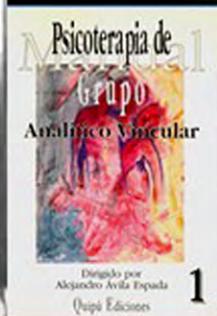


Escritos sobre Psicoterapia y Técnicas de Grupo

Contribuciones al pensamiento vincular desde la
práctica grupal (1978-2010)

**Alejandro
Ávila Espada**

(Autor y compilador)



Escritos sobre Psicoterapia y Técnicas de Grupo

**Contribuciones al pensamiento
vincular desde la práctica grupal
(1978-2010)**

Alejandro Ávila Espada

Autor y compilador

MADRID, 2020

Edición electrónica del autor/compilador

Escritos sobre Psicoterapia y Técnicas de Grupo.

©2020 Alejandro Ávila Espada, de esta edición no venal.

Alejandro Ávila Espada

Escritos sobre Psicoterapia y Técnicas de Grupo. Contribuciones al pensamiento vincular desde la práctica grupal (1978-2010) / Alejandro Ávila Espada - Madrid: Edición electrónica del autor, 2020.

Formato pdf

Edición no venal – Sin ISBN

1. Psicoanálisis; 2. Grupos. I. Autores. II. Título

CDU 159.9 616.8 THEMA: MMJT, MBPK, JMAF, JMS, JMTC

© 2020 Alejandro Ávila Espada, de esta edición no venal en lengua castellana.

No está permitida, salvo excepción prevista en la ley, la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático o transmisión por ninguna forma, ya sea electrónica, mecánica, por fotocopia, escaneo, registro u otros métodos, ni cualquier comunicación pública por sistemas alámbricos o inalámbricos, comprendida la puesta a disposición del público de la obra de tal forma que los miembros del público puedan acceder a esta obra desde el lugar y el momento que cada uno elija, o por otros medios, sin el permiso previo y por escrito del editor y del autor o titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y siguientes del Código Penal).

Editor: Alejandro Ávila Espada

E-mail: avilaespada@psicoterapiarelacional.es

<https://www.psicoterapiarelacional.es/Paginas-personales/Alejandro-Avila-Espada>

Reservados todos los derechos.

Producido en España – Edición no venal.

Índice de contenidos

Presentación

Referencias de publicación de los trabajos incluidos.

- I. Hacia una alternativa relacional en Salud Mental: orígenes de una concepción grupal operativa de la clínica y la psicoterapia en España (2010)
- II. De las concepciones del grupo terapéutico a sus aplicaciones psicosociales (1994) (Con A. García)
- III. El grupo psicoanalítico y sus modalidades técnicas en la Psicología Clínica y Comunitaria (1989, 1993)¹
- IV. El grupo terapéutico intensivo-periódico (grupo mensual) (1988, 1993) (Con A. García, M.L. Rubí y C. Cabello)
- V. El grupo terapéutico intensivo no periódico (Laboratorio social) (1993) (Con N. Caparrós)

¹ Este capítulo contiene epígrafes, más desarrollados en sus aspectos técnicos, que han sido esbozados en el capítulo anterior

- VI. El grupo operativo: Aportaciones sobre teoría y técnica (1993) (Con N. Caparrós y A. García)
- VII. Criterios diagnósticos de accesibilidad a la psicoterapia psicoanalítica de grupo (1978, 1980, 1993)
- VIII. Estructura y cohesión del grupo terapéutico. Un breve ejemplo clínico (1994) (Con M.L. Rubí)
- IX. Reflexiones sobre la contratransferencia en el proceso de los grupos terapéuticos (1997)
- X. La transmisión de la experiencia grupal y la supervisión de las intervenciones de psicoterapia de grupo en la red pública asistencial (1994) (Con A. García y R. Prieto)

Presentación

Cuarenta años de práctica grupal continuada se han venido plasmando en algunos trabajos publicados entre 1978 y 2010, elaborados personalmente o en colaboración, y también en la preparación como compilador de algunas obras en las que nuestros referentes teóricos y técnicos para la praxis grupal se encontraban con las huellas de nuestra propia experiencia práctica. En esta obra se ha incluido una selección integrada por diez trabajos, en los que se despliega una progresión conceptual, técnica y aplicada. Algunos de ellos han sido elaborados en cooperación con compañeros en la práctica grupal durante esos años: Antonio García de la Hoz, Carlos Cabello, María Luz Rubí, Rafael Prieto, destacando la presencia y relevante influencia de uno de mis maestros en la práctica grupal, Nicolás Caparrós.

Los textos seleccionados han de completarse con los de los colegas que configuran y aportan el contenido que se recoge en las obras que he dirigido y compilado anteriormente: *Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico-Vincular* (1993, integrado por dos volúmenes), y *Aportaciones de la Psicoterapia de Grupo a la Atención Pública en Salud Mental* (1994). Además de lo contenido en dichas obras, he participado también en un capítulo sobre Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo, incluido en el *Manual de Técnicas de Psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico* (1994), y que no ha sido incluido en esta compilación por redundar en temáticas ya expuestas.

No solo quienes figuran como co-autores han contribuido a mi experiencia y conocimientos grupales. Otros colegas como Carlos Rodríguez Sutil han compartido el trabajo grupal conmigo como co-terapeutas, y en los últimos años he contado con la experiencia de Rosa Domínguez e Ignacio Blasco. Todos quienes hemos vivido la riqueza de la experiencia grupal sabemos que el grupo y todos sus integrantes nos constituyen y nos forman, nos transmiten su sabiduría en la experiencia grupal misma, a través de los vectores del cono invertido que nos explicó Pichon Rivière, donde la pertenencia, la comunicación, la pertinencia, el aprendizaje, la cooperación y el *telé* nos construyen como los sujetos sociales que somos. Gracias especialmente a todos los integrantes grupales que participaron en las experiencias grupales que he vivido, quienes me han aportado la riqueza de lo grupal.

Madrid, Noviembre de 2020

Referencias de publicación de los trabajos incluidos

(Capítulo I)

- Ávila Espada, A. (2010). Hacia una alternativa relacional en Salud Mental: orígenes de una concepción grupal operativa de la clínica y la psicoterapia en España. *Teoría y práctica grupal analítica*, 1 (10) 79-87

(Capítulo II)

- Ávila Espada, A. y García de la Hoz, A. (Eds.) (1994). De las concepciones del grupo terapéutico a sus aplicaciones psicosociales. Capítulo 12 en la obra de J.M. Delgado y J. Gutiérrez (eds). *Métodos y técnicas cualitativas. Investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Síntesis.

(Capítulos III, IV, V, VI y VII, todos ellos están extraídos de:)

- Ávila Espada, A. (Ed.). (1993). *Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico-Vincular, Volúmenes I y II*. Madrid: Quipú Ediciones, Serie Textos. Volumen I: 393 pp. Volumen II: 352 pp. [ISBN 84886830104 y 8488683022 respectivamente]

(Capítulo VIII)

- Rubí Cid, M. L. y Ávila Espada, A. (1994). Estructura y cohesión del grupo terapéutico: Un breve ejemplo clínico. en la obra de O. ALVAREZ (coord.) *Los ataques al vínculo grupal* (pp. 73-82). Madrid: Quipú ediciones.

(Capítulo IX)

- Ávila Espada, A. (1997). Reflexiones sobre la contratransferencia en el proceso de los grupos terapéuticos. En E. Gamio Medina y R. Gómez Esteban (Coords.) *Grupos terapéuticos y asistencia pública*. Madrid: AEN. Col. Estudios. (pp. 77-83).

(Capítulo X)

- Ávila Espada, A. y García de la Hoz, A. (Eds.) (1994). *Aportaciones de la psicoterapia de grupo a la atención pública en salud mental*. Madrid: Quipú ediciones Serie SEGPA. 385 pp [ISBN 8488683049]

Otras referencias mencionadas en esta obra:

- Ávila Espada, A. y García de la Hoz (1994). Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo (II). Cap. 23 (pp. 539.564) en la obra de: Ávila Espada, A. y Poch i Bullich, J. (Eds.) *Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A., 1994. Col. Manuales Psicología. 795 pp. [ISBN 843230848X]

**I. Hacia una alternativa
relacional en Salud Mental:
orígenes de una concepción
grupal operativa de la clínica y
la psicoterapia en España
(2010)**

Hacia una alternativa relacional en Salud Mental: orígenes de una concepción grupal operativa de la clínica y la psicoterapia en España

Towards a Relational Alternative in Mental Health: Origins of an Operational Design of the Clinical Group and Psychotherapy in Spain

ALEJANDRO ÁVILA ESPADA

RESUMEN: Se describen los principales factores que influyeron en el arraigo y despliegue iniciado en 1974 de una concepción grupal operativa de la clínica y la salud mental en España, en el encuentro del pensamiento antipsiquiátrico europeo, del psicoanálisis entendido como psicología social (Enrique Pichon-Rivière), y de las concepciones psicoanalíticas del grupo, a partir del pensamiento de Bion y del grupoanálisis. Se revisan también las diferentes etapas de su desarrollo a través de las instituciones clínicas, asociativas y de formación más representativas del mismo. Dos líneas de trabajo se han venido diferenciando, la que hace énfasis en la psicodinámica pulsional e inconsciente que está presente en los procesos vinculares (Modelo analítico vincular) y la que centra su atención en la dimensión psicosocial del vínculo como manifestación de la matriz relacional constituyente de la subjetividad (Psicoanálisis Relacional).

SUMMARY: The main factors that influenced the rooting and unfolding of an operational group concept of clinical and mental health that began in 1974 in Spain are described. It is a result of the encounters between the European anti-psychiatric thought, where psychoanalysis is considered social psychology (Enrique Pichon-Rivière), together with the psychoanalytic group concepts, based on Bion's thought and Group-analysis. Other different phases of its development are also revised, through clinical institutions, associations and of the most representative training. Two lines of work have been differentiating themselves: one that emphasizes the psychodynamic drive and the unconscious level that is present in the binding processes (analytical binding model), and another one that focuses on the psychosocial dimension of the bond as a manifestation of the relational matrix that constitutes subjectivity (Relational Psychoanalysis).

PALABRAS CLAVE: Concepción Grupal Operativa, Psicoanálisis Relacional.

KEY WORDS: Operational Group Theory, Relational Psychoanalysis.

Ávila, A. (2010). Hacia una alternativa relacional en Salud Mental: orígenes de una concepción grupal operativa de la clínica y la psicoterapia en España. *Teoría y práctica grupoanalítica*. 1(0):79-87.

El proyecto editorial de la nueva revista “Teoría y práctica grupal” es una expresión de la madurez del pensamiento grupal en nuestro ámbito y agradezco la oportunidad de aportar una reflexión evocativa de la historia vida¹, forzosamente parcial y que el lector habrá de ampliar, si está interesado, a través de las citas a otras publicaciones que incluyo en estas notas.

Mi participación en la historia del pensamiento grupal español se inició en la primavera de 1974, cuando estaba implicado en movimientos sociopolíticos a favor de un profundo cambio social y cultural en España, en las postrimerías de la época franquista. Culminados mis estudios de licenciatura en Psicología, recalé en un contexto donde convergían los planteamientos antipsiquiátricos europeos y el pensamiento grupal de raíz pichoniana que nos llegaba de Argentina. Esta convergencia la viví de primera mano en torno a figuras nucleares de estos desarrollos, principalmente el psiquiatra español Nicolás Caparrós Sánchez que había tenido un contacto directo con ambas propuestas en Londres y Buenos Aires y que en 1974 iniciaba en España un espacio de encuentro y despliegue del pensamiento grupal que empezó a llegar a España en oleadas migratorias desde Argentina por exilio político (huyendo de la dictadura militar) o por otras causas. Así conocí, estudié y participé vivencialmente, de las propuestas e inquietudes que traían Antonio Caparrós García-Moreno (destacado representante de la psicología de base marxista –en línea con el pensamiento de G. Politzer, y del cuestionamiento freudomarxista–; véase Ávila Espada, 1987); Eduardo Pavlovsky, Armando Bauleo y Hernán Kesselman (disidentes de A.P.A., discípulos de Pichón-Rivière, desarrolladores del psicodrama psicoanalítico y de la psicología social operativa respectivamente); también Emilio Rodriqué (psicoanalista miembro de IPA, de formación kleiniana, y destacado grupalista), a quien conocíamos por su obra conjunta con León Grindberg y Marie Langer, y que continuaba el pensamiento grupal de Bion (Grindberg, Langer y Rodriqué, 1957; Bion, 1970). Con ellos, a la par o posteriormente, recibimos muchas otras aportaciones de una variedad de figuras de las que he dado cuenta en numerosas publicaciones (Ávila Espada, 1985a, 1988, 1993) y que no detallo porque el listado sería interminable. Los años que siguieron los vivimos en una notable efervescencia institucional, de la que hay que destacar la creación de una institución clínica y de formación: el *Grupo Quipú de Psicoterapia* (1975-2005), que sostuvo una ideología y praxis grupal genuina durante tres décadas, y la

1 Agradezco especialmente al Dr. Sunyer su afectuosa insistencia para que desarrollara estas notas, en las que he intentado no descender a lo anecdótico, ya sea de las personas o de las instituciones, sino en recuperar los ejes conceptuales que articularon nuestra visión del pensamiento grupal y que se plasman en una práctica de la concepción grupal desde 1974 y en el desarrollo actual de la perspectiva relacional en psicoanálisis.

fundación de la revista *Clinica y Análisis Grupal* (1976-continúa) en la que están recogidos los principales documentos de la historia de la concepción grupal operativa en España y Latinoamérica, al menos en sus dos primeras décadas.

El núcleo de estos desarrollos no está tanto en la práctica de la psicoterapia de grupo de base psicoanalítica como en la propuesta de trasladar a la práctica clínica, en su conjunto, una concepción grupal (Pichon-Rivière, 1978, 1979) donde lo social es concebido como el determinante esencial del hecho clínico a través de elementos nucleares: la naturaleza intersubjetiva de la subjetividad, la construcción social de la personalidad y la psicopatología; la manifestación y funcionalidad social del trastorno mental; la raíz social de la práctica psicoterapéutica y de los procesos de cambio.

