembros del grupo), pero a la vez, el paciente se sumerge en un espacio de interacción mutua de transferencias de objeto de self gemelar que son parte fundamental del desarrollo psíquico.

Como explica Kieffer (2003), después de la relación diádica estructurante con los progenitores, la pandilla provee de oportunidades para experiencias de objetos de self especulares y de idealización que pueden ser reparadoras. De la misma manera, tras una etapa de relación bipersonal con el terapeuta que permita realizar un buen análisis de las defensas narcisistas del paciente y el despliegue de las mismas, se puede avanzar hacia la experiencia grupal. El último paso en la cura psicoanalítica del paciente narcisista, según la teoría del self, es la apertura de un camino de empatía entre el self y los objetos del self en niveles maduros. Este nuevo canal de sana relación con los objetos reemplaza las frustradas relaciones narcisistas arcaicas y permite vínculos reparadores con personas ya convertidas en sujetos, cada cual con sus propias necesidades. Éste es el único camino posible para liberarse de la rabia narcisista.

La experiencia grupal brinda una oportunidad para fenómenos que no pueden ocurrir en una relación diádica con el terapeuta. La reestructuración del paciente en una matriz de objeto de self de grupo no se produce de la misma manera que en una terapia individual. El paciente hace verdaderos esfuerzos por comprender la experiencia subjetiva de cada miembro del grupo y esto le da múltiples oportunidades de ampliar su empatía y diluir las expresiones de ira contaminadas por transferencias arcaicas.

Finalmente, Kieffer (2003) propone que, al igual que algunos individuos son vulnerables a la rabia narcisista, también lo son algunos grupos que han desarrollado su propio self de grupo. Así, se puede observar un estado grupal crónico y complejo del nivel de rabia narcisista cuando, por ejemplo, se configura un grupo de miembros con tendencia caracterológica a la vergüenza. O bien, cuando los miembros son parte de un grupo minusvalorado; en el caso del hospital de día, pacientes psiquiátricos estigmatizados.

En esas situaciones, se puede desarrollar una fuerte necesidad de proyectar atributos no queridos hacia otro grupo amenazante que está fuera y la evolución del grupo puede atascarse en una expresión crónica de rabia hacia ellos. Un ejemplo de ello es el discurso contagioso de una paciente con trastorno narcisista que se ancla fuertemente al desprecio al grupo de madres del colegio de sus hijos, como única explicación a la falta de conexión que encuentra en el vínculo con ellas. Este comentario, fácilmente se hace eco en el grupo terapéutico y resuena en forma de victimismo inamovible y de culpabilización a la sociedad por la falta de entendimiento y de tolerancia hacia los trastornos mentales.

La psicología del self en grupos de personas con trastorno psicótico

Las personas que son diagnosticadas de un trastorno mental grave a menudo han sufrido en su infancia particularidades en el desarrollo. Es habitual encontrar en la historia de personas con esquizofrenia un cúmulo de respuestas desadaptativas en el entorno social o familiar ante sus dificultades emocionales. Cuando los síntomas aparecen, se produce fácilmente un fenómeno de alienamiento al grupo de pares como única manera de poder seguir integrados socialmente. Esta explicación, que aporta Stone (2003), aclara el déficit relacional que manifiestan estos pacientes, así como los factores de su mantenimiento. Es como si aprendieran a protegerse, mientras que mantienen una vida emocional activa en su interior que se refleja, huidiza, en su discurso.

En consecuencia, la terapia grupal es una buena opción para estos pacientes:

"Si parte de la psicopatología en una persona emerge de las interacciones sociales, entonces explorar las emociones e ideas estimuladas cuando la persona intenta interactuar con otras puede proveer un tratamiento" (Stone, 2003; p. 678).

