

"El Miedo, las Proyecciones Paranoides y la Violencia en los Grupos de Pacientes en Crisis"

Dr. José Manuel Martínez Rodríguez. Psiquiatra.

Analista Transaccional Docente y Supervisor (T.S.T.A, I.T.A.A.-E.A.T.A.). Psicoterapeuta Integrativo Docente y Supervisor Internacional (I.I.P.A.) Psicodramatista. Director del Instituto de Análisis Transaccional y Psicoterapia Integrativa. Valladolid (I.A.T.P.I. [Http://www.instatpi.com](http://www.instatpi.com))

Publicado en el "Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo", 19: 89-102 (2.001).

I. La violencia en las Unidades de atención en Crisis.

Los pacientes ingresados en unidades de atención a crisis están sometidos a una fuerte tensión derivada de la necesidad de afrontar una situación excepcional en sus vidas como es la de estar viviendo en entorno desconocido, rodeados de otras personas en crisis. En esta situación, sin embargo no disponen de un rol específico que pueda orientar y facilitar su adaptación. Por lo tanto no disponen de implícita que el grupo social suministra a sus miembros a través de este proceso.

El sujeto se encuentra sometido a circunstancias difíciles de entender y a expectativas por parte del equipo terapéutico que vienen a complicar su proceso de adaptación. En el medio hospitalario carece de las ayudas situacionales que disfrutaba en su medio familiar y social de origen, las cuales, a pesar de haber fracasado para contener la ansiedad del sujeto, eran sin embargo un recurso útil en alguna medida. La carencia de rol se hace patente en el desconocimiento de derechos y obligaciones lo que dificulta el afrontamiento de las dificultades que se plantearán a lo largo del proceso terapéutico. En ocasiones la situación de ingreso involuntario viene a subrayar las anteriores dificultades y a plantear de forma explícita lo que es implícito en la experiencia de muchos otros pacientes.

En este trabajo se analiza el papel que los grupos de psicoterapia desempeñan como factor protector en estas Unidades y su utilidad para disminuir la ansiedad de los pacientes y así disminuir las proyecciones paranoides que están en la base de muchas actuaciones violentas. El funcionamiento de un grupo de estas características permite elaborar la agresividad en las crisis y proteger el funcionamiento cotidiano de la Unidad de tratamiento. En nuestra Unidad hemos puesto en marcha un grupo en el que los pacientes son incluidos desde el mismo momento de su llegada a la Unidad, con independencia de su diagnóstico clínico.

Ahora bien, los terapeutas manejamos diferentes conceptos de lo que son las actuaciones violentas, y eso se traduce en distintos abordajes técnicos. Una de las formas de entender la violencia es como una pulsión. Este planteamiento es típicamente sostenido por el psicoanálisis clásico. El primer psicoanalista que prestó una atención especial al problema de la agresividad fue Adler (1.912, 1.926). Este autor entendió la agresión como resultado de la frustración infantil, como una reacción al sentimiento de inferioridad y relacionada con la voluntad de poder. Freud (1.915, 1.920) abordó tardíamente la conceptualización de la agresividad, y cuando lo hizo la consideró como primariamente dirigida hacia el propio sujeto bajo la forma de un instinto de muerte.

Otras escuelas consideran la agresión como una reacción secundaria a la frustración, siendo Dollard y Miller (1977), dos autores muy representativos al respecto. Bandura (1973, 1975, 1976) plantea la existencia de formas de conducta agresiva que no son secundarias a una frustración y resalta el papel del aprendizaje vicario de la violencia instrumental y sus consecuencias a través de los modelos disponibles.

Otra forma de concebir la violencia es la que ha desarrollado la Psicología del Self (Kohut, 1971, 1977). Para esta escuela la agresión es un estado mental complejo resultado de la desorganización o fragmentación de la cohesividad del Self. Esta desorganización se produce tras una herida a la grandiosidad narcisista, como resultado de un estado de sobreestimulación o como decepciones con Selfobjects idealizados. Cuando el Self pierde su cohesividad el resultado es un cuadro en que domina la experiencia de la rabia más o menos impulsiva. Pero este estado es un producto secundario, resultado reactivo de una fragmentación del self en peligro.