Para Pichon-Rivière (1979) el vínculo es un tipo particular de relación de objeto que se configura como un vínculo social: "Hablamos de vínculos internos y de vínculos externos integrados en un proceso de espiral dialéctica" (ibidem:55) que nos permite lograr una comprensión de la dialéctica intra e intersubjetiva: "El concepto de vínculo es operacional, configura una estructura de relación interpersonal que incluye (...) un sujeto, un objeto, la relación del sujeto frente al objeto y la relación del objeto frente al sujeto, cumpliendo ambos una función determinada (ibidem:113). Lo inconsciente es entendido como "constituido por una serie de pautas de conducta acumuladas en relaciones con vínculos y roles que el sujeto desempeña frente a determinados sujetos. Entonces, cuando deposita sobre otro sujeto mediante el mecanismo de desplazamiento o de proyección un determinado objeto interno, establece con él un vínculo ficticio, como lo es por ejemplo el vínculo transferencial" (ibidem:49) y definido desde una posición que es plenamente intersubjetivista: "(Lo inconsciente) es el campo (...) intrapsíquico, al que denominamos 'campo interno de naturaleza interpersonal y grupal'" (ibidem:36). La subjetividad se constituye en ese nivel de procesos, y se manifiesta como emergente-portavoz en un juego de depositaciones (depositario, depositante, depositado) donde la resultante es a la vez la trama social donde se expresan las subjetividades, donde tienen lugar los procesos de aprendizaje y creación y la salud será concebida como implicación y participación, de una manera similar a la concepción winnicottiana; estar vivo, crear y cambiar, cambiando con los otros, en un concepto de salud plenamente dialéctico: "en tanto el sujeto se transforma, modifica al medio, y al modificar el medio se modifica a sí mismo... se configura una espiral permanente por la cual un enfermo que está en tratamiento, y mejora, opera simultáneamente en todo el círculo familiar, modificando es-

estructuras en ese medio (produciendo una desalienación progresiva del intra y del extra grupo) (...) en un grupo sano... cada sujeto conoce y desempeña su rol específico, de acuerdo con las leyes de la complementariedad. Es un grupo abierto a la comunicación, en pleno proceso de aprendizaje social, en relación dialéctica con el medio" (Pichon-Rivière, 1978).

La aportación de la teoría del vínculo y la concepción grupal de la clínica desarrollada por Pichon-Rivière, aunque fue germinando desde 1932, se desplegó entre 1951 y 1977 a través de sus clases, compiladas posteriormente, y en la influencia desplegada por los discípulos que permanecieron más cercanos al núcleo de su pensamiento o que lo transformaron en una variedad de direcciones, bien como desarrollos del psicoanálisis (David Liberman, José Bleger, Fernando Taragano, Willy y Madé Baranger, Heinrich Racker, Salomón Resnik, Emilio Rodríguez, Angel Fiasché, Fernando Ulloa, Fidel Moccio, Luis Frydlesky...); bien como concepción comunitaria de la salud mental (Mauricio Goldemberg y su amplia influencia); o como práctica de la psicología social operativa (Armando Bauleo, Hernán Kesselman, Ana Pampliega, Alfredo Moffat, Eduardo Pavlovsky...).

Este es el legado que en parte recogimos y fuimos transformando, donde el hecho de que en la práctica de la clínica y la psicoterapia predominasen las diferentes técnicas grupales resultaba una consecuencia y no la causa del planteamiento grupal que defendíamos. Este es el eje del pensamiento clínico grupal que promovimos (Ávila Espada, 1988), y al que algunos de nosotros hemos permanecido fieles desde entonces, plasmado en una concepción grupal teórica, técnica y aplicada en todas sus vertientes, donde la explicación de los fenómenos de la subjetividad es esencial y centralmente intersubjetiva y social. Es, por tanto, diferente del Psicoanálisis freudiano, al asumir, primero de facto, y más tarde en la articulación teórica, sostenida por la investigación, la propuesta de una psicología bipersonal (concepto de inconsciente bipersonal constituido por el conocimiento relacional implícito compartido) y la matriz relacional psicogenética como determinante de lo específicamente humano.

El alcance y sentido pleno de esta propuesta se ha ganado con el tiempo, con la experiencia a partir de la praxis, la reflexión teórica y la apertura a las numerosas aportaciones recibidas en las últimas décadas. Examinémoslo, década a década.

La primera década extensa (1975-1988) fue constitutiva y constituyente, y sus principales hitos han sido ya destacados en otras publicaciones (Ávila Espada, 1985a, 1985b, 1995). No sólo fue nuestro grupo (*Quipú*) quien con-

tribuyó como tal al despliegue de estas ideas, sino que también lo hicieron una amplia variedad de profesionales formados o influidos por el pensamiento grupal dejando su propia huella en una época de eclosión de la práctica comunitaria en salud mental. Tras esta primera década se crearon nuevas instituciones más amplias que permitieron albergar el pensamiento y la práctica grupal, principalmente SEGPA, (*Sociedad Española para el Desarrollo del Grupo, la Psicoterapia y el Psicoanálisis*), donde convergieron las líneas operativa y grupoanalítica (N. Caparrós, H. Kesselman, J. Campos, A. Ávila y otros), que inició en 1988 la celebración bienal de jornadas, a la par que se diversificaban y singularizaban las trayectorias personales, algunas ya en un camino de retorno al psicoanálisis freudiano (por ejemplo en la evolución de la obra del propio Nicolás Caparrós, lo que será ostensible una década más tarde). Esta concepción vincular psicoanalítica de base freudiana ha sido desarrollada en especial en el pensamiento de René Kaës: “la estructura de relación básica que sustenta el vínculo está constituida por los fantasmas originarios” (1972, 1994); en el de Piera Aulagnier: “El vínculo estable se construye en base a una compleja interacción de diferentes niveles de representaciones vinculares: lo originario, lo interfantasmático y lo ideico” (1975) y ha sido desarrollada como “psicoanálisis de las configuraciones vinculares” por autores como Janine Puget, Isidoro Berenstein, Alberto Eiguer, R. Moguillansky, y Nicolás Caparrós, entre otros muchos.

La siguiente década de nuestra actividad teórica y clínica (1988-1998) se caracterizó por la sistematización, clarificación y diferenciación pública de estas diferentes posiciones, incluyendo un intento simultáneo de elaboración de un *modelo* (analítico-vincular) que conciliase las dos vertientes (la vincular psicoanalítica de base freudiana y la vincular-operativa, de base pichoniana). Apareció entonces un *Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico-Vincular* (Ávila Espada, 1993), que en dos volúmenes compiló los principales trabajos que daban cuenta de esta amplia perspectiva, más una serie de publicaciones complementarias (Ávila y García de la Hoz, 1994; Álvarez, 1994) a la par que nuevas sistematizaciones (Caparrós et al., 1990). La principal resultante del trabajo de esta década fue una diferenciación más neta entre las dos propuestas (la que primaba la dimensión psicoanalítica inconsciente del vínculo y la que continuó profundizando en la naturaleza social de éste) dando lugar, al final de la década, a una profunda crisis institucional que se puso de manifiesto con la separación de las dos líneas: la psicoanalítico-vincular (basada en la metapsicología freudiana) que será continuada por Nicolás Caparrós en *Imago* (que lideraba también SEGPA, y mantuvo la revista *Clinica y Análisis Grupal*), y el intento que desplegué personalmente con algunos colegas de sostener las raíces grupales operati-

vas en *Quipú*, nucleadas en esta etapa en torno a la vertiente relacional del psicoanálisis [confluencia del psicoanálisis interpersonal de H.S. Sullivan (1953), la Psicología del Self de H. Kohut (1977) y la teoría intersubjetiva derivada de ella (Stolorow y Atwood, 2004), así como el pensamiento de Stephen A. Mitchell (1988), todos ellos muy convergentes o asimilables a la propuesta de Pichon-Rivière] que entiende la subjetividad derivada de la matriz relacional y que no se basa en la metapsicología freudiana –no por rechazarla plenamente, sino por no considerarla necesaria (Aburto et al., 1999; Ávila Espada et al., 2002; Rodríguez Sutil, 2002; Ávila Espada, 2005, 2009)–.

Tras esta separación, la tercera década (1998-2008) será el escenario de una nueva etapa constituyente cuyo eje será la recuperación del núcleo del pensamiento grupal, primero con la creación de la nueva revista *Intersubjetivo* (1999-2007) y en la celebración en Almagro (2002) de unas jornadas sobre *Lo Intersubjetivo*, que contaron con la participación de Robert Stolorow, Gianni Nebbiosi y Ramón Riera, destacadas figuras del pensamiento intersubjetivo en Norteamérica y Europa; más tarde, tras los intentos fallidos de reconstruir los ejes programáticos de *Quipú* (25 aniversario: 2000; 30 aniversario: 2005), se produjo su disolución *de facto*, y entre tanto se fueron creando nuevas instituciones en torno al pensamiento intersubjetivo y la vertiente relacional del Psicoanálisis: el Colectivo de estudio e investigación GRITA (Ávila Espada et al., 2007); *Ágora Relacional* (centro clínico y de formación, en Madrid); el *Instituto de Psicoterapia Relacional* (asociación que promueve esta línea de pensamiento en el ámbito del estado español); una nueva revista, esta vez electrónica (*Clínica e Investigación Relacional*), incluida en abierto en un portal web temático sobre el pensamiento relacional (www.psicoterapiarelacional.es). En el plano internacional, IARPP-España (*Sección Española de la Asociación Internacional para la Psicoterapia y el Psicoanálisis Relacional*) canalizará un fructífero intercambio de influencias, que se han plasmado ya en dos jornadas (Las Navas del Marqués, 2009; Barcelona, 2010) y en el congreso internacional que IARPP, celebra en Madrid en 2011.

Tras treinta y seis años de práctica clínica grupal, en los que son muchas las experiencias habidas e innumerables las horas de trabajo dedicadas, resulta rejuvenecedor converger de nuevo con los grupoanalistas en el florecimiento de una concepción grupal de la clínica y una comprensión relacional de la subjetividad y la salud mental, cuyos ejes conceptuales resumiré a continuación.

El “Psicoanálisis Relacional” se refiere a un conjunto de desarrollos teóricos, técnicos y clínicos que vienen contribuyendo al avance de la psi-

coterapia psicoanalítica hacia una forma de psicoterapia que explica y opera la dinámica intrapsíquica en su ámbito natural de origen y evolución: la intersubjetividad, o la amplia trama de relaciones que constituyen y en la que se despliega la subjetividad (Velasco, en prensa). El objeto del psicoanálisis (relacional) es la transformación de los principios organizadores inconscientes o modelos operativos internos que tiene el paciente y que rigen su actividad y la experiencia de sí mismo y de los otros, por otros más adaptativos y flexibles. Estos modelos se originan y desarrollan en el campo intersubjetivo del paciente con sus figuras de apego y cuidado infantil, y se actualizan y transforman en sus relaciones actuales y en la relación terapeuta-paciente. Hay consenso en reconocer a S. A. Mitchell como el exponente más destacado de la articulación del psicoanálisis relacional, tanto por la importancia de su obra como por su intención de integrar los diferentes puntos de vista psicoanalíticos que pueden incluirse dentro del término relacional (principalmente la *teoría de las relaciones objetales*, el *psicoanálisis interpersonal* y la *psicología del self*).

La *Psicoterapia Psicoanalítica Relacional* es la faceta clínica del Psicoanálisis contemporáneo que modifica la técnica clásica incluyendo al terapeuta como partícipe determinante, usando como método principal la observación profunda de la dinámica intersubjetiva bidireccional que tiene lugar en el encuentro y la conversación clínica; escoge sus focos con el objetivo global de lograr cambios estructurales en los patrones organizadores inconscientes de ambos partícipes, ampliando la calidad y funcionalidad de sus respectivas matrices relacionales. Implica una epistemología bipersonal que asume la intensa influencia de la conducta y de la personalidad de ambos (el llamado *paciente* y el llamado *terapeuta*), determinándose recíprocamente, desplegando ambos sus modelos de "estar con", tanto dentro como fuera de la sesión.

Las diferentes trayectorias que han venido constituyendo este giro relacional del psicoanálisis tienen en común tres vectores: a) Han sido desarrolladas (desde Ferenczi, 1932) por clínicos con un interés genuino en no descuidar la atención clínica a las necesidades de los pacientes, sin sacrificarlas a la investigación, las teorías y sus "ortodoxias"; b) Consideran central (desde Winnicott, Kohut y Mitchell) la función de objeto del self, la relación co-construida y la escena compartida entre paciente y analista, así como lo que éste "pone" de su propia personalidad, abriendo el camino para estudiar tanto la contratransferencia útil en el análisis como la influencia del paciente en el analista; c) Reconocen (con Sullivan y Pichon-Rivière) que el paciente y el analista provienen de, y pertenecen a, un contexto so-

cial que les determina, aceptando el cuestionamiento de los significados sociales e ideológicos de la intervención psicoanalítica: su sentido y su función en una sociedad determinada y la reflexión sobre los valores que fomenta y los que deniega. Con estos ejes, la concepción grupal operativa que nos legó Pichon-Rivière reencuentra su texto y su ideal en la concepción relacional de la salud mental.

Bibliografía

- ABURTO, M., Ávila Espada, A., et al. (1999). La Subjetividad en la Técnica Analítica. Escucha en Acción. *Intersubjetivo*, 1(1):7-48.
- ÁLVAREZ, O. (coord.) (1994). *Los ataques al vínculo grupal*. Madrid: Quipú ediciones.
- AULAGNIER, P. (1975). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu, 1977.
- ÁVILA ESPADA, A. (1985a). Algunas notas sobre la historia y contenidos del Grupo Quipú de Psicoterapia. *Anthropos. Revista de documentación científica de la cultura*, (51):28-30.
- ÁVILA ESPADA, A. (1985b). Breve reseña histórica de Clínica y Análisis Grupal. *Revista de Psicoterapia y Psicología Social Aplicada. Anthropos. Revista de documentación científica de la cultura*, (51):30-31.
- ÁVILA ESPADA, A. (1987). La psicología concreta de G. Politzer en la obra de Antonio Caparrós. *Clínica y Análisis Grupal*, XI (43):18-35.
- ÁVILA ESPADA, A. (1988). La contribución del Grupo a la Psicología Clínica y Comunitaria. En la monografía de VV.AA. *El Grupo, lugar de encuentro y divergencia*, (pp. 194-224) Madrid: Grupo Quipú de Psicoterapia S.C.L.
- ÁVILA ESPADA, A. (Dir.). (1993). *Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico-Vincular*, Volúmenes I y II. Madrid: Quipú Ediciones, Serie Textos.
- ÁVILA ESPADA, A. (1995). Quipú, veinte años ya: Algo de Historia Grupal. *Clínica y Análisis Grupal*, 17(1):121-124.
- ÁVILA ESPADA, A. (2005). Al cambio psíquico se accede por la relación. *Intersubjetivo*, 7 (2):195-220.
- ÁVILA ESPADA, A. (2009). La psicoterapia psicoanalítica relacional: conceptos fundamentales y perspectivas. *Interpsiquis*, (1).
- ÁVILA ESPADA, A. et al. (2002). Reflexiones sobre la potencialidad transformadora de un psicoanálisis relacional. *Intersubjetivo*, 4(2):155-192.
- ÁVILA ESPADA, A. y GARCÍA DE LA HOZ, A. (Comps.) (1994). *Aportaciones de la psicoterapia de grupo a la atención pública en salud mental*. Madrid: Quipú ediciones, Serie S.E.G.P.A.
- ÁVILA ESPADA, A., ABURTO, M., RODRÍGUEZ SUTIL, C., VIVAR, P., ESPINOSA, S. y GARCÍA-VALDECASAS, S. (2007). Construyendo una historia grupal del pensamiento relacional en España: Un relato de nuestra contratransferencia con el psicoanálisis. *Clínica e Investigación Relacional* (Revista electrónica de Psicoterapia), 1(1):128-149.