Cuando Kohut expone su modelo, reaccionario sin duda alguna al determinismo intrapsíquico de Freud, aporta una visión humanista del ser humano. En su crecimiento, los intentos autocurativos del self son más potentes que la autodestrucción; la capacidad de restaurar los déficits insolubles es más grande que la negociación con los conflictos libidinales. De esta manera, los pacientes siempre están en disposición de explorar cautelosamente las posibilidades de cambio y crecimiento. Los pacientes, y más especialmente los pacientes con trastorno psicótico, necesitan y exigen que otros

comprendan las maneras en las que intentan dirigir sus problemas interpersonales, por muy sintomáticas que sean estas formas; maneras que han sido mal entendidas o frustradas anteriormente. Requieren ser reconocidos en sus deseos de superar sus bloqueos. La intervención terapéutica con el paciente psicótico requiere de la comprensión empática del terapeuta. Con ella, los pacientes asumen nuevos riesgos y profundizan en su compromiso con la relación y con el mundo.

En el trabajo con pacientes con psicosis, es de vital importancia desplazar el foco de atención de los patrones viejos, repetitivos; de la tradicional exploración de expectativas (característica de intervenciones exploratorias) a sus esfuerzos por vincularse a los nuevos modos de interacción que surjan en la relación con el terapeuta o con los miembros del grupo.

Una de las viñetas clínicas del artículo de Stone (2003) ilustra la importancia de señalar el avance del paciente psicótico cuando repara en la subjetividad del terapeuta (que estaba enfadado). En este caso, el paciente paranoico hace lo contrario a dejarse arrastrar por patrones arcaicos de relación (proyecciones, que es la base de la relación del psicótico con su mundo) y manifiesta mínimas capacidades empáticas que permiten una vinculación rudimentaria con el otro.

La dificultad en pacientes con trastorno mental grave (con un self poco consolidado) es que pueden ser vulnerables a malos entendidos con el terapeuta y, ante las fallas del éste, tender a repetir conductas de retirada o fragmentación psicótica. Así pues, la confirmación de las habilidades de self mostradas en una situación grupal determinada, aunque sea breve, puede ser una experiencia nueva y terapéutica para ellos.

Hacer foco constante en los aspectos positivos del paciente en el grupo, más que señalar aspectos defensivos o proyectivos, permite al terapeuta destacar la habilidad de los miembros para equilibrar las respuestas de distancia y proximidad. El trabajo en grupo, dice Stone (2003), ayuda al paciente psicótico a pasar de un discurso reactivo y paranoico (la experiencia de los otros se registra en términos de cómo la experiencia afecta al self de uno) a otro responsivo (en el que se da el reconocimiento de la posición emocional del otro).

En otra de las viñetas, Stone (2003) demuestra la importancia de no explorar transferencias ni contratransferencias ante la exhibición de la idea paranoica de un paciente en el grupo, sino de crear un espacio sostenedor para prevenir la fragmentación del miembro y su posterior derivación en una psicosis abierta. En la ilustración se muestra cómo, ante el discurso delirante de un paciente, una intervención especular del terapeuta que refleja las reacciones negadoras y evasivas del resto de integrantes del grupo ante dicho discurso, puede llevar a recobrar la calma y a aumentar la conciencia del paciente delirante de que podía estar molestando a los demás con sus ideas paranoicas. Es una experiencia gemelar

que genera en el paciente un incremento de su autonomía y de su capacidad de autorregulación.

Reconocer los esfuerzos del paciente psicótico para relacionarse mejora sus relaciones con el grupo y con el terapeuta e incrementa el sentido de seguridad y confianza de los miembros. A veces, se observan en los equipos de terapeutas esfuerzos desesperados por la falta de interacción de un paciente psicótico. El paciente, aislado y paralizado tras un ingreso en psiquiatría, que admite la compañía de un grupo o un paseo en silencio debe ser comprendido en sus esfuerzos que, a su manera, pone en marcha para estar conectado en el mundo. El foco no debe ponerse tanto en entrenar sus conductas sociales deficitarias, sino en empatizar con los intentos autocurativos de su self precario.