En nuestra Unidad el tratamiento de grupo sigue una orientación Analítica Transaccional en su versión más conocida como Psicoterapia Integrativa. A continuación expondré la forma de concebir la agresividad que tienen estas escuelas y el abordaje técnico de las conductas agresivas en psicoterapia de grupo que caracteriza a esta orientación terapéutica.

II. La violencia en el Análisis Transaccional y la Psicoterapia Integrativa.

El Análisis Transaccional (Berne, 1961, 1964, 1966, 1970, 1973; Schiff y Schiff, 1970, 1975; Johns, 1990) y la Psicoterapia Integrativa (Erskine, 1980, 1993, 1994, 1997, 1999) han realizado un análisis muy matizado de la violencia y sus manifestaciones fenomenológicas e interpersonales.

Erskine (1986) ha señalado cómo la contribución de Berne a la teoría de los Estados del Ego supuso un dramático cambio en la práctica de la psicoterapia que se adelantó en varios años al más reciente desplazamiento del paradigma psicoanalítico hacia la "Self psychology" (Kohut, 1971, 1977), así como hacia una perspectiva evolutiva que se focaliza en las fijaciones preedípicas e infantiles como causa de disfunción psicológica (Mahler, 1968, 1975; Miller, 1981; Masterson, 1981; Stern, 1985).

Berne, en 1961, introduce la idea de que la estructura de la personalidad está constituida por Estados mentales complejos y diferenciados que denomina Estados del Ego. Eric Berne describió los Estados del Ego en pacientes severamente perturbados y por lo tanto es la psicopatología el terreno en el que surge la idea del Análisis Transaccional y la distinción entre los Estados del Ego. En su trabajo de 1956 titulado "Intuition V: The Ego image", Berne describió el Estado Niño del Ego para conceptualizar aspectos fijados de la conducta de un paciente con una Psicosis Latente:

"Este paciente tenía un Estado del ego en el que sentía como un abogado y actuaba como un abogado, y otro en el que sentía como un niño masoquista de cierta edad y actuaba como tal"(Berne, 1956).

El Análisis Transaccional ilustra la forma en que las necesidades de estimulación, de estructura y de posición existencial en el sujeto son tan importantes que su falta de satisfacción en el desarrollo evolutivo genera fijaciones arqueopsíquicas. El Análisis Transaccional describe y analiza además las condiciones impuestas al niño a lo largo del desarrollo evolutivo para mantener la vinculación interpersonal con sus figuras primarias de afecto y por lo tanto las sucesivas adaptaciones que el niño se ve obligado a efectuar para sobrevivir. Estas condiciones se analizan en forma de mensajes, decisiones y conclusiones, que dan lugar al Argumento de vida del sujeto y constituyen una forma primaria de violencia en la que las necesidades de los padres se anteponen y compiten con las de los hijos en desarrollo (De Diego, 2000).

Cuando el sujeto funciona en un Estado Niño percibe las necesidades internas y las sensaciones y el mundo externo como lo hizo en un estadio evolutivo previo. Aun cuando parezca que el paciente se relaciona con la realidad actual, está experimentando los acontecimientos externos e internos con las capacidades intelectuales, sociales y emocionales de un niño a la edad de un trauma o confusión no resuelta (Erskine, 1986). Las fijaciones del Estado Niño del Ego ocurren cuando las necesidades infantiles de contacto no se alcanzaron y la utilización de defensas del niño contra la incomodidad de las necesidades insatisfechas se hizo habitual (Erskine, 1994).

El Análisis Transaccional concibe la violencia en el aquí y ahora de la situación terapéutica como resultado de un proceso defensivo en función del cual el sujeto trata de mantener una simbiosis que está a punto de derrumbarse. Para Schiff y Day (1970) y Schiff y cols. (1975) la violencia es una forma de pasividad que permite al sujeto no tomar conciencia y no responsabilizarse de sus vivencias penosas en un momento dado. En ocasiones la irritabilidad y la rabia funcionan como defensas complejas para contener otros estados emocionales subyacentes (English, 1971, 1972). Johns (1990) ha mostrado como la agresividad cumple un papel muy importante como defensa contra el miedo. Otras veces las conductas agresivas son regresiones automáticas a estados emocionales previamente experimentados (Kupfer y Haimowitz, 1971, Erskine, 1974) que el sujeto puede llegar a vivir como una inundación emocional, a modo de ruptura de los límites de sus Estados del Ego (James, 1986).