- BARANGER, M. y BARANGER, W. (1961-1962). La situación analítica como campo dinámico. En W. Baranger y M. Baranger (Edit.). (1969). *Problemas del campo psicoanalítico*, Buenos Aires: Kargieman.
- BERENSTEIN, I. y PUGET, J. (1997). *Lo vincular. Clínica y Técnica Psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- BION, W.R. (1970)[1948]. *Experiencias en grupos*. Buenos Aires: Paidós.
- CAPARRÓS SÁNCHEZ, N. et al. (1990). El Modelo Analítico-Vincular. En Varios autores (1980). *Modelos grupales en psicoterapia: Aspectos teóricos y técnicos*. Madrid: S.E.G.P.A.
- EIGUER, A. (1983). *Un divan pour le famille*. París: Centurion. (Existe versión castellana publicada en Buenos Aires: Paidós).
- FERENCZI, S. (1996). *Diario Clínico de 1932*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GRINBERG, L.; LANGER, M. y RODRIGUÉ, E. (1957). *Psicoterapia del grupo: Su enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- KAËS, R. (1986)[1972]. *El Aparato Psíquico Grupal*. Barcelona: Gedisa.
- KAËS, R. (2005)[1994]. *La palabra y el vínculo. Procesos asociativos en los grupos*. Buenos Aires: Amorrortu.
- KOHUT, H. (1980)[1977]. *La restauración del si-mismo*. Buenos Aires: Paidós.
- MITCHELL, S. A. (1988). *Conceptos relacionales en psicoanálisis: Una integración*. México: Siglo XXI.
- PICHON-RIVIÈRE, E. (1978). *El Proceso Grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- PICHON-RIVIÈRE, E. (1979). *Teoría del Vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- RODRÍGUEZ SUTIL, C. (2002). *Psicopatología psicoanalítica. Un enfoque vincular*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- STOLOROW, R. D. y ATWOOD, G.E. (2004). *Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona: Herder.
- SULLIVAN, H.S. (1964) [1953]. *La teoría interpersonal de la Psiquiatría*, Buenos Aires: Horme.
- WINNICOTT, D.W. (1979)[1951]. *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

Alejandro Ávila Espada, es Catedrático de Psicoterapia, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. Psicólogo Clínico. Presidente del *Instituto de Psicoterapia Relacional* (Madrid, España) y de IARPP-España (*Sección española de la Asociación Internacional para el Psicoanálisis y la Psicoterapia Relacional*). Fundador y miembro de honor de la *Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas* (FEAP).

Para contactar:

avilaespada@psi.ucm.es

Recibido el 28 de julio de 2010

Aceptado el 24 de agosto de 2010

Última revisión el 11 de septiembre de 2010

**II. De las concepciones del grupo
terapéutico a sus aplicaciones
psicosociales (1994)**

(Con A. García)

CAPÍTULO 12

DE LAS CONCEPCIONES DEL GRUPO TERAPÉUTICO A SUS APLICACIONES PSICOSOCIALES

*Alejandro Ávila Espada
Antonio García de la Hoz*

12.1. Antecedentes histórico-filosóficos de la psicoterapia de grupo

Es pertinente encarar de entrada, la cuestión del *concepto de grupo*. ¿Qué es un grupo? ¿Cuándo podemos asegurar que una reunión de individuos forman un grupo?

La respuesta a las preguntas anteriores es bastante problemática y sin embargo parece imprescindible, para llegar a un acuerdo mínimo epistemológico, intentar conseguirla. Pueden alcanzarse dos tipos de definiciones: o bien se alcanza una definición genérica, que por abarcar a todos los grupos existentes, es demasiado vaga y sentenciosa; o bien nos encontramos ante una definición más escueta y referencial, pero que sólo se correspondería con algunas prácticas grupales de entre las múltiples que acontecen.

Ejemplo de definición del primer tipo sería la clásica de Newcomb: un grupo necesita dos condiciones básicas para su formación: que los miembros compartan normas acerca de algo en particular, dentro de un amplio margen de contenidos, y que el grupo incluya a miembros cuyos roles se encuentren entrelazados entre sí. Es decir, hay grupo cuando los integrantes regulan su actividad con ciertas normas y cuando se vinculan entre sí de una forma determinada. Numerosas dificultades tiene una definición de este tipo: ¿cómo serían esas normas?, ¿verbales?, ¿escritas?, ¿conscientemente asumidas? Todos hemos experimentado que en muchas ocasiones son otras “normas” las que regulan de hecho el funcionamiento de grupos e instituciones. Y esas otras ¿cómo regularlas?, o mucho más importante ¿cómo descubrirlas? Con el concepto de rol ocurre lo mismo. Además, la misma definición de Newcomb nos informa de las condiciones para que exista un grupo, no de la estructura grupal, y también la experiencia cotidiana nos enseña que se forman grupos sin que alguna de esas condiciones se de, por ejemplo los “grupos en fusión” sartreanos. Por otro lado, multitud de aspectos involucrados en los grupos no son recogidos por definiciones de este tipo, que a pesar de su claridad, pecan de excesivo racionalismo.

Ejemplo de definiciones del *segundo tipo* podría ser cualquiera que reflejara lo que cada práctica concreta grupal intenta cubrir. Por ejemplo, la definición de lo que es un grupo terapéutico, o un grupo de expresión corporal, o un grupo gestáltico, o un “grupo Balint”, un grupo de teatro, etc. Todos son grupos, pero si se les pregunta a cada uno nos darán una respuesta diferente, desgraciadamente basada en sus peculiaridades técnicas.

Y la técnica específica no sirve para estructurar el concepto de grupo. Recorta el ámbito de aplicación, aspecto importante, pero poco valioso para la teoría grupal. El no entender esto ha sido fuente de muchas confusiones y discusiones estériles. Uno de nosotros (García de la Hoz, 1976), estableció una posible definición de grupo terapéutico: aquel formado por una serie de personas (de 3 a 12) con un objetivo común (“la curación”), y que para cubrirlo ponen en juego unos esquemas y roles aprendidos, que por momentos facilitan y por momentos dificultan la consecución del mismo. Era correcta, pero insuficiente para describir la enorme riqueza de lo que acontece. Además, dicho grupo, casi nunca es de formación espontánea, pues se constituye desde fuera del grupo mismo.

Siempre nos topamos con los mismos problemas de definición. Luego vendrían las interminables polémicas sobre el número de personas necesarias para constituir un grupo (el mínimo y el máximo), el tiempo de permanencia que marcaría un principio de consolidación, la desaparición o muerte del grupo, etc.

La mejor definición de un grupo parece ser la *sartreana* en cuanto que hace referencia a su estatuto como *existente* (un existente privilegiado), frente a lo que supondría la muerte como conceptualización teórica. Ampliaremos algo esta concepción filosófica antes de pasar revista a la historia de la psicoterapia de grupo.

12.1.1. *El grupo como objeto filosófico*

Para Sartre, *el grupo no es*. Ante la imposibilidad de la definición del concepto de un ser, lo más coherente es negarlo. No negar su existencia, sino justamente su conceptualización. El grupo es un ser que se impone a Sartre como a todos nosotros. Que Sartre descubre y que se descubre ante Sartre. Que nosotros percibimos y que se impone a nuestra percepción. Es algo que aparece. Desde este primer paso metodológico, que es la más pura fenomenología empírica, hay que partir. Luego vendría el lugar de acogida de esta aparición, el “topos” particular que cada campo específico delimitaría del fenómeno “grupo”, y por último el discurso más o menos “científico”, el “logos”, que se haría de esa aparición. En este recorrido el concepto de grupo se va restringiendo y se va haciendo más concreto, a costa de perder la ambición de totalidad. Confundir estos planos es efectuar reduccionismo grupal.

Por esa razón, interpretando el pensamiento sartreano, el grupo nunca “llega a ser”. Sartre se queda en la consideración del grupo como existente fenomenológico, porque piensa que es la mejor forma de considerarlo. Dice textualmente: “El ser (grupo, diríamos nosotros) es la negación del conocer (la conceptualización teórica, añadiríamos), y el conocer saca su ser de la negación del ser”. Glosando este aforismo, se diría que el intento de definir y formar un cuerpo teórico sólido alrededor del grupo tiene que pasar por el olvido del grupo como concreto en sí, o mejor dicho, se ha de realizar una abstracción que abarque y sea abarcada por todos los grupos posibles. Y ello, hoy por hoy, no se ha producido, ni pensamos se pueda producir. Y demos gracias, al fin, de que no se produzca. Por eso el grupo “no es”. No existe una estructura lograda de la cual podamos decir: “mira, esto es un grupo”. Si

acaso, sólo lo haríamos por momentos, puesto que el grupo es un acto continuamente en marcha. De esta forma, el no-concepto de grupo de Sartre es a la vez la prueba más incuestionable de la veracidad de su existencia.

Sartre, en su obra última, *Cuestiones de método (Crítica de la razón dialéctica)*, cree haber alcanzado la conciliación de dos visiones filosóficas del mundo, el marxismo y el existencialismo. Con ello habría logrado la visión más totalizadora de nuestra época. Pensamos que es muy arriesgado afirmarlo, sobre todo a la vista de las "realizaciones marxistas" de nuestra época. Algo ha fallado. Pese a todo podemos intentar interpretar el sentido de esa aseveración.

Tanto Marx como los existencialistas (con Kierkegaard a la cabeza) han intentado (como todos los filósofos) construir un método de análisis de la Realidad. Unos (los marxistas) más racional o conscientemente; otros (los existencialistas) más intuitiva o emocionalmente, pero ambos con el objetivo común de tratar de explicar el acontecer histórico y humano, y ambos también, en reacción contra la filosofía hegeliana totalizante que aspiraba a retener sólo los componentes permanentes de la condición humana, sin comprender ni hacer hincapié en la particularidad infinitamente variable y la múltiple *especificidad de la situación*. Tanto Marx como los existencialistas otorgan la máxima importancia al hecho de que el hombre está siempre en situación y ligado a un contexto concreto, y ello sin llegar a los excesos —a veces necesarios— de los más terribles enemigos de los hegelianos: los irracionales y románticos (tipo Nietzsche), cuyas críticas eran mucho más afiladas y radicales.

Marxistas y existencialistas, cada uno por su lado, hacen esfuerzos —los últimos esfuerzos— racionales para intentar una nueva totalización de la realidad humana. Sartre intenta conciliar esos esfuerzos. ¿Tuvo éxito? Lo intentó al menos. El éxito le vino por un lado inesperado: *el grupo apareció como una fuerza inusitada*, y en otro lugar (García de la Hoz, 1979), se afirmó que el nuevo objeto de una filosofía que quiera ser totalizante ha de ser *el grupo*, no la sociedad, no el individuo, sino el grupo como frontera entre ambos. Una visión centrada en lo social se elevaría tanto sobre la especificidad concreta e individual, que correría el peligro de ser inservible en la práctica; por otra parte, una visión centrada en el hombre y su situación o circunstancia o entorno concreto, sería demasiado limitada y estrecha, y difícilmente exportable a otros ámbitos. *El límite* entre ambas visiones, el gozne entre ellas, podría ser ocupado por los estudios grupales, por infinidad de investigaciones sobre este terreno, quizás más resbaladizo e impreciso por su propia situación, como todo lo que se encuentra en el borde de dos bloques ideológicos ya constituidos, pero también más fructífero en orden a producir efectos que reflejen la verdad del acontecer humano.

Es por eso que trabajando, investigando sobre los múltiples grupos sociales, se van colocando sucesivas piedras para la construcción del vasto edificio, interminable pero necesario, para la visión más global posible de la realidad social y humana.

El que el grupo sea el objeto de una nueva filosofía totalizante es una aseveración que no parece exenta de atrevimiento y osadía. Sería repelida por cualquier crítica científica, pero puede ser perfectamente comprensible dentro del ámbito del pensamiento filosófico. Y creemos que es el corolario legítimo que podemos extraer del pensamiento sartreano (del último Sartre). Cuando afirmamos que el grupo debe ser un nuevo objeto filosófico (no científico), quizás ponemos en cuestión la famosa dicotomía Filosofía/Ciencia, pero ésta siempre ha estado preñada de matices ideológicos. Lo que decimos más bien es que el grupo, para que sea un objeto fructífero o científico, ha de estar primero considerado

como objeto digno de estudio por la filosofía. Por eso estamos de acuerdo con Sartre, en que al afirmar esto no decimos nada con respecto al grupo, ni decimos “esto es un grupo”. No. El grupo no es. Son sólo las prácticas concretas (con más o menos aspiraciones científicas o fructíferas) las que van a poder precisar eso. El *concepto de grupo* tendrá una categoría quizás metafísica (en el mejor y más elevado sentido de esta palabra), con una función reveladora, para hacer aparecer a todos los grupos concretos pero sin revelarse a sí mismo como capaz de ser superado por una definición.

Por eso debe ser objeto de estudio de la filosofía, dicho esto con toda la seriedad del vocablo, pues conocemos el uso denigratorio que se formula alegremente acerca de los filósofos en determinados medios, muy cercanos a nosotros por cierto, imbuidos de experimentalismo o pragmatismo.

El grupo, en cuanto a su conceptualización para una posible teoría grupal, se hermana con otros vocablos terribles, refractarios a toda cosificación terminológica: “El inconsciente” en psicoanálisis, “el ser” en filosofía, “el alma” de las religiones. Lo que observamos de ellos son sus efectos, no su esencia, que es inasequible y que está en continua ebullición. pero ello no debe ser óbice, sino por el contrario, estímulo para su estudio.

El grupo como concepto es efímero, pasa, deja su huella y se va. Los distintos enfoques teórico-técnicos tratan de acotarlo, reducirlo, formalizarlo, pero sólo consiguen una pequeña parte de “verdad grupal”: la que precisan. Hay que volver a repetirlo: las técnicas nunca podrán abarcar lo grupal, afirmación que se olvida a menudo. La mayoría de los estudiosos de los grupos, que como resultado de sus investigaciones terminan por aseverar algo así como: “El grupo es...”, pasan por alto que al conceptualizar de esta forma, lo que se efectúa es un recorte del amplio campo de conocimiento grupal, y que de esta forma se cierra y se limita la investigación en lugar de impulsarla. Se convierte al grupo en algo pétreo, cosificado. Cuando se afirma “El grupo es...”, el grupo ha dejado de ser. Hay que formular definiciones concretas y tratar de elevarse a una imposible conceptualización y no a la inversa. Nada que ver con el método hipotético-deductivo.