CONCLUSIONES

La psicología del self ofrece un entorno teórico amplio e integrador para el tratamiento de patologías narcisistas graves. El ambiente terapéutico de un servicio de hospitalización parcial organizado en forma de actividades terapéuticas, grupos de psicoterapia y sesiones de intervención individual es un espacio idóneo para el desarrollo de un modelo de trabajo basado en esta teoría psicoanalítica. Las sesiones psicoterapéuticas individuales son un requerimiento previo imprescindible a la inclusión de pacientes con patologías narcisistas graves en una psicoterapia grupal. El tratamiento combinado es la elección terapéutica por excelencia en esta patología y es de fácil articulación en un hospital de día.

La literatura sobre la modalidad grupal de la psicología del self está en proceso de crecimiento, pero no deja duda sobre la aplicabilidad de los postulados de Heinz Kohut sobre el desarrollo psíquico, su patología y su proceso de restauración en esta circunstancia terapéutica.

Las particularidades de la expresión de la rabia narcisista en un grupo de terapia requieren especial atención para evitar desestabilizar el funcionamiento del grupo y prevenir la perturbación en los terapeutas. La intervención con personas con patología mental grave de tipo psicótico destaca como de vital importancia el desarrollo de la empatía con los esfuerzos vinculares del paciente desde su mundo de angustia y fragmentación.

REFERENCIAS

Ávila Espada, A., Herrero Sánchez, J. R., Felipe Castaño, E. (2004). La Psicología del Yo. El psicoanálisis interpersonal. Las psicologías de la identidad y del sí mismo. En A. Ávila, B. Rojí y L. A. Saúl (Dir.) *Introducción a los tratamientos psicodinámicos* (189-227). Madrid: UNED.

- García, M. J. y Mas, J. (2012). Los hospitales de día en la red de salud mental. En *Acciones de salud mental en la comunidad*. Desviat, M. y Moreno, A. (Eds.) (389-399). Madrid: AEN.
- Harwood, I. (1983) The application of self-psychology concepts to group psychotherapy. *Internat. J. Group Psychother.*, 33: 469-487.
- Kieffer, C. C. (2003). How Group Analysis Cures: An Exploration of Narcissistic Rage in Group Treatment. *Psychoanalytic Inquiry* 23: 734-749.
- Kohut, H. (1966). Forms and Transformations of Narcissism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 14: 243-272.
- Kohut, H. (2001). Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Orig. 1971).
- Kohut, H. (2002). Los dos análisis del Sr. Z. Barcelona: Herder Editorial (Orig. 1979).
- Mas, J. (2009) (Coord.). Cuaderno técnico. Grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre Hospitales de Día. Madrid: AEN.
- Mitchell, S. A. y Black, M. J. (2004). Más allá de Freud. Una historia del pensamiento psicoanalítico moderno. Barcelona: Herder Editorial (Orig. 1995).
- Nebbiosi, G. (2003). Organizing Patterns in a Dyad and in a Group: Theoretical and Clinical Implications. *Psychoanalytic Inquiry* 23: 750- 770.
- Nemirovsky, C. (2007). Winnicott y Kohut. Nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría. La intersubjetividad y los trastornos complejos. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Riera, R. (2002). Introducción a la psicología del self. En H. Kohut. *Los dos análisis del Sr. Z* (91-126). Barcelona: Herder Editorial.
- Segalla, Rosemary A. (2009). Influencias de las teorías de Kohut y contemporáneas en el desarrollo de un modelo de tratamiento combinado. *Clínica e Investigación Relacional*, Vol.3 (2): 340-351
- Stone, W. N. (2003). Strivings and Expectations: An Examination of Process in Groups for Persons with Chronic Mental Illness. *Psychoanalytic Inquiry* 23: 678-696.

Original recibido con fecha: 5/6/2017

Revisado: 30/08/2017

Aceptado: 30/09/2017