Richard Erskine (1979, 1988a, 1988b, 1991, 1993, 1994, 1997, 1999), lidera la escuela de Psicoterapia Integrativa en la que se pone una gran énfasis en volver a conseguir contacto con los aspectos disociados de la personalidad que se desintegraron durante el proceso evolutivo por carecer de la satisfacción que era imprescindible. En su dilatada obra ha descrito con detalle las necesidades relacionales del niño a lo largo de su proceso de desarrollo, necesidades que se mantienen a lo largo de toda la vida. La aportación de Erskine subraya como el desarrollo psicológico requiere interacción con otros para poder realizarse y completarse.

"El Self, el Self humano, es el producto de una relación, relación que es parte del entorno ambiental del niño desde el nacimiento" (Erskine, 1999).

Para estas escuelas de psicoterapia la violencia se practica y se genera también en el acto transaccional de imponer condiciones al desarrollo psicológico del infante humano y en el proceso de pérdida de contacto con las necesidades evolutivas del niño (De Diego, 2000). A lo largo del proceso terapéutico se repetirá esta situación primordial en la que el paciente cree que la vinculación con el terapeuta se interrumpirá si su agresión o cualquier expresión directa de sus necesidades de autodefinición son experimentadas por el terapeuta como amenazantes, aspecto que ha sido denominado "Conflicto fundamental" por Stolorow, Brandchaft y Atwood, (1987).

III. Implicaciones para el manejo de las conductas violentas.

El concepto que el terapeuta tenga de la agresividad determinará en buena medida su actuación en psicoterapia individual y de grupo. La concepción de la agresividad como un impulso conduce a un abordaje terapéutico en que lo que prima es el señalamiento del conflicto (Livingston y Livingston, 1998). En este caso el terapeuta lo trata como una distorsión inapropiada. Bajo este prisma la agresión tiende a verse como resistencia o interferencia que ha de ser eliminada o removida, investigando los derivativos profundos de la agresión. Entendida como un desplazamiento que ha de ser corregido el terapeuta busca que el paciente diferencie el pasado del presente, lo apropiado de lo inapropiado, y en términos transaccionales, que catectice su Estado Adulto del Ego.

Cuando se concibe la violencia como un Estado del Ego complejo, la expresión conductual se entiende como oportunidad para profundizar el proceso terapéutico y abordar temas subyacentes. La expresión violenta se entiende como una oportunidad de reestructuración del sujeto en su dinámica transferencial o de su acting-out. El rol del terapeuta es crear las condiciones de seguridad necesarias para ulteriormente explorar la vivencia del sujeto. Estas condiciones variarán en función del contexto terapéutico y serán distintas en una Unidad de intervención en crisis que en un tratamiento ambulatorio, pero en cualquier caso son enteramente necesarias para que el proceso exploratorio tenga lugar.

El terapeuta se interesa en saber cómo es la experiencia del paciente, y cómo es el "estar enfadado". En ese momento la violencia es validada y legitimada. Se considera primordial atender la experiencia fenomenológica del Estado del Ego del sujeto y que su vivencia de sí mismo sea cohesiva y no fragmentada. Se atiende a que el sujeto recupere su cohesión, esto es, su vigor, vitalidad y también su capacidad para contener y regular los afectos. Durante este proceso se provee al paciente de experiencias que potencien o restauren la cohesión y la vitalidad en el sentimiento del Self (Livingston y Livingston, 1998) y suministren al sujeto una experiencia que Schiff y Day (1970), Schiff y cols. (1975) y Childs-Gowell (1979) han denominado proceso de Reparentalización.

Esto se puede desplazar fácilmente al contexto más amplio en el que la rabia ha surgido, las funciones que sirve y las raíces infantiles de estas experiencias. Se explora el significado subjetivo tanto en el aquí y ahora de la transferencia grupal y eventualmente en el allí y entonces de sus raíces genéticas.