¿Cómo encarar entonces el estudio de lo grupal, si arribamos a la conclusión de la no existencia del grupo como concepto? Olvidándonos de las aspiraciones a conseguir un “corpus” científico sobre el grupo, al menos según los cánones al uso. Pues la realidad incuestionable es que posee una existencia única y privilegiada para el estudio y la observación. De esta forma tenemos dos caminos posibles de actuación:

1. Filosofar sobre el “grupo”, y considerarle como Hegel consideró la Historia, como Marx hizo con la Economía, o incluso Platón con las Ideas, y así nos acercaremos a la construcción de un *corpus* filosófico grupal.
2. Trabajar e investigar sobre las múltiples prácticas concretas de experiencias grupales que se llevan a cabo con gran promiscuidad en la actualidad, bien a través de los informes de los integrantes de esas experiencias, bien a través de los que detentan ese rol tan cargado de significantes y que a veces distan enormemente de ser sinónimos en cuanto al significado: monitores, coordinadores, directores, observadores, animadores, conductores e inclusive terapeutas... de grupo.

Es desde una tensión teórico-práctica, desde donde se nutre continuamente el conocimiento grupal: Esfuerzo de discriminación del grupo como objeto digno de estudio, y movimiento de repliegue hacia posiciones anteriores de pensamiento (en este caso, posiciones psicólogos o sociólogos). Esta es la fructífera y verdadera dialéctica del conocimiento.

No dejarse llevar por el entusiasmo de la potencia de lo novedoso, pues es cuando existe más riesgo posterior de caer en la atracción de lo anterior.

12.2. Pioneros de la psicoterapia de grupo

Ciñéndonos a continuación a la *propia historia de la psicoterapia de grupos*, diremos que han pasado 16 años desde que uno de nosotros (García de la Hoz, 1976) llevó a cabo una primera aproximación. Podemos ampliar lo dicho entonces. Es notorio que cada historiador recopile y ordene el material, señale unas etapas y cite a unos autores según el criterio que le parezca más oportuno. A este respecto se pueden ver, por ejemplo, las ordenaciones de Foulkes (1963, versión castellana), las de Cartwright y Zander (1968) o la de Sbandi (1973). Clasificar autores, corrientes, modelos plantea siempre un problema debido a que a veces no se puede delimitar con precisión dónde está cada cual.

Como mencionábamos más arriba, los primeros estudios de los grupos iban encaminados a servir de trampolín para la mejor comprensión, bien del individuo, bien de la realidad social. Fuertemente impregnados de visiones psicologistas o sociologistas, no se pudo tomar al grupo como fuente específica de conocimiento dentro de una actividad novedosa: el trabajo grupal. En este capítulo revisaremos las aportaciones desde esas dos grandes corrientes, en lo que denominaremos la prehistoria del grupo o de la psicoterapia de grupo. En los epígrafes siguientes veremos las concepciones y modelos eminentemente grupales, donde el grupo es ya tomado como específico campo de trabajo y estudio.

12.2.1. La prehistoria del grupo: el individuo en el grupo

a) El modelo médico en el grupo

Las situaciones de urgencia o crisis o inclusive azarosas son en muchas ocasiones las que provocan la aparición de nuevas formas de ver la realidad. Así ha ocurrido con la psicoterapia de grupos. Podríamos citar a Comus y a Poigniez (en 1904), como precursores de la misma, pero ha sido Pratt (en 1905) quien aparece profusamente citado como el pionero. Trabajando en una clínica de tuberculosos, se dio cuenta que en la sala de espera los pacientes que estaban aguardando la consulta conversaban espontáneamente entre sí, y que estas charlas influían en el tratamiento por las emociones que allí se expresaban. A la vista de ello, el buen Pratt se preguntaría algo como lo siguiente: ¿Por qué no los reúno a todos a la vez y lo que les digo por separado se lo comunico en grupo? Y así lo hizo. Pensó en reunirlos una vez por semana, durante hora y media, y allí explicarles las características de la enfermedad tuberculosa. Les daba una "clase colectiva" (eran 50 o más en cada sesión) y luego discutían el contenido de la misma a base de preguntas y respuestas. Se incluía asimismo alguna técnica de relajación mental y muscular. La "idea genial" de Pratt fue premiar al "buen paciente" y castigar al "malo". "Bueno" era el que seguía las indicaciones terapéuticas en cuanto al régimen y la medicación y "malo" el que no. Los "buenos" pasaban a sentarse más cerca del médico, los "malos" lejos. Como los niños en la escuela. Pese a lo jocosa que hoy en día pueda parecer esta situación, tuvo el mérito de ser la primera terapia grupal más o menos establecida con unas normas. Evidentemente se establecía un escalafón jerárquico de pacientes, pero que todos conocían y respetaban. Esta técnica favorecía la *dependencia* con respec-

to al líder (el médico), que sancionaba y aprobaba la conducta de los pacientes, con lo que se establecía una relación excesivamente paternalista. También era una técnica basada en la *sugestión*, puesto que el médico trataba de convencer al paciente de la efectividad de sus consejos. Se creaba un ambiente de competencia y rivalidad por ser el mejor paciente, y acceder a los mejores puestos del "escalafón", con lo que se ganaba en autoestima.

Ahora podemos afirmar que se trataba de grupos homogéneos (todos tuberculosos) y que eso podía permitir la situación jerárquica, y que la base era el tradicional modelo médico de intervención, sobre todo, no olvidemos, porque no se trataba, de manera expresa al menos, de "psicoterapia", sino de facilitar la curación de enfermos somáticos.

En la misma línea que Pratt, encontramos a Chapel y Low. El primero trabajó con pacientes ulcerosos. El segundo con psicóticos. En todos ellos encontramos la técnica (denominada así por Bauleo, 1974) *represiva*, donde lo fundamental era seguir las instrucciones del líder (médico o terapeuta), y en función de eso, premiar o castigar. Chapel, si observaba una mejoría en la sintomatología, permitía a los ulcerosos un cambio de régimen alimenticio. Sus instrumentos técnicos eran la *sugestión inducida* (por ejemplo, pensar en cosas positivas y sueños tranquilos para asegurar una buena digestión) y la *autosugestión posterior*. Incluía recomendaciones o consejos a los pacientes, como no comer cuando se está angustiado, no discutir los síntomas con familiares o amigos, controlar las preocupaciones, etc. Low estipuló el principio de autoridad-sabotaje con sus psicóticos. El médico formula el plan de terapia, el diagnóstico, el tratamiento, etc. Si el paciente tiene síntomas incontrolados que no se ajustan a ese plan es un "saboteador", que pone en duda la autoridad del médico. Consecuente con este modo de proceder era el *electroshock*, que Low empleó como recurso terapéutico.

Estamos lejos de estas técnicas primitivas, pero no olvidemos el tipo de pacientes que sirvieron para estas pioneras experiencias grupales: tuberculosos, ulcerosos, psicóticos. Parece bastante obvio que las técnicas anteriores cubrían fundamentalmente funciones de control, bien ante la concreción de la enfermedad somática (tuberculosis, úlcera), bien ante la gravedad del cuadro psíquico (psicosis).

Un avance práctico lo efectuó Lasell en 1921 con sus grupos de *esquizofrénicos*. Su técnica era más didáctica y fraternal y no tan impositiva como las anteriores. Reunía a los pacientes y les hablaba o leía material sobre historias reales o ficticias, que se centraban en temas como la sexualidad, la masturbación, etc., y posteriormente seguía una discusión sobre ellos. Para Lasell, la *participación* de los esquizofrénicos en esas discusiones era un buen indicativo terapéutico, y la misma era facilitada por el carácter impersonal de las comunicaciones preliminares. La diferencia con los anteriores autores es que no se hacía mención especial en clasificar a los pacientes en buenos y malos, colaboradores o saboteadores, etc. La relación que se establecía en el grupo era de índole más igualitaria. La autoridad médica, aunque se reconocía, no se imponía a la opinión de los pacientes. Marsh, hacia el fin del primer cuarto de siglo, continuó esta trayectoria, intentando reducir y atenuar el poder de la figura del terapeuta. También realizaba charlas y discusiones, aunque aquí el tema era lo de menos. Lo fundamental era la creación de un ambiente propio, de un *clima grupal* diríamos. Como extremo de esta tendencia, digamos fraternal, tendríamos asimismo los primeros grupos de autogestión, los Alcohólicos anónimos (1935), aunque se trataría aquí, más que de un grupo terapéutico, de la formación de una microsociedad, con gestión económica propia y participación voluntaria. Estos grupos de alcohólicos, tratados por ex-alcohólicos, se centraban en lo que podemos llamar la *sublimación* de las tendencias que llevan a la bebida.

b) El modelo empírico en el grupo

El estudio del individuo dentro del grupo fue emprendido por una serie de autores que, sin relación directa con la clínica o la psicoterapia, contribuyeron a entender el fenómeno de lo grupal. Es por esa razón que merecen un lugar en esta revisión histórica. Sus investigaciones se centran sobre todo en el método experimental y fueron emprendidas a partir de 1920. Podemos agruparlas bajo el nombre de *corriente psico-empírica del grupo*.

Citaremos a Allport (1924) como el primer representante de esta corriente, sobre todo por la introducción del concepto de *facilitación social*, entendido como todos aquellos elementos que el grupo aporta al individuo, a pesar de su concepción marcadamente individualista. Son clásicos sus experimentos con estudiantes, donde les pedía que escribieran todas las palabras que les vinieran a la mente. Esta tarea la realizó por separado y en grupo (aunque sin interactuar). Los alumnos de Allport citaron alrededor de un 90% de palabras más en grupo que aislados, y a partir de aquí, en su libro *Social Psychology*, acuñó el término de "facilitación social". Ahora bien, esta facilitación, al parecer no era tan efectiva cuando se trataba de resolver problemas, donde la situación de aislamiento se evidenció como más productiva. Esta línea de investigación, fundamentalmente cognoscitiva, ha sido continuada por otros autores como Dashiell (1930), Zajonc (1965), etc.

Sherif, a partir de 1935, trabajó sobre la influencia de la *presión social* en las opiniones personales. La tarea era valorar el supuesto movimiento de un puntito de luz en la oscuridad. El fenómeno autocinético decía que dicho puntito de luz en una exposición temporal breve se percibe como si se moviera. Los sujetos experimentales, uno por uno, valoraban el supuesto movimiento (hay que notar que no se conocían entre sí). Sherif hizo decir en voz alta las valoraciones más dispares y *en grupos de dos o tres personas*. Lo que descubrió fue un efecto de convergencia de normas en dicha valoración cuando se pasaba de una situación individual a otra de grupo. Más tarde, tanto Sodhi (en 1953 y 1963) como Von Cranach (en 1966), confirmaron los resultados de Sherif en orden a certificar la influencia de la opinión ajena (presión social) en la personal, y con situaciones experimentales más controladas.

Famosos han sido igualmente los experimentos de Asch (en 1950) sobre la percepción y el pensamiento en el grupo, donde pretendía eliminar el factor subjetivo del experimento de Sherif (pues el movimiento del puntito de luz es sólo perceptible de forma subjetiva). La tarea que propuso fue la de percibir la diferencia de longitud de varias líneas. Cada sujeto experimental daba su opinión, aunque siempre en presencia de 7 ó 9 personas determinadas por el equipo experimentador que también daba su opinión, a veces incorrecta, pero unánime. Es decir, había una mayoría grupal que intentaba influir en la opinión personal a la hora de resolver la tarea. Se comprobó una tendencia a adoptar el punto de vista de la mayoría, aún cuando éste fuese erróneo. El experimento se enriqueció sucesivamente (en 1958 y 1963), añadiendo un "compañero sincero", "compañero de compromiso" y "mayoría no unánime". El individuo tenía que hacer frente a la opinión grupal y se forzaba a que ejecutase un comportamiento independiente frente al grupo; se comprobó que este comportamiento, según lo llamativo de la diferencia entre su opinión y la del grupo, tendía a menguarse. La independencia y la sumisión eran presupuestos psicológicos que variaban en cada persona y en relación a la amplitud de la discordancia se resolvía la tarea. La conclusión de todos estos experimentos fue muy importante: además de la presión social, hay factores de la "personalidad individual" difícilmente comprobables.

Freedman y Fraser (1966) trabajaron sobre el *asentimiento sin o con escasa presión*. Partieron de la hipótesis siguiente: si se logra llevar a un sujeto a acceder a un deseo de

poca importancia, se le puede luego conducir a que conceda favores de mayor cuantía. Los mismos autores se dieron cuenta de la complejidad del tema en sus situaciones experimentales y dejaron muchas interrogantes explicativas.

Dentro de esta corriente empírico-experimental hay que mencionar a Newcomb, que citamos al principio, fundamentalmente por su “preciso” concepto de grupo. Y para no alargar excesivamente esta concepción, mencionaremos finalmente los experimentos de Milgram (1960-1966), basados en el conflicto en que cae un *individuo* cuando recibe la orden de *perjudicar a un tercero*. La tarea era comprobar si un sujeto era capaz de aplicar choques eléctricos a otro en castigo por sus errores. En caso afirmativo, se trataba de ver con qué intensidad. Se llevó a cabo en la Universidad de Yale con sujetos de 20 a 25 años de diferentes profesiones y se les dio \$4,50 por participar en el experimento. En las respuestas se valoraron dos tendencias opuestas: a) no hacer daño a otro; y b) obedecer a la autoridad. Se estudió *el efecto que la proximidad de la víctima* ejercía sobre la obediencia del sujeto experimental, en cuatro condiciones: a) la víctima no era vista ni oída; b) era oída; c) vista y oída en la misma sala; d) la víctima debía colocar su mano para la descarga. Se concluyó que a más acercamiento a la víctima, menos se obedecía a la autoridad. También se estudió *el efecto de la proximidad de la autoridad* en tres condiciones experimentales: a) el director del experimento (la autoridad) estaba en la misma sala que el sujeto experimental; b) la autoridad abandonaba la sala y luego daba las instrucciones por teléfono; c) la autoridad no era vista en ningún momento y daba las instrucciones bien por cinta bien por teléfono. El resultado fue que a más proximidad de la autoridad más obediencia. Hubo psiquiatras que pronosticaron sobre estos experimentos. Dieron lugar a tres conclusiones generales: a) el campo de fuerza disminuye al aumentar la distancia psicológica de su origen, o dicho con palabras más sencillas, hay menos presión social en la medida en que la fuente de dicha presión se encuentre más alejada del sujeto; b) el campo de fuerza ejerce un control sobre el sujeto experimental, o sea, la presión social existe; c) resultó falsa la hipótesis de que los sujetos experimentales interrumpen el experimento según su conciencia moral o su estado de ánimo.