Es imprescindible que el terapeuta cree activamente una situación de seguridad para el sujeto y para el grupo, que permita la elaboración de las conductas violentas. Esta seguridad está en la base de la aceptación de las necesidades no cubiertas del paciente y su experiencia afectiva. El terapeuta ha de sintonizar empáticamente con el sujeto y con su indignación. Mantenerse próximo a la experiencia subjetiva del paciente y ver los hechos desde el punto de vista del paciente permite entender mejor la situación y da una posición de ventaja al terapeuta. Cuando el grupo siente la suficiente seguridad, los distintos miembros empiezan a desarrollar una posición responsiva más que reactiva, y los pacientes empiezan a ser capaces de suministrarse mutuamente ciertas experiencias reparentalizadoras.

La tarea del terapeuta de ser sensible a la vulnerabilidad individual y la detección de los puntos en que los pacientes están en riesgo de sentir vergüenza, humillación o fragmentación, se acrecienta en grupo. Esta sintonía ha de ser con cada individuo y con el grupo en su totalidad. Sin embargo en grupo se producen rupturas inevitables de la empatía. Livingston y Livingston (1998) han mostrado los factores que dificultan mantener una posición empática en el grupo. En efecto, en ocasiones dos pacientes necesitan expresarse, ser escuchados y validados a la vez. En otras ocasiones el grupo en su totalidad se siente amenazado por la incorporación de un paciente violento y le rechaza. Especialmente en el caso de los pacientes paranoides, como vamos a ver en el caso que sigue, el grupo reacciona agresivamente en un intento de exclusión. Sin embargo esta exclusión que se genera como medida de protección del grupo ante la admisión de personas con trastornos delirantes fomenta la ideación paranoide del sujeto excluido.

IV. La agresividad en el grupo. Un caso.

Ch. de 31 años, es transportista. Está casado y su mujer, embarazada en la actualidad, le ha planteado recientemente una amenaza de divorcio. Ch. abusa del cannabis y de la cocaína desde hace años. Es ingresado por orden judicial presentando una Psicosis tóxica por cocaína con delirios de persecución mal estructurados. Tiene la sensación vaga de que es objeto de un complot. Se siente rodeado de gente que le espía, sin saber muy bien la razón. En el momento del ingreso, que realiza por orden judicial, viene acompañado por

varios policías que le traen sujeto. Lleva dos días en un estado de agitación psicomotriz prácticamente incontrolable.

Inmediatamente se enfrenta con el psiquiatra que se encarga de la admisión. Le insulta, le amenaza personalmente y se niega a tomar ninguna medicación tranquilizante. De mala gana por su parte es ingresado a última hora de la tarde la Unidad de Agudos. Al día siguiente por la mañana de nuevo se niega a tomar la medicación. Sigue delirante y amenaza gestualmente al psiquiatra que le trata y a otros miembros del personal. En esta escalada de violencia el equipo duda si incluirle en el Grupo terapéutico. El terapeuta decide invitarle. El acepta.

Se sienta al lado de la puerta. El grupo lo forman otras 12 personas más. Todas ellas han sufrido alguno de los efectos de la violencia en sus vidas de una manera o de otra, unos de una forma más o menos dramática, otros de forma crónica y encubierta y otros en su infancia.

Al inicio de la sesión L.C. se erige en líder del grupo, intenta paralizar la dinámica y convertir la sesión en un juicio dirigido contra el recién llegado: "Hoy pido hacer una sesión especial, ya que han pasado cosas muy graves...". Explica que la tarde y noche anteriores Ch. ha insultado gravemente a todos los pacientes. Hablando por ellos explica vehementemente que siente que han sido tratados como "escoria", por "ese sujeto". Añade que ha utilizado a una "pobre mujer" para llamar a "alguien", y supone que ha debido ser para solicitar droga. L.C., es un médico de 54 años, con rasgos paranoides, conductas histriónicas y de autoderrota, que desde hace 15 años vagabundea sin asumir responsabilidades. La figura de su padre es demasiado atractiva para él, por un lado le genera envidia y celos, y por otro temor. Sus problemas se iniciaron cuando estaba próximo a conseguir la cima académica y profesional que se había propuesto y que fue el preludio nefasto de una serie encadenada de fracasos en su relación de pareja y su vida profesional que culminaron con su divorcio y su alejamiento del servicio activo de su profesión. Su facilidad paranoide para sentirse insultado o despreciado, o para sentirse acusado por sus pulsiones homosexuales encubiertas, dificulta el establecimiento de una relación terapéutica con él.