Todo el conjunto de investigaciones anteriores pudo despertar el interés por el “tema” grupo, aunque resulta bastante evidente que permanecen en un nivel exclusivamente descriptivo, que fue el único que les interesó. Por ejemplo, todo el contexto social que envuelve al sujeto y la ideología subyacente no se ponía en cuestión. Sólo importaba comprobar el efecto de “lo social” sobre “lo individual” y fundamentalmente el estudio de las reacciones individuales.

c) El psicoanálisis en el grupo

Dentro de lo que hemos denominado la “prehistoria de lo grupal”, se puede encuadrar a aquellos autores pertenecientes a la corriente psicoanalítica, que basados en las concepciones de Sigmund Freud, iniciaron un modelo de psicoterapia grupal que se ha ido perfeccionando a lo largo de los años hasta nuestros días. Como en el apartado anterior referente al modelo médico, se toma de nuevo el eje de la clínica y la psicoterapia, aunque ya no sólo se *describe*, sino que se intenta *explicar* (interpretar) la conducta del individuo en el grupo, tomando a éste como *un medio de cambio para el sujeto individual* y todavía no como un objeto específico de estudio en sí mismo. Freud, partiendo de los estudios de Le Bon, Tardé y Mac Dougall, se interesó por la función de las masas sociales, partiendo de la hipótesis siguiente: el individuo se comporta de forma distinta en presencia de otros, y si esos otros

son una masa, su conducta es del todo imprevisible. Nociones, que desde otro punto de vista, podemos ver expuestas en *La rebelión de las masas* (1930) de nuestro Ortega, con opiniones como las de que la masa es el signo de nuestro tiempo y que impone su mentalidad, donde el individuo queda abortado, etc. También Fromm, en su *Miedo a la libertad* (1941), expresaba opiniones parecidas. Para Freud, la familia es el modelo de grupo a estudiar y en cuanto a las masas, intentó ofrecer una explicación (1920) alrededor del concepto de "identificación con el líder" y la supuesta relación libidinal con él. Pero nunca trabajó de manera manifiesta en psicoterapia grupal.

Fueron situaciones de urgencia las que provocaron la introducción del psicoanálisis en la psicoterapia grupal. Ni más ni menos que el tratamiento de soldados y de neurosis traumáticas (de guerra) en ambas conflagraciones mundiales.

Quizás haya sido Ernst Simmel el primero en utilizar el esquema referencial psicoanalítico en grupos terapéuticos. Tenemos noticias del libro que publicó a principios de 1918 (*Kriegs-Neurosen und psychisches Trauma: ihre gegenseitigen Beziehungen dargestellt auf Grund psychoanalytischer, hypnotischer Studien*), que fue bien acogido principalmente por los médicos militares preocupados por recuperar a sus soldados y porque los tratamientos grupales garantizaban una mayor asistencia. El tema de las "neurosis de guerra" era, como es obvio, motivo principal de interés. El V Congreso Psicoanalítico Internacional, llevado a cabo en Budapest en septiembre de ese año (1918) contó con su asistencia. Simmel partió de la teoría freudiana de las "neurosis traumáticas" y como, en principio, los soldados padecían un trastorno común, se esperaba que cualquier abreacción individual (la meta terapéutica de estos grupos), es decir, la descarga emocional concomitante a la situación traumática bélica, repercutiese beneficiosamente en el resto de los miembros del grupo, supuestamente impresionados por escenas muy similares.

Más adelante, en el periodo de entreguerras, comenzaron a surgir otras publicaciones psicoanalíticas. Así debemos citar a Louis Wender en 1936 y poco después Paul Schilder, que ya se planteó manifiesta e intencionalmente la realización de grupos terapéuticos "psicoanalíticos" con pacientes suyos individuales. Intentó precisar los procesos que se daban en el individuo en situaciones de grupo y llegó a una concepción y análisis de las *ideologías*, a las que definió como ideas y connotaciones con que el ser humano intenta orientar su acción. Su técnica era centrada en el individuo, sobre su pasado histórico y sobre sus características personales, y su objetivo era conseguir el *insight* del paciente sobre ello. Schilder indicaba la terapia individual y la grupal como complementarias y prescribía las dos a la vez. Se encontraba pues en una concepción bastante actual, aunque no supo encararla correctamente. Como autor pionero de la psicoterapia psicoanalítica en grupo, fue lógicamente pionero también en intentar resolver las dificultades que se le presentaron y tuvo que variar algunas cosas del encuentro individual tradicional del psicoanálisis. Por ejemplo, se dio cuenta de la dificultad de la mera utilización de la asociación libre en el grupo. Aunque en principio partidario de ella, debió de presenciar situaciones un tanto caóticas en el intento de aplicarla en el grupo a rajatabla. Pensó entonces en utilizar un cuestionario con los pacientes que marcaba el tema de la sesión, con lo que comprobó cómo la asociación libre ya no lo era tanto. Al considerar las dos situaciones (individual y grupal) como complementarias se le presentaron dificultades contratransferenciales, sobre todo por la dificultad de llevar adelante los dos roles, al tener que compartir los secretos de los pacientes individuales. No pudo con ello. Quizás era demasiado pronto.

La interpretación del individuo en el grupo fue retomada más adelante por autores norteamericanos, que extremaron esta concepción. Así tenemos a S. R. Slavson, que denomina

su método como *Psicoterapia psicoanalítica de grupo*, aunque en realidad no toma al grupo como a un todo, pues era opuesto a cualquier consideración “organísmica” grupal. Su objetivo era tratar psicoanalíticamente al individuo *en* el grupo y esta terapia es en todo equivalente a la situación psicoanalítica individual. Publicó en 1950 un importante tratado (*Analytic Group Psychotherapy*), que puede ser considerado como el primer manual de psicoterapia psicoanalítica de grupo, por lo menos en lo que se refiere a un intento de sistematizar la técnica. Su contribución más original, sin embargo, se sitúa en el campo de los grupos de niños, con técnicas basadas en la actividad extraverbal y el juego. Hace especial hincapié en el análisis de la transferencia, considerándola como de distinto signo que en la situación individual. En el grupo es multilateral y además tiende a diluirse. Su énfasis estuvo puesto en los efectos que el grupo tenía en el individuo, no en lo opuesto. Tanto él como Klapman, llegaron a acuerdos similares en lo que se refiere a la pregunta “¿A quién interpretar?”. Lógicamente respondieron: al individuo, que es el centro de la acción terapéutica. Pero con ello alcanzaron concepciones interesantes sobre la homogeneización del grupo para que la interpretación alcanzara a todos, sobre los criterios de selección de los integrantes, su unificación, sobre cómo se prepara un grupo de terapia, etc.

Dentro de esta llamada “escuela americana”, también hay que citar a A. Wolf, que pensaba que el psicoanálisis en grupo no era ni más ni menos que un psicoanálisis individual aplicado en un marco grupal. Sin más. Es por eso que a esta tendencia la denominó *psicoanálisis individual con espectadores*. Trabajó en Nueva York. Para Wolf, el grupo es un marco ideal para la explicación del pasado infantil reprimido del individuo. El grupo hace de caja de resonancia idónea para la supuesta regresión del paciente. Su principio más enérgico era considerar que el inconsciente de un sujeto era tan accesible en la situación grupal como en la individual y que además podía ser revelado con técnicas idénticas (interpretación, análisis de sueños, construcciones, etc.) Su pretensión fue aún mayor. Afirmó que la situación grupal permitía una exploración psicoanalítica más profunda de lo que a menudo se puede alcanzar en la situación individual y llegó a postular un “Yo-grupal” con el cual el paciente del grupo se identificaría gradualmente. Reconociendo sus esfuerzos por el grupo y su defensa de este tipo de tratamiento, dos críticas fundamentales le podíamos formular. La primera, referente al llamado “Yo-grupal”, concepto muy ambiguo. La segunda, importante asimismo, es la confusión de Wolf en cuanto a la asimilación de profundidad a lo más antiguo genéticamente, lo cual es radicalmente falso.

En general, la falta de una concepción propia, eminentemente grupal es lo que a los anteriores autores les falta, y es lo que determina su orientación, forzándolos a una trasposición mecánica del aparato conceptual psicoanalítico (basado y extraído de la situación individual) a la nueva situación de grupo. Poco a poco se fueron acumulando experiencias y un nuevo lenguaje empezó a surgir, tomando ya al grupo como-un-todo. Sobre todo a partir de Bion y Foulkes se empezó a escribir la auténtica historia de la psicoterapia psicoanalítica *de* grupo. Lo veremos en apartados posteriores.

12.2.2. *La prehistoria del grupo: el grupo en sociedad*

Antes de pasar al estudio de las vertientes que centran su interés en el grupo como tal, conviene recordar aquellos hechos y autores que desde una perspectiva sociológica, se preocuparon de funciones grupales. La orientación aquí es contrapuesta a la anterior. Si antes

el grupo servía para estudiar y/o “curar” al individuo, ahora servirá para conocer mejor a una estructura mayor: *la sociedad*.

En esta perspectiva no se intenta delimitar o acercarse a lo grupal propiamente dicho, sino que se estudia a la sociedad representada en uno o varios grupos de los que esté compuesta. Los autores de esta perspectiva derivan todos en sociólogos o psicólogos sociales. Pese a no preocuparse por el concepto de grupo en sí mismo, han contribuido a despertar interés sobre él.

Hay que mencionar en primer lugar a C. H. Cooley, quien en su publicación *Social organisation* (1909) acuñó la célebre oposición *Grupo primario-Grupo secundario*. La diferencia entre ambos, de uso común entre los sociólogos actuales, intenta caracterizar las relaciones mutuas de los miembros de un mismo grupo. En el primario son más intensas y emocionales (*face-to-face*; cara a cara), tipo familia, que es el prototipo de grupo de esta clase. Los grupos primarios siempre son “pequeños”. Los secundarios son de trato más frío y racional, y sus miembros no participan en ellos con su personalidad total, sino sólo en virtud de ciertas capacidades especiales y delimitadas.

Tenemos también a Elton Mayo, que en 1927 trabajó en la *Western Electric Company* sobre la influencia de la fatiga en la productividad de la empresa. Planificó su trabajo en base a la formación de pequeños subgrupos de trabajadores, y de ellos pudo deducir que, independientemente y más allá de las expectativas previstas en el experimento, surgieron grupos pequeños espontáneos e “informales” con sus códigos propios y con gran tendencia a la cooperación; es decir, se convirtieron en grupos “primarios”.

Thraster en 1920 y W. F. White en 1930 realizaron estudios sobre *la pandilla*. El primero en Boston la delimitó con todas las características de un grupo primario. El segundo, en Chicago, trabajó dentro de un marco más amplio e influenciado por los conceptos de E. Mayo. Comparó la pandilla (como grupo primario) con una estructura mayor, la comunidad italiana (como grupo secundario). Introdujo conceptos como “estructura social”, “cohesión de grupo”, “liderazgos”, “status”, “movilidad social”, todos usados desde una perspectiva sociológica, pero que luego han cobrado todo su valor en los trabajos de grupo más específicos. Sus investigaciones tuvieron una triple importancia. Por un lado describió y dramatizó la importancia de los grupos en la vida del individuo. Por otro, impulsó la interpretación de las propiedades y procesos de los grupos. Finalmente, como decíamos, generó hipótesis con variables tales como “iniciación de la interacción”, “liderazgo”, “status”, “obligaciones mutuas”, “cohesión de grupo”, etc. En resumen, White puede ser considerado, junto a Lewin, un iniciador de la corriente de la “Dinámica de grupo” empírico-experimental.

Podemos también citar aquí a Sherif y a sus estudios de 1936 sobre *la norma social*. Se planteó la forma en que se originaban las normas en los grupos. Para ello reunió datos sociológicos y antropológicos y luego relacionó las normas con los fenómenos de la percepción de la Gestalt, diciendo que una norma sólo funciona psicológicamente si tiene un *marco grupal* de referencia. Como expusimos anteriormente, para él, las normas tienden a converger al pasar de una situación individual a otra de grupo.

Dentro de esta perspectiva sociológica, A. Bauleo (1970), señala también otros campos en los que comenzó a surgir el interés por el tema “grupo”: el terreno político, el militar y el de los medios de comunicación de masas. Dentro del *marco político* son claras las postulaciones ubicadas a nivel de estructuras globales, pero sin embargo el pensamiento filosófico-político ha producido autores que han partido de estructuras más específicas. Por ejemplo, los *socialistas utópicos* (Moro, Owen, Fourier, Lasalle, Proudhon, etc.) que atribuyeron una importancia decisiva a las experiencias grupales que intentaron gestionar

una labor experimentalista socialista, dentro de las estructuras capitalistas envolventes. Cercanas a esto pueden encuadrarse también las experiencias de “comunidades”, donde se trataría de crear una microsociedad en oposición a la estructura económico-social y relacional dominante. También el *anarcosindicalismo*, con su concepción de pequeñas unidades de base, a partir de las cuales se podría impulsar la construcción de la sociedad socialista, llevó a cabo experiencias grupales de organización de comunidades. Todas estas concepciones fueron criticadas por los marxistas como “socialismos subjetivos”, pues para Marx es sólo la estructura social total la que debe delimitar el objeto y el método de las investigaciones sociales. A su vez, otros autores más contemporáneos han reprochado esta visión marxista excesivamente intransigente (Moscovici, Faucheux).

Dentro del *terreno militar*, han sido las observaciones llevadas a cabo durante la segunda guerra mundial las que reflejaron que, en numerosas ocasiones, el estímulo para la batalla no era el supuesto ideal patriótico. Lo que sostenía e influía en el soldados en momentos de moral baja era la presencia de pequeños grupos formados espontáneamente, cuya acción se fundamentaba en la lealtad mutua. Lo mismo que se le reveló a Mayo. Esto es, los soldados luchaban y a veces morían por defender unos principios creados por ellos mismos, que les servían a la vez de apoyo y estímulo para la acción.

Finalmente, podemos mencionar a los *medios de comunicación de masas*, principalmente los clásicos estudios de los sociólogos Katz y Lazarsfeld, que concluyeron que en la emisión de un mensaje, en la aceptación o rechazo del mismo, no es decisivo el individuo aislado, sino el contexto de grupo en el cual está inscrito, y que las opiniones y decisiones se toman en función de dicho grupo de referencia.