Ch. responde de forma defensiva criticando y amenazando a L.C.: "¿Usted quien es para decir lo que yo hago o dejo de hacer? ¿Usted que sabe?". "Yo lo único que digo es que este no es mi sitio y que me quiero ir". La tensión en el grupo crece. L.C. insiste más vehementemente en pedir que no se admita ni en el grupo, ni siquiera en la Unidad a Ch. Insta a "los perjudicados" a confirmar sus apreciaciones. A su posición de defensor de las mujeres del grupo se añade un elemento ulterior inconsciente de rivalidad con el terapeuta cuando exhibe sus conocimientos médicos y su experiencia en una comunidad terapéutica de toxicómanos para apoyar su sentencia: "A esta gente no hay quien la cure... Yo les conozco bien después de muchos años de trabajo con ellos..." "Somos una familia unida en el dolor y nos apoyamos mutuamente. El ha venido a destruirnos. Va a destruir la Unidad si le dejamos"

El terapeuta recuerda las reglas del grupo: expresar pero no actuar la rabia y no interrumpir a quien expone sus experiencias como elementos imprescindibles para que el trabajo del grupo pueda ser posible. "Vamos a ver como este grupo resuelve el problema de dar cabida a los sentimientos y la experiencia de todos los que estamos aquí sin descontar a nada ni a nadie".

Con su silencio el grupo apoya las intervenciones de L.C., que se ha erigido en representante de las fuerzas excluyentes del colectivo. En realidad Ch. el día anterior se comportó de forma grosera y despectiva con algunos pacientes y el resultado ha sido que en el día de la sesión el grupo, a través de L.C., reaccione de una forma tan excluyente. Entre las personas afectadas por la conducta de Ch., y que hoy expresan su rechazo a través de L.C. se encuentra I., una mujer de 49 años que lleva viviendo 25 con un marido paranoide y con celos patológicos que recientemente ha decidido separarse de él, aunque

en el fondo no ha resuelto su problema de dependencia con él y teme iniciar una vida propia.

Otros miembros también apoyan implícitamente la posición de L.C., y expresan a través de él un rechazo que les protege del miedo. Entre ellos se encuentra M.C., negadora de la indiferencia de su marido, que lleva un mes sin venir a verla al hospital, y que ha perdido el afecto por ella, aunque no está dispuesto a separarse y perder los aspectos cómodos de su relación. El marido desoye sus necesidades y se ocupa de sus negocios sin prestar atención al temor de M.C. a sentirse enajenada, a volverse loca, a sentirse extraña, a ser considerada "la loca" en su comunidad. Ella se ve como "un bicho raro" y en varias ocasiones ha realizado intentos de suicidio arrojándose por una ventana, con consecuencias dramáticas para ella.

Otra de las pacientes es M. Es una mujer de 35 años que ha sufrido la violencia y el "secuestro" de su madre. Esta se ha opuesto a su matrimonio con un novio inglés a quien ella conoció en un intento de huida de su familia de origen, donde el peso de la enfermedad mental ha supuesto una pesada carga que ha pasado de generación en generación. Actualmente, diagnosticada de Esquizofrenia paranoide, sufre la violencia de sus alucinaciones auditivas que la amenazan si revela sus vivencias al resto del grupo.

También forma parte del grupo J., una mujer de 69 años atezada por el miedo de perder a su marido, recientemente diagnosticado de melanoma. Esta pérdida se vendría a sumar a otras cinco que ha sufrido en un breve período de tiempo, entre las que cabe contar la de su hijo. Su dificultad para conectar con sus sentimientos se alivia a través de diversos síntomas somatomorfos.