12.3. El grupo terapéutico según Bion

En los epígrafes siguientes vamos a revisar las principales vertientes terapéuticas que han tomado al grupo como campo específico de estudio y han considerado al mismo como fuente de conocimientos propios para el intento de creación de una teoría de lo grupal. En prácticamente todas las investigaciones que vamos a sintetizar se parte de un presupuesto implícito: *el grupo pequeño*, aunque esta expresión no es, ni mucho menos unívoca. Lo que sí queda bastante claro es, que sean cuales sean los límites numéricos por arriba y por abajo, este grupo, y no la masa es el centro de investigación para todos los autores que a continuación van a seguir.

El problema siempre se había planteado en la misma forma. O bien había una realidad ineludible que es el *individuo*, que siente, que piensa y actúa, por lo que la sociedad, o el grupo o todo lo colectivo no son más que generalizaciones teóricas, abstractas, cuya única misión es dar consistencia a la realidad individual (escuelas nominalistas). O bien el individuo como tal, independientemente de los otros no es más que una mera entidad lógica, y entonces sólo la sociedad o las agrupaciones o los grupos (en todo aquello donde haya implicada una relación) son reales (escuelas realistas del siglo XIX).

El grupo como tal –grupo pequeño, sea cual sea el número que lo delimite– no se había desmembrado o separado de esa estructura mayor que es la sociedad que lo envuelve como objeto de estudio. Este fue el intento de autores que desde perspectivas diferentes, inauguraron esta importante corriente. Intentaron definir el concepto de grupo como representación final de sus investigaciones. En eso fracasaron estrepitosamente. Y es que hacer del

grupo un concepto científico, como ya manifestamos, es una ardua, si no imposible tarea. Tras las anteriores observaciones epistemológicas vamos a intentar aplicarlas a los autores que emprendieron la construcción del concepto de grupo y veremos cuáles han sido sus méritos y sus deméritos.

W. R. Bion, psiquiatra inglés de formación psicoanalítica (influido por el pensamiento kleiniano), trabajó en hospitales militares en el adiestramiento de soldados neuróticos durante la segunda gran guerra. Realizó experiencias grupales en las que defendía el concepto de "ocupación" como planteamiento terapéutico. En 1948 trabajó en la *Tavistock Clinic* de Londres con grupos cuya tarea era el estudio de las tensiones que surgían. Él se introducía como un integrante más, es decir, con un enfoque *estrictamente transferencial*, no dirigía al grupo, sino que se limitaba a ir interpretando los fenómenos que de él emergían.

Sus trabajos han sido pioneros de la concepción organísmica del grupo y sobre todo en la consideración del liderazgo como función de la praxis grupal. El grupo determina al líder y éste surge de la atmósfera emocional de aquel. Supera la fase psicoanalítica anterior basada en la personalidad magnética del líder (Le Bon). Desde el punto de vista sociopolítico, Bion no hace sino alinearse en la ideología dominante (democrática) acaecida tras el fracaso de las dictaduras en la segunda guerra mundial. Sus elaboraciones grupales han sido recogidas en un único libro *Experiencias en grupo* (1948) y su teoría ha sido profusamente recogida y estudiada por múltiples autores (Foulkes, 1957; Grinberg, Langer y Rodrigué, 1957; Pagés, 1968; Bauleo, 1970; Sbandi, 1973; en nuestro medio, por García de la Hoz, 1976 y 1978; Ibáñez, 1981; Guillem Nacher y Loren Camarero, 1985; Ávila, 1993; entre otros). Trataremos aquí de reflejar la más básico de su trabajo y una crítica del mismo.

Bauleo (1970) proporciona un buen esquema para exponer la teoría bioniana. Divide sus aportaciones en dos apartados: lo que tiene que ver con la organización grupal o estructura, y lo que tiene que ver con la praxis o funcionamiento grupal.

Respecto a la *organización grupal*, Bion acuña términos como "mentalidad grupal" y "cultura de grupo". La mentalidad grupal es definida como la "expresión unánime de la voluntad del grupo, a cuya formación el individuo contribuye de manera inconsciente" y que "puede oponerse a los deseos individuales". Se trata de establecer una oposición entre parte y todo, individuo y grupo, que terminará saldándose en un compromiso o "cultura de grupo", que Bion define como el resultado o estructura que un grupo logra en un momento dado. Así como la mentalidad grupal nos habla del enfrentamiento todo-parte, de lo interpersonal versus lo intragrupal, la cultura de grupo plantea una organización más amplia, transpersonal. En toda la trama organizativa son importantes los liderazgos que van apareciendo y que delimitan las estructuras de los sucesivos momentos del acontecer grupal.

En cuanto a la *praxis grupal*, lo más original y creativo de su trabajo, Bion entiende la vida del grupo en dos niveles, lo que resulta bastante habitual para psicoanalistas familiarizados con oposiciones tales como manifiesto/latente, consciente/inconsciente, primario/secundario o principio del placer/principio de la realidad.

1. El nivel "superior" o "*grupo de trabajo*", que es racional y consciente, donde los miembros llevan a cabo la tarea asumida voluntariamente y eligen a sus líderes de acuerdo a las capacidades reales de llevar adelante cada situación planteada. La actividad en este nivel sería semejante a la que, en términos de la mal llamada segunda tópica freudiana, se denominaría "actividad yoica". Primaría el principio de la realidad y roles y tareas son repetidos de forma consciente y voluntaria, al modo de un grupo social cualquiera (Iglesia, Ejército o Aristocracia).

2. Pero el nivel anterior de ejecución grupal se ve perturbado constantemente por otro más “profundo”, el grupo de *supuesto básico* (*basic assumption*), dominado por las emociones y que tendría poco que ver con la racionalidad.

Para Bion, en el acontecer de todo grupo hay una oposición fundamental entre el *work group* (grupo de trabajo) y el *basic-assumption group* (grupo de supuesto básico). El primero depende de la capacidad de cooperación de los miembros para organizar el trabajo con vistas al desarrollo de determinadas funciones. El segundo no depende de esa capacidad consciente de cooperación, sino de necesidades emocionales que hacen que los miembros se aglutinen alrededor de la persona que mejor puede representarlas. Bion define el supuesto básico como una fantasía subyacente y unitaria, como una “creencia emocional de la que participan todos los miembros del grupo y que los impulsa a tener al unísono un determinado tipo de fantasías e ideas”. Delimitó tres supuestos básicos (dependencia, emparejamiento y ataque-fuga) a los que correspondería un determinado tipo de líder, que sería la persona que mejor encarna e interpreta las necesidades o creencias emocionales respectivas, las cuales han emergido de una forma un tanto “caótica” e imprevista para perturbar la tranquila y sofisticada actividad del grupo de trabajo.

En pocas palabras, los tres supuestos básicos podíamos describirlos como sigue:

1. *Supuesto básico de dependencia* (*dependent assumption*). Aquí, el grupo apoya y venera a un líder al que idealiza y del que espera recibir los alimentos reales y concretos. Se produce una pérdida de individualidad (que es común a todos los supuestos), un fenómeno parecido a la despersonalización de que hablara Le Bon. Un requisito de este supuesto es que todos los miembros reciban la misma parte de “alimentos” por parte del líder, que por lo común es el terapeuta (en un grupo psicoterapéutico). El líder es un ser ideal cuya capacidad de dar es omnipotente e inagotable. En el grupo, bajo este supuesto, se establece la separación pacientes/terapeutas tan fuertemente como sea posible. El beneficio no procede del grupo, sino sólo del líder. La “virtud” principal es el temor y el clima suele ser de reproche hacia el líder si éste no cumple su función nutricia.
2. *Supuesto básico de emparejamiento* (*pairing assumption*). Es una noción bastante más compleja de transmitir, debido, en parte, a la ambigüedad con que Bion la formuló: “el grupo centra su atención en una pareja creada”. “Actúa como si esta situación fuera de índole sexual”. “No interfiere en ella sino que le da su beneplácito”. “Espera la llegada de un hijo mesiánico de dicha pareja”. Se suele interpretar este supuesto como una pareja creada por las necesidades del grupo. Esta pareja es tomada como conciliadora y reparadora de la tarea en que el grupo ha fracasado, y el líder será lo que de ella salga (“el hijo mesiánico”, una idea, etc.). Los sentimientos predominantes son el polo opuesto a los de odio y destrucción o desesperación, es decir, la esperanza será la virtud esencial, y para que ésta se mantenga es necesario que el líder “no haya nacido” y esté por venir.
3. *Supuesto básico de ataque-fuga* (*fight-flight assumption*). El grupo tiende a buscar un caudillo que dirima un pleito agresivo y se dispone a agredir o a ser agredido. La hostilidad, el valor, la fuerza y el miedo son las emociones predominantes. El enemigo puede estar dentro o fuera del grupo. Si está dentro puede provocar la creación de cismas o subgrupos. El líder será, naturalmente, quien mejor funcione en esta eventualidad y el grupo puede convertirse en paranoide si necesita proyectar la agresividad

fuera. El enemigo intragrupo más común suele ser el propio terapeuta (cuánto más se le idealizó antes más se le ataca ahora). El grupo se une para luchar por algo o para huir de algo.

Cada integrante del grupo de supuesto básico está en posesión de una *valencia* (*valency*), palabra que Bion elige porque “en física se emplea para indicar las fuerzas que unen a los átomos”, y que viene a cumplir la misma función que la cooperación en el grupo de trabajo.

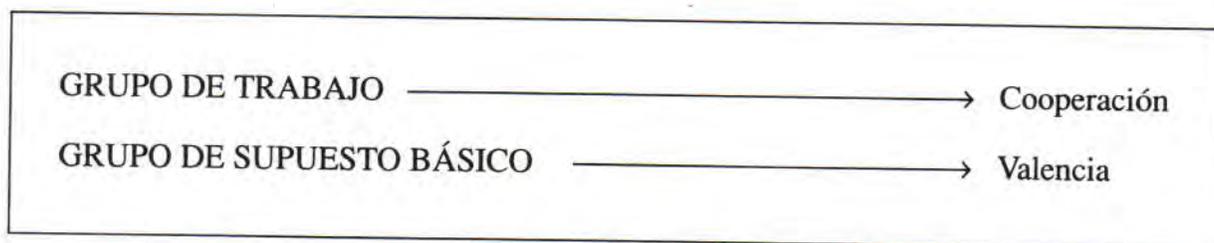


Figura 12.1. Niveles en la vida del grupo según Bion

Para Bion, la valencia es un factor cohesivo espontáneo de cada individuo, que entra por ella en combinación instantánea e involuntaria con otro/s, para compartir y actuar en el plano del supuesto básico. Puede ser positiva (alta) y negativa (baja) según cada sujeto, es decir, que un miembro puede consonar rápidamente con una situación de dependencia (valoración alta, en este supuesto) y no tanta en una de emparejamiento (valencia baja).

Dentro del discurrir grupal, los supuestos básicos no activos en el momento presente, no es que no existan, sino que según Bion se encuentran recluidos en el llamado *sistema protomental*, concepto algo oscuro que viene a ser una especie de límite entre lo fisiológico y lo psicológico donde ambos niveles están indiferenciados (como el concepto freudiano de pulsión) y que Bion necesita al postular que dos supuestos no pueden estar activos simultáneamente. Con ello parece indicar un origen grupal de la afectividad, una afectividad colectiva que está en la base de los afectos individuales, aunque sin embargo Bion nunca llegó a formalizar un concepto apropiado de la relación o del vínculo humano (Pagés, 1968), y fracasó al establecer “una cadena significativa entre lo singular y lo colectivo” (Caparrós *et al.*, 1990).

Con Bion tendríamos una concepción grupal de la afectividad pero sin concepto de relación, por lo que cae en un marco referencial excesivamente psicologista. Lo opuesto a Lewin, que estaba en posesión de un concepto abstracto de relación pero vacío de contenido concreto (afectivo). Como concluye Pagés, “parece como si se intentase aproximar dos términos, la relación y el sentimiento, y que uno escapase siempre, como si funcionasen procesos de resistencia complementarios”.

No hay duda que la concepción bioniana es afín a la *teoría kleiniana* y ello le lleva a posiciones de partida ya preescritas. A pesar de apuntar un origen grupal de la afectividad humana, no la concibe como producto de un vínculo, sino a partir de instintos de apropiación (vida) o destrucción (muerte), tal y como le indicaba el kleinismo, y el grupo de esta forma es siempre un sustituto del *seno materno*. Freud fijaría las angustias provocadas en

el grupo como neuróticas y efecto de traumatismos en el seno de la familia, mientras que Bion las retrotraería a la relación materna, las llamaría psicóticas y así permanecería fiel a M. Klein.

Continuando con desarrollos críticos, los supuestos básicos han sido interpretados de manera diferente. Por un lado se los relacionó con las posiciones kleinianas con resultados diversos. Para Rodrigué, los supuestos de dependencia y de ataque-fuga reflejarían manifestaciones primitivas, observables también fuera del marco grupal, mientras que el supuesto de Emparejamiento sería la elaboración específica del grupo de una fantasía de escena primaria y por tanto pondría en duda el carácter básico de este supuesto. Para Caparrós *et al.*, el supuesto de dependencia se relaciona con la posición esquizo-paranoide, el de emparejamiento con la posición depresiva y el de ataque-fuga con la situación edípica.

Uno de nosotros expresó ya la opinión crítica sobre la obra de Bion (García de la Hoz, 1978), relacionando las aportaciones de Bion y Sartre con algunos de los conceptos de Bleger, como la sociabilidad sincrética, apareciendo un esclarecimiento sobre ambos autores. En concreto, con Bion, se formuló una triple crítica:

1. En primer lugar *epistemológica*, basada en el ingenuo desconocimiento del papel que Bion tenía en los grupos de soldados. Se incorporó como un integrante más y se dijo: "Ellos tienen fantasías sobre mi presencia" y a partir de ahí teorizó los supuestos básicos. Naturalmente que tenían fantasías, y no sólo las que el kleinismo como *a priori* teórico le podría marcar. Bion era psiquiatra, comandante militar y superior jerárquico de los soldados-neuróticos-pacientes. Se produjo un olvido del contexto real. Es verdad lo que apuntó Jesús Ibáñez (1981) al comentar que "este reproche podría hacerse a casi todos los que utilizan técnicas de grupo". Bion cayó en una visión psicologista del grupo a pesar de sus esfuerzos por desmarcarse de la visión individualista, tradicionalmente moldeadora de lo grupal. Sus concepciones teóricas basculaban todavía demasiado sobre pautas individuales, por ejemplo su tremendo hincapié en el líder.
2. En segundo lugar, una crítica en base a *la dinámica grupal*. Se relacionaba el concepto de supuesto básico y sistema protomental con la sociabilidad sincrética bleggeriana. De esta forma, el grupo bajo supuesto básico significaría una ruptura del *clivaje* entre las dos sociabilidades de Bleger (la sincrética y la de interacción), lo que provocaría que el trabajo racional del grupo se vea perturbado por un material caótico, emocional e indiscriminado. Pero Bion dicotomizó en extremo la vida del grupo en lo racional y lo afectivo. Dos grupos, dos lenguajes a los que consideró de manera distinta, pues priorizó lo emocional. Ello puede provocar fácilmente la formación de clanes y el consiguiente clima de clandestinidad afectiva.
3. Por último, una crítica *estructural*, es decir en base a su concepto de grupo: ¿individuo en grupo?, ¿grupo como tal?, ¿grupo como microsociedad?