Durante la sesión L.C. sigue increpando a Ch. por haber "manipulado" a otra "pobre paciente", L.M., para hacer llamadas al exterior. Ésta, colaboró inicialmente, pero hoy en el grupo también acusa a Ch. de haberse sentido "manipulada" el día anterior. L. M. Es una mujer de 38 años hija de un padre alcohólico que falleció cuando ella tenía siete años. La pérdida de su padre se siguió de una experiencia de crianza compartida entre el hospicio y un padrastro también alcohólico. L. M. ha sufrido malos tratos por parte de su pareja desde hace 10 años. Ha llevado una vida tumultuosa siendo difícil para ella hacerse cargo de sus hijos de 10 y 2,5 años que ha desembocado en tener una nueva pareja afectada de ludopatía y numerosas deudas. En diversas ocasiones ha estado ingresada habiéndosele denegado el acceso en algún centro por ser "conflictiva".

Con su conducta tanto en la Unidad de Hospitalización como en el grupo Ch. se encuentra repitiendo una situación bien conocida para él que es la de la exclusión: se encuentra conducido por otros en contra de su voluntad, se encuentra excluido del ámbito de la toma de decisiones importantes en su familia de origen y en su familia propia, se encuentra acusado de dañar a los demás con sus actuaciones, criticado y vigilado. Muchos de sus compañeros han experimentado la violencia en sus propias vidas sin afrontarla de una forma efectiva. En cierta forma la llegada de Ch., les pone en riesgo de conectar con los abusos sufridos en sus vidas propias tanto por los efectos de su conducta violenta hacia ellos, como por un efecto identificatorio con su situación de víctima conducida al Centro en contra de su voluntad.

Por otra parte L.C. está desplazando sobre Ch. parte de su rivalidad y hostilidad dirigida inconscientemente contra el terapeuta. En muchas ocasiones L.C. asiste a las sesiones con la cabeza baja, sin intervenir, asintiendo unas veces de forma pasiva, otras sin embargo parece estar al margen de las intervenciones en el grupo, como si él no compartiera los problemas de otros miembros y estuviera libre de ellos. Se siente diferente y superior, aunque esta superioridad se oculta bajo el disfraz de la sumisión, la colaboración y las actitudes cómicas y un poco grotescas de su gesticulación.

A lo largo de la tumultuosa sesión, el terapeuta intenta dar cabida a la indignación de los miembros del grupo por la actuación despectiva y desconfiada de Ch., con la situación de aislamiento que experimenta el paciente. Realiza un intento de contactar con la experiencia de Ch.: "Bueno, estás en una posición difícil, en contra de tu voluntad, con miedo a ser objeto de manipulaciones por parte de los demás, debe ser una situación muy molesta para ti". La tensión de Ch. disminuye visiblemente cuando se contempla un lado de su experiencia que no está siendo tenido en cuenta por el grupo. La disminución de la tensión de Ch., alivia el temor del grupo que a su vez disminuye su oposición. Al final de la sesión Ch. pide disculpas al grupo si su comportamiento ha molestado a alguien. El terapeuta trata de conectar con la experiencia de L.C.: "Quizá algo muy importante se está movilizándose dentro de usted que le indigna tanto...". Sin embargo al día siguiente L.C. no asiste. Se ha sentido insultado al sentirse despectivamente tratado como "un paciente", tanto por Ch. como por la intervención del terapeuta que busca el significado clínico de su reacción.

En una sesión posterior Ch. explica su sentimiento de agobio por las críticas de su mujer, que vive como controladoras y que le recuerdan la relación con su madre, a quien vive como asfixiante. Comenta que él también, como otros pacientes del grupo, que han sacado el tema durante la nueva sesión, siente que no puede reaccionar con espontaneidad a las críticas. Se calla, trata de responder de forma pausada pero llega un momento en que explota, se va de casa y se pone a fumar cannabis y tomar cocaína hasta perder el control de su conducta. Fuma "para tranquilizarse". Está inmerso en un círculo vicioso de pasividad que precede a un acting out y que se repite de forma estereotipada.

V. Conclusiones.

La resolución de situaciones violentas como la descrita requiere una posición neutra del terapeuta que permita dar cabida a ambas posiciones en litigio. Se requiere ser sensitivo con las necesidades que uno de los subgrupos tiene de excluir al otro para mantener su sentimiento de seguridad y empatizar con el miedo del sujeto que está sometido a presiones judiciales o sociales para ingresar. Es necesario "ir más allá de la empatía" (Erskine, 1999) para poder restaurar el sentimiento del Self lesionado y reorganizar la experiencia. Esto requiere una posición activa por parte del terapeuta y una sintonía con el proceso del sujeto agresivo y del grupo terapéutico. A su vez es necesario crear una experiencia de seguridad y protección dentro del grupo que permita la elaboración de las conductas agresivas. Las dificultades contratransferenciales que pueden dificultar la elaboración de los juegos de exclusión mutua son, entre otras, el miedo del terapeuta a la agresión por alguna de las partes en litigio, el temor a ser criticado o a perder el liderazgo.

El grupo se configura como un factor en sí mismo protector para disminuir la dinámica violenta en estas unidades. En nuestra experiencia la existencia de un grupo con la función de orientar al sujeto en el contexto institucional disminuye las proyecciones paranoides siempre y cuando la dinámica y la elaboración del miedo del paciente sea efectiva. En cierta medida el grupo en una Unidad de atención hospitalaria viene a funcionar como un colchón protector que garantiza la inserción de los sujetos en una matriz más amplia de la que sienten formar parte. El sentimiento de pertenencia y la conexión con otros sujetos que atraviesan situaciones similares facilita la reducción casi automática de la tensión conducente a la violencia.

VI. Bibliografía.

Adler, A.(1912): "El Carácter Neurótico". Barcelona: Planeta-De Agostini (1984).

Adler, A. (1926): "Conocimiento del Hombre". Madrid: Espasa-Calpe, S.A., 6ªed. (1975)

- Bandura, A. (1973): "Agression: A Social Learning Analysis". Prentice-Hall, Englewood Cliffs
- Bandura, A. (1976): "Social Learning Theory". Prentice-Hall, Inc. Versión castellana: "Teoría del Aprendizaje Social". Madrid: Espasa-Calpe (1982).
- Bandura, A. y Ribes, E.(1975): "Modificación de conducta. Análisis de la agresión y la delincuencia". México: Ed. Trillas.
- Berne, E. (1957): "Intuition V. The Ego Image". *Psychiatric Quarterly*, 31: 611-627.
- Berne E. (1961): "Transactional Analysis in Psychotherapy". New York: Grove Press. Inc. Versión castellana: "Análisis Transaccional en Psicoterapia". Buenos Aires: Editorial Psique [1985].
- Berne E. (1964): "Games People Play". New York: Grove Press Inc. Versión castellana: "Juegos en que participamos". México: Editorial Diana, 18ª reimpresión [1986]
- Berne, E. (1966): "Principles of group treatment". New York: Grove Press. Versión castellana: "Introducción al Tratamiento de Grupo". Barcelona: Ediciones Grijalbo, 1ª Edición [1983].
- Berne, E: (1970): "Sex in Human Love". City National Bank, Beverly Hills. California. Versión castellana: "Hacer el amor. Qué hace usted con el amor cuando hace el amor". Buenos Aires: Editorial Alfa Argentina. (1975).
- Berne, E.(1973): "What do you say after you say hello?". New York: Grove Press, 1ª Ed. Versión Castellana: "¿Qué dice usted después de decir hola?" Barcelona: Ediciones Grijalbo, 14ª Edición [1974].
- Childs-Gowell, E. (1979): "Reparenting Schizophrenics". Massachusetts: The Christopher Publishing House.
- De Diego, C. (2000): "Curso de Formación Avanzada en Análisis Transaccional". Versión Mimeografiada. Madrid.
- Dollar, J. y Miller, N.E.: "Personality and Psychotherapy". New York: McGraw-Hill. Versión Castellana: "Personalidad y Psicoterapia". Bilbao: Desclée de Brouwer (1977)
- English, F. (1971): "The Substitution Factor: Rackets and Real feelings. Part I". *Transactional Anal. J.*, 1(4): 27-32.
- English, F. (1972): "Rackets and Real feelings. Part II". *Transactional Anal. J.*, 2(1): 23-25.
- Erskine, R.G. (1974): "Disconnecting Rubberbands". *Transactional Anal. J.*, 4(1): 7-8.
- Erskine, R. G., & Zalcman, M. J. (1979): "The racket system: A model for racket analysis". *Transactional Analysis Journal*, 9, 51-59.
- Erskine, R.G. (1986) "A Structural Analysis of Ego: Eric Berne's contribution to the theory of psychotherapy". Keynote Address. Summer Conference. European Association for Transactional Analysis. July 6-13. Noordwijkerhout, The Netherlands.