Bion no pudo responder a estas cuestiones. Se limitó, y no es poco, a intentar establecer un orden en el caos emocional de los grupal. Ha sido pionero en esa labor y justo es que se lo reconozcamos. El juego dialéctico de los supuestos básicos ha dado cierta luz a posteriores comunicaciones sobre lo que ocurre en psicoterapia grupal.

12.4. El psicodrama de J. L. Moreno

Jacobo Levy Moreno fue el iniciador de esta corriente terapéutica con una perspectiva y metodología eminentemente grupales en principio. Además fue el verdadero introductor del término “psicoterapia de grupo”. Su intención manifiesta fue aportar a la situación analítica los elementos que según él allí faltaban. Por un lado, proporcionar una ecología al relato verbal, y por otro, dar una dimensión grupal a la terapia. También fue el creador de una línea de investigación social con el Sociograma, estableciendo con ello una metodología de medida de las relaciones sociales (elecciones, rechazos e indiferencias).

Moreno intentó delimitar el concepto de grupo a partir de una *teoría del rol*. Partió de unos hechos reales, de elementos empíricos de la situación psicodramática: personas, grupos, espectadores, escenarios, el actor-paciente, el director, el yo-auxiliar, etc., y mediante un método aparentemente grupal y con unas técnicas adecuadas (el doble, el espejo, el soliloquio, la inversión de roles, etc.), empezó a producir conceptos, a realizar unas primeras abstracciones en un intento de formalizar un sistema conceptual sobre el grupo. Conceptos como *catarsis*, *espontaneidad*, *telé*, *warming up* (calentamiento), etc. fueron tomando un significado preciso dentro de ese sistema. Moreno creyó estar en posesión de un instrumento realmente valioso y pensó que la *noción de rol* podría unificar todo, como la piedra angular esencial de la construcción. El rol se convertía así en el objeto de conocimiento fundamental para una teoría de lo grupal.

Moreno investigó dicho concepto desde varios ángulos. Por ejemplo desde la *aptitud del individuo* y distinguió la *percepción del rol* (actitud cognoscitiva que preve las inminentes respuestas), la *representación del rol* (habilidad para actuar y que puede ser inversamente proporcional a la percepción) y el *desempeño de roles* (*rol playing*, que está en función de las anteriores y que es un entrenamiento en roles para aprehenderlos, como se muestra extraordinariamente en la película impresionante de Kurosawa *Kagemusa, la muerte de un guerrero*). También distinguió el rol según su *grado de libertad* en *asunción de roles* (actuar con un rol previamente establecido, sin variación individual), *representación de roles* (con cierto grado de libertad) y *creación de roles* (con alto grado de libertad y espontaneidad).

Para Moreno los roles son anteriores al surgimiento del Yo y es este último el que surge de los roles y no al revés. Así hablaríamos de roles fisiológicos o psicosomáticos, roles psicológicos o psicodramáticos y finalmente, roles sociales. La *función del rol* sería entrar en el “inconsciente desde el mundo social para darle forma y orden”.

Con todo ello Moreno pensó que estaba ante algo realmente definitivo y que ampliaba el concepto de inconsciente freudiano, tanto desde el punto de vista epistemológico como desde la intervención terapéutica. Algo de verdad había en ello pero no tanta como él pensó. Su marco de acción no pudo desprenderse del todo de la tradición individualista que criticaba al psicoanálisis clásico y su misma definición de rol lo atestigua: “*Forma de funcionamiento que asume un individuo en un momento específico, como reacción a una situación específica, donde están involucradas otras personas u objetos*”. Esta definición es inservible para conceptualizar sobre el grupo, tal y como la usa Moreno. El rol es un concepto eminentemente individual pese a sus esfuerzos. Otra cosa es su intención grupalizante, claramente encomiable y que ha sido ampliamente reconocida.

Desde el inicio, el psicoanálisis estuvo en la base de la gestación de los conceptos de Moreno, que intentó y consiguió crear un marco novedoso para la situación terapéutica. Actualmente podemos decir que el psicodrama clásico moreniano es escasamente utilizado

en psicoterapia de grupo. Se ha unido irremediabilmente con quien ya está desde el origen: el psicoanálisis, y así se ha desarrollado *el psicodrama psicoanalítico*. Hoy en día apenas se hacen grupos psicodramáticos puros que no estén sustentados por el psicoanálisis como vertiente terapéutica fundamental. Era algo inevitable. El psicodrama psicoanalítico se puede definir como el grupo terapéutico conducido con los principios del psicoanálisis (aplicados al grupo) en el que se introducen las técnicas psicodramáticas (doble, espejo, etc.), respetando las fases claves del desarrollo de la sesión de psicodrama: *Warming up*, dramatización y comentarios finales postdramáticos. En cualquier caso podemos concluir que el encuentro entre el psicoanálisis y el psicodrama ha sido fructífero y ha dado lugar, sobre todo, a dos escuelas que ha desarrollado esta línea de investigación en el marco de la psicoterapia grupal: *la escuela latinoamericana* (con Eduardo Pavlovsky, Fidel Moccio, Carlos Martínez Bouquet, Herman Kesselman, etc.) y *la escuela francesa* (con D. Anzieu, P. Lebovici, y G. Lemoine, R. Kaës, etc.).

12.5. El grupo-análisis de Foulkes

Dentro de la concepción psicoanalítica de grupo englobamos aquellos modelos que centran su interés en el “objeto-grupo”, tanto si éste es tomado desde una perspectiva “organísmica” u holística (el grupo-como-un-todo) a la manera de Bion, como si es tomado desde el ángulo en el que primaría el análisis de las funciones individuales en el “aquí-ahora” de la situación grupal y que van constituyendo al grupo poco a poco (Foulkes). Es cierto lo que opina Grinberg, prologando el libro de Guillem Nacher y Loren Camarero (1985): en la práctica clínica apenas hay diferencias de una a otra perspectiva. Sin embargo sí las hay, y grandes, entre estos modelos que vamos a considerar a continuación y los ya mencionados (Simmel, Schilder, Slavson) en cuanto a que éstos tomaban el análisis de grupo ni más ni menos que como un psicoanálisis individual aplicado en un marco grupal.

Como Bion, S. H. Foulkes comenzó sus experiencias de grupo con soldados que padecían las denominadas “neurosis de guerra”. Es el iniciador de la corriente que más adelante se denominará grupo-análisis. En 1944 comenzó la psicoterapia de grupo pequeño en el Hospital de Northfield. Pasada la guerra, en 1949, dio principio, junto con un grupo de seguidores, a unos seminarios semanales en su consultorio particular y por fin, en 1952, fundó la Sociedad de grupo-análisis de Londres, creada para fomentar el grupo-análisis tanto clínico como aplicado. Pat de Maré ha sido el continuador más destacado de esta orientación, sobre todo en cuanto se refiere al Grupo Grande (*Large Group*).

El *Northfield Army Neurosis Centre* se concibió como una comunidad terapéutica para militares neuróticos dados de baja en la segunda guerra mundial. Es muy importante volver a recalcar que el conflicto bélico ha dado un desarrollo diferente a la psicoterapia psicoanalítica de grupo. Así, la escuela americana, tipo “Slavson”, seguía anclada en la opinión de que las creencias psicoanalíticas clásicas servían para lo grupal, mientras que la escuela británica, en parte por las aportaciones recogidas de otras áreas (Lewin, Moreno), tomó un camino de avance distinto, aunque en la actualidad no exista tanta diferencia.

La obra clave para comprender la aportación de Foulkes es *Group Psychotherapy. The psychoanalytic Approach* (1957), en colaboración con E. J. Anthony. En este libro podemos observar lo más fundamental de su modelo y su diferencia con otros semejantes. Los mode-

los de Bion y Foulkes (eligiendo a ambos como representantes genuinos de sus respectivas líneas) tienen diferencias teóricas más que evidentes, pero no ocurre así en lo que se refiere a la práctica terapéutica, donde incluso intervenciones tipo “escuela americana” podrían tener cabida. En este punto coincidimos con Guillem Nacher y Loren Camarero (1985) cuando afirman que las “diferenciaciones suelen ser más teóricas que prácticas, y corresponden más a la necesidad de simplificar o esquematizar las cosas, cuando se escribe sobre ello, que a lo que ocurre en la realidad”. Estos autores diferencian entre a) psicoterapia psicoanalítica *en* grupo; b) psicoterapia psicoanalítica *del* grupo; y c) psicoterapia psicoanalítica *de* grupo, y colocan a Bion en la segunda, a Foulkes, Schneider (escuela suiza), Zimmermann y a ellos mismos en la tercera categoría.

El mismo Foulkes ve su concepción diferente de la de Bion y se centra sobre todo en el distinto sentido que toma para él la situación psicoterapéutica grupal. Para Foulkes, la “*situación*” no es solamente un todo orgánico explicitable a partir de la diferencia entre grupo racional o de trabajo y grupo emocional o de supuesto básico, sino un “todo social” formado a partir de todas las comunicaciones y relaciones entre los miembros, que a su vez son tomadas como una parte de ese todo social (o campo total) de interacción. Es lo que se denomina *matriz grupal*. De esta forma, términos como “mentalidad grupal” o “cultura de grupo”, no son empleados en absoluto, pues no se trata de distinguir o separar al grupo de su entorno social.

Los rasgos más significativos de su modelo son los siguientes:

1. Siete u ocho miembros se reúnen durante hora y media y se sitúan en círculo junto al analista.
2. No se dan instrucciones ni programa, sino que las contribuciones surgen espontáneamente.
3. Todas las comunicaciones son tratadas como el equivalente en el grupo a la asociación libre del sujeto en el psicoanálisis individual.
4. La actitud del terapeuta es similar al tratamiento individual.
5. Se tienen en cuenta todas las comunicaciones y relaciones como parte de un campo total de interacción (matriz grupal).
6. Todos los miembros del grupo toman parte *activa* en el proceso terapéutico total. Sobre estas características, Grinberg, Langer y Rodríguez (1957) han plasmado una primera crítica.

La clave foulkiana es la *noción de situación*, para la que ha recogido herencias de las teorías de K. Lewin y de la sociometría de Moreno. La situación es un acontecimiento total, cuyas partes suman algo menos que el todo y que se extiende, infinitamente, en todas las dimensiones. Es una especie de representación en miniatura del mundo. En la práctica psicoterapéutica se analiza en términos de estructura, proceso y contenido. En síntesis, *la estructura* se refiere a las pautas de relación relativamente estables y continuas, forjadas a partir de los roles habituales desempeñados por los miembros. Conduce a efectuar un análisis estructural, que es pertinente, por ejemplo, para localizar alteraciones en el grupo. *El proceso* es el conjunto dinámico de la situación, función de la interacción de los miembros y de sus relaciones verbales y extraverbales. A través de la estructura y el proceso, se canaliza *el contenido*, que lleva a efectuar un análisis de contenido (valores, ideas, sentimientos y sensaciones) y que se vincula claramente con la psicopatología. Estos tres aspectos de la

situación son inseparables entre sí. Foulkes reconoce expresamente la influencia ejercida en sus ideas por la escuela de la Gestalt (Kurt Goldstein), por la sociometría de Moreno, por los puntos de vista sociológicos de Mannheim y Elías y por la topología de Kurt Lewin.

En general, las psicoterapias psicoanalíticas de o del grupo de Foulkes parten de tres pre-condiciones:

1. Apoyo en la comunicación verbal.
2. El miembro individual es el objetivo último del tratamiento.
3. El principal instrumento terapéutico es el grupo.

También señala tres factores básicos para la transformación terapéutica:

1. El uso de la “libre discusión flotante”, equivalente a la “asociación libre” del psicoanálisis clásico.
2. Que todo el material producido en el grupo y las acciones e interacciones de sus miembros sean “analizables”.
3. Que sea visto no sólo el contenido manifiesto, sino también el contenido “inconsciente”, de acuerdo con los principios básicos del psicoanálisis.

Como apuntes críticos podríamos señalar los siguientes. En general, la teoría de Foulkes ha tratado de salvar el escollo “psicologista” que señalamos en Bion. Ha tenido siempre en cuenta el entorno social o institucional que rodea a los grupos. El coordinador o psicoterapeuta no sólo es depositario de transferencias parentales, sino también de un poder institucional que es plenamente incorporado al trabajo grupal. Todo esto era pasado por alto por Bion. Con ello, sin embargo, el modelo foulkiano se ha ido desmarcando de la vertiente terapéutica o clínica. Sus aportes son valiosos para la institución, para el análisis del campo social o incluso para los grupos de formación (incluido el grupo de “los psicoanalistas como tales”), pero sus descripciones clínicas son un tanto decepcionantes (no hay más que ver la segunda parte del libro de Foulkes y Anthony antes citado). Es decir, la concepción psicoanalítica del grupo como un todo, con Bion peca de psicologista y con Foulkes de excesivamente sociológica. De nuevo esa resistencia de la que hablaba Pagés, en cuanto queremos acercarnos a la delimitación del concepto de grupo. O caemos por un lado (psicologismos, sentimientos, emociones) o por el otro (sociologismos, concepto de relación). Pese a todo, el esfuerzo de Foulkes ha sido introducir los aportes lewinianos al psicoanálisis (intención totalmente ajena a Lewin) y la dirección de sus planteamientos parece correctamente orientada, justo hasta chocar con la “roca viva” de la conceptualización del grupo. En ese momento la teoría de Foulkes y el Grupo-análisis actual se han dirigido más a los terrenos psicosociales, siguiendo en parte las contribuciones originales de la “neurosis social” de Trigant Burrow. Dentro del campo concreto de la práctica clínica en los grupos, no hay excesivas diferencias entre los seguidores de Bion y los de Foulkes. Y si las hubiera, estarían obligados a entenderse. Las diferencias que puedan venir por las cuestiones de poder, por las sumisiones escolásticas y por dependencias institucionales, son difícilmente explicitables.

12.6. El aparato psíquico grupal de R. Kaës

Para D. Anzieu y la escuela que inicia, de la cual R. Kaës es integrante destacado, los supuestos básicos bionianos son nudos fantasmáticos colectivos en el grupo. En un mo-

mento dado, Bion estudia grupos alejándose del psicoanálisis, al que luego volverá; Kaës no investiga grupos sino que implementa un dispositivo para estudiar formaciones inconscientes y esto supone una gran diferencia. Pone el acento en el grupo como objeto de investiduras pulsionales, representaciones imaginarias y simbólicas, proyecciones y fantasías inconscientes, y como proceso psíquico. En su concepción el grupo es un objeto doblemente investido por el psiquismo y el discurso social.