- Erskine, R. G. (1988a). "Ego structure, intrapsychic function, and defense mechanisms: A commentary on Eric Beme's original theoretical concepts. *Transactional Analysis Journal*, 18, 15-19.
- Erskine, R. G., & Moursund, J. P. (1988b): "Integrative Psychotherapy in action". Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Erskine, R. G. (1991). "Transference and transactions: Critique from an intrapsychic and integrative perspective". *Transactional Analysis Journal*, 21, 63-76.
- Erskine, R. G. (1993): "Inquiry, attunement, and involvement in the psychotherapy of dissociation". *Transactional Analysis Journal*, 23, 184-190.
- Erskine, R.G. (1994): "Shame and Self-Righteousness: Transactional Analysis Perspectives and Clinical Interventions". *Transactional Analysis Journal*, 24(2): 86-102.
- Erskine R.G. y Trautmann, R.L.(1997): "Theories and Methods of an Integrative Transactional Analysis: A volume of selected articles". San Francisco: TA Press.
- Erskine, R.G., Moursund, J.P. y Trautmann, R.L.(1999): "Beyond Empathy: A Therapy of Contact-in-Relationship". Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Fairbairn, W.R.D.(1952): "Estudio psicoanalítico de la Personalidad". Buenos Aires: Ediciones Hormé, 5^a Edición [1978]. "An object-relations theory of the personality". New York: Basic Books (1952).
- Freud, S (1915): "Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte". En "Obras Completas, tomo VI". Madrid: Biblioteca Nueva (1972).
- Freud, S. (1920): "Más allá del principio del placer". En "Obras Completas, tomo VII". Madrid: Biblioteca Nueva (1972).
- James, M.(1986): "Diagnosis and treatment of Ego State Boundary Problems". *Transactional Anal. J.*, 16 (3): 188-196.
- Johns, H.D. (1990): "From Fear to Fury". New York: Vantage Press.
- Kohut, H. (1971): "The Analysis of the Self" New York. International Universities Press.
- Kohut, H. (1977): "The Restoration of the Self". New York. International Universities Press.
- Kupfer, D. y Haimowitz, M.(1971): "Therapeutic Interventions: Part I: Rubberbands, Now". *Transactional Anal. J.*, 1(2)
- Livingston, M.S. y Livingston, L.R. (1998): "Conflict and Agression in Group Psychotherapy: A Self Psychological Vantage Point". *International Journal of Group Psychotherapy*, 48 (3): 381-391.
- Mahler, M. (1968): "On Human Symbiosis And the Vicissitudes of Individuation". New York. International Universities Press.
- Mahler, M. (1975): "The Psychological Birth of the Human Infant" New York. Basic Books

Masterson, J. (1981): "The Narcissistic and Borderline Disorders". New York. Brunner/Mazel Inc.

Miller, J.B. (1988): "Connections, disconnections, and violations". *Work in Progress*, Nº 33. Wellesley, MA: Stone Center.

Schiff, J. y Day, B. (1970): "All my Children". New York: Jove Publications, Inc.

Schiff, A.W., Mellor, K. Schiff, E. y cols. (1975): "Cathexis Reader". New York: Harper and Row Publishers, Inc.

Stern D. (1985): "The Interpersonal World of the Infant". New York. Basic Books.

Stolorow, R. D., Brandchaft, B., & Atwood, G. (1987): "Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach". Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Dirección del Autor: Instituto de Análisis Transaccional y Psicoterapia Integrativa. (I.A.T.P.I.), Valladolid. Calle Morena, nº 23-2º A. Tel.y Fax: 983 344298.
[Http://www.instatpi.com](http://www.instatpi.com) E-mail: inst.atpi@gmail.com