Todo grupo social es resultado de un trabajo de construcción y la construcción misma de una organización relacional (sociabilidad) y otra expresiva (cultura), ambas provienen de la satisfacción de necesidades y del cumplimiento de deseos específicos, que aseguran la supervivencia individual y colectiva; ésta toma en cuenta la realidad interna y externa por transformación interna o modificación del medio..." (Käes, 1976).

La energía lograda a partir de las energías psíquicas individuales ligadas al objeto grupo se distribuye en cuatro secciones o funciones fundamentales:

1. Función de asignación de puestos y lugares.
2. Función de cognición y representación.
3. Función de defensa y protección.
4. Función de producción y reproducción.

Las relaciones y vínculos de estas funciones dentro del aparato psíquico grupal se rigen por una instancia unificadora y guardiana llamada ideológica, necesariamente sometida al objeto-grupo ideal y coextensiva a la existencia misma de todo grupo social.

La construcción de un grupo debe conciliar las exigencias de los distintos aparatos psíquicos individuales, el aparato psíquico grupal, el grupo social y el grupo societario.

El postulado del aparato psíquico grupal exige que ciertos elementos del aparato psíquico individual tengan también propiedades grupales o que estén formados por subestructuras grupales, configuraciones de relaciones entre objetos internos regidas por procesos que implican tensiones y posiciones correlativas.

La personalidad se construye por internalización y elaboración de objetos y sus relaciones funcionales en formaciones grupales intrapsíquicas. Por otra parte, hay que hablar de una grupalidad del fantasma, en particular de los fantasmas originarios. Estos fantasmas son un modo de responder a los enigmas infantiles sobre el origen y fin del sujeto que se organizan según una escena grupal que relaciona personajes, representantes de objetos, de procesos, de vínculos, etc. Esta peculiar estructura fantasmática subyace como un modelo primordial de organización del grupo y de las posiciones, relaciones y elaboraciones cognitivas que se desarrollan en él.

Al igual que la tópica grupal interna, la fantasmática fomenta y dispone el aparato psíquico grupal como instrumento de realización intermediario y generalizado para los miembros del grupo. En resumen, el fantasma tiene un efecto distribuidor, organizador, escénico, permutativo y relacional, y todo ello deriva de su grupalidad.

Las formaciones grupales del psiquismo tienen por paradigma la fantasmática de la escena primitiva, que ya apuntaba Bion. La construcción del aparato psíquico grupal es una fase de mediación entre los grupos psíquicos internalizados y la configuración grupal real. Estas reflexiones nos pueden llevar a establecer hipótesis sobre los "rasgos" grupales del sujeto; sin embargo, no nos permiten adentrarnos en el grupo propiamente dicho.

El vínculo grupal se consolida a través de las relaciones, de identificaciones, es decir, por la capacidad del aparato psíquico grupal de dotar a cada miembro de una identidad compartible con otros y a la vez diferenciada. Este constructo puede ser visto como un operador en la constitución y el señalamiento de la identidad. Tiene una función estructurante, de suplencia, continuidad, intercambio e identificación para con el grupo social. El aparato psíquico grupal surge de la lucha contra la fantasía primaria de sentirse desprovisto de una asignación, dentro de un conjunto coherente de relaciones. Es por tanto, aunque parezca paradójico, una construcción libidinal narcisista, asegura la vinculación entre los objetos primarios de los participantes y se convierte en un depositario común. En los inicios de una relación, la correlación isomórfica entre uno de los organizadores grupales del psiquismo y el aparato psíquico grupal caracteriza al lazo actual entre individuos, predominando así los procesos psíquicos de tipo esquizo-paranoide. El aparato psíquico grupal no es aún un objeto protector extensible a partir de una sólida base libidinal lograda por las identificaciones proyectivas de los participantes. Podemos establecer ahora una serie de correlaciones interesantes:

*Proceso primario = identidad de las percepciones (Freud) = isomorfismo (Käes) =
= grupo de supuesto básico (Bion)*

Todo remite a lo arcaico y tiende a lo indiferenciado:

*Proceso secundario = identidad de pensamientos (Freud) = homomorfismo (Käes) =
= grupo de trabajo (Bion).*

No obstante lo dicho, Käes se preocupa de establecer también las bases para estudiar el proceso grupal. El análisis del proceso grupal pone en juego tres elementos fundamentales:

1. Una componente psíquica (objeto-grupo) y social (modelo de grupalidad) imaginaria. Carácter continuo de lo individual-grupal.
2. Un contexto social de surgimiento del grupo y una determinación real, ambas, condiciones de existencia histórica y traba para la realización imaginaria.
3. Una referencia que opera como ordenamiento de las relaciones de diferencia y similitud entre la realidad psíquica construida y los datos previos concomitantes del medio histórico y social.

El objetivo de esta corriente representada en Käes no es tanto lograr a través de un dispositivo una experiencia adaptativa a las normas grupales ni un conocimiento objetivo de los fenómenos del grupo, como buscar la emergencia, liberación y reacomodación de formaciones y procesos psíquicos que gracias a las propiedades del mencionado dispositivo se desvelan genética y estructuralmente apuntaladas sobre el grupo. Esto es lo que permite el pasaje y la reanudación entre el orden endopsíquico, el orden del vínculo y las creaciones colectivas. Considera que este dispositivo abre un campo de descubrimiento desplazando la atención y el interés hacia las formaciones grupales del psiquismo y formula la relación entre éstas, el encuadre y el proceso grupal.

Las formaciones grupales están constituidas por la integración de los fantasmas, la organización de las identificaciones y la estructuración de las instancias del aparato psíquico. El aparato psíquico grupal es una construcción intermediaria, paradójica, que efectúan los miembros de un grupo sobre la base de organizadores psíquicos (grupos internos) y socio-culturales, deviene en algo más o menos autónomo y se organiza sosteniendo la tensión entre una tendencia al isomorfismo y otra al homomorfismo. Mientras el aparato psíquico individual se apoya en el cuerpo biológico, el primero lo hace en el tejido social. Los procesos claves, son la ilusión grupal en función de una realización imaginaria de deseos; la potenciación fantasmática del grupo, sobre la imagen del propio cuerpo desrealizada; amenaza de pérdida de la identidad personal. El fantasma tiene una organización grupal interna homóloga a la situación grupal, en la que unos miembros sirven a otros a veces como puntos de identificación y otras como soporte proyectivo para su tópica subjetiva y sus pulsiones. Es esta organización grupal interna del fantasma individual, lo que posibilita el fenómeno de resonancia fantasmática. Así, para Kaës, no hay fantasma grupal: el *plus* grupal no radicaría en un fantasma colectivo sino en una serie de fantasmas individuales que entran en resonancia.

Tanto Kaës como Bion caen en dos diferentes tipos de *a priori* individualista. El primero piensa en un modo de subjetividad grupal, dotada de los mecanismos de las producciones inconscientes singulares; para el segundo, no se puede hablar de otras formas de producciones subjetivas que no sean inherentes a la singularidad.

12.7. La concepción operativa: aportaciones de E. Pichon Rivière

Como otros muchos practicantes de la psicoterapia, Pichon-Rivière fue un hombre más preocupado por el sufrimiento de sus pacientes y por la intervención activa para remediarlo, que por la elaboración teórica de un modelo transmisible para legar a sus seguidores. Precisamente han sido éstos quienes, basados en apuntes tomados de sus conferencias y clases y en algunas –pocas– cosas escritas por él, han podido recopilar un “corpus” formal más o menos articulado del pensamiento de Enrique Pichon-Rivière. Disponemos fundamentalmente de dos obras para introducirnos en su pensamiento: *Del Psicoanálisis a la Psicología Social* y *Teoría del vínculo*. De ellas entresacaremos las aportaciones básicas de Pichon.

12.7.1. El modelo del cono invertido

De su práctica con los grupos familiares y extendiéndola al análisis sistemático de las situaciones grupales, el modelo del cono invertido permite evaluar los procesos de un grupo, considerados como universales en cuanto a su estructura y dinámica.

En el cono hay una base, un vértice y una espiral dialéctica. En la base se sitúan los contenidos emergentes, manifiestos o explícitos. En el vértice las situaciones básicas o universales “implícitas”, que Pichon toma de Melanie Klein (las ansiedades básicas, miedos a la pérdida y al ataque). La espiral dialéctica muestra el movimiento de indagación y el esclarecimiento que va desde lo latente a lo manifiesto, es decir, el proceso dialéctico del análisis.

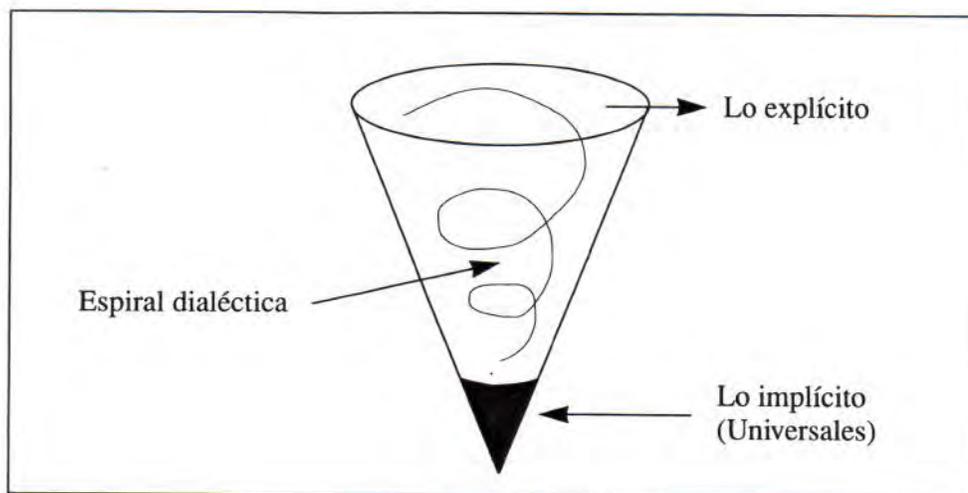


Figura 12.2. Proceso sintáctico del análisis

Mientras *lo explícito* se configura por los cuatro momentos que aparecen en la operación terapéutica correctora (diagnóstico, pronóstico, tratamiento y profilaxis), *lo implícito* incluye las ansiedades básicas (depresiva, paranoide y confusional), la reacción terapéutica negativa (configurada por el miedo al cambio y la resistencia al mismo), un sentimiento básico de inseguridad y los procesos de aprendizaje y comunicación.

A partir de aquí se fue plasmando el modelo de evaluación de situaciones grupales, cuya intención fundamental es la de promover el cambio. El cambio, definido por “la modificación de estructuras relativamente estables” (Bleger), se caracteriza por sus seis constantes inherentes, que fueron introducidas en el modelo del cono invertido, como lo muestra la Figura 12.3.

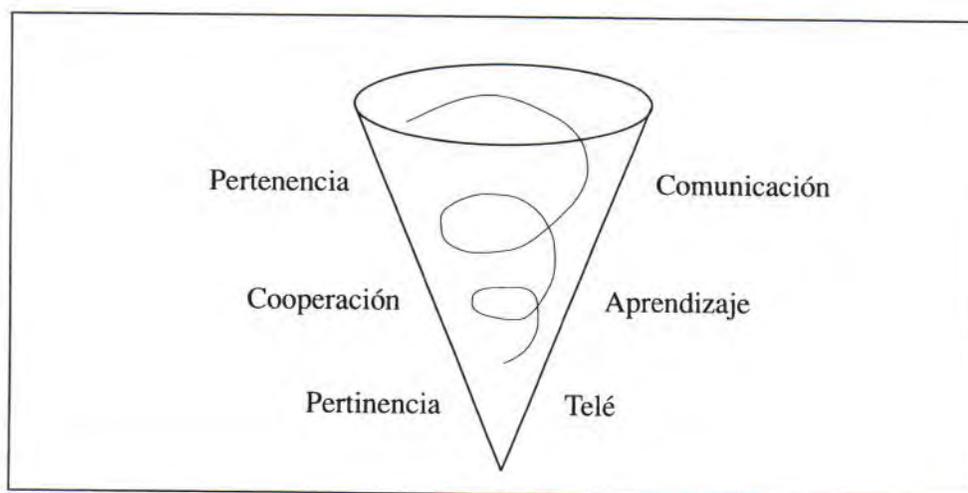


Figura 12.3. Modelo de evaluación de situaciones grupales

Las seis constantes permiten la valoración de las distintas situaciones por las que pasa todo grupo. Las de la izquierda podrían ser su lado fenomenológico y descriptivo, mientras que las de la derecha serían el lado más dinámico:

1. La pertenencia es el grado de *identidad* de cada miembro del grupo con la tarea. Ha de haber un grado mínimo común en todos y podemos hablar de pertenencia propiamente dicha o de afiliación si es en un grado menor.
2. La cooperación es el grado de *eficacia real* con que cada uno contribuye a que la tarea grupal vaya adelante. Lo contrario es el saboteo.
3. La pertinencia es la capacidad de un grupo de centrarse en la tarea. Como se ve, en estas tres es central *la noción de tarea*, que veremos un poco más adelante.
4. La comunicación se analiza desde dos teorías diferentes. Por un lado desde la teoría lingüística, fundamentalmente la de Jakobson, y donde para Pichon-Rivière lo fundamental es trabajar lo que él denominaba el malentendido básico familiar y los tabúes familiares. Por otro lado se puede construir una teoría de la comunicación en relación a las fases de la libido freudianas, obteniendo entonces una *comunicación oral*, donde prima la avidez hacia el otro, "la madre" que nos proporciona todo el sustento necesario; *comunicación anal*, donde prima la agresión y la descarga explosiva y la *comunicación genital*, donde uno puede ponerse realmente en el otro y unirse a él para recrear un proyecto.
5. El aprendizaje, que desde la perspectiva pichoniana, es siempre la capacidad de actuar de forma nueva frente a los viejos problemas, y se trata sobre todo de *aprendizaje de roles*. Podríamos hablar de una serie de roles que deberían ser cubiertos en todo grupo o institución para su funcionamiento idóneo: motor emocional, pensador teórico, programador práctico, realizador práctico, gestor y depositario afectivo. Cada uno tendría unas características positivas y una patología de rol si se excede o se rigidifica en su función.
6. El telé, que podríamos definir como el afecto a distancia, y que apoyándose en el concepto de Moreno, va un poco más allá, tratando de explicar ese afecto inmediato por las ansiedades básicas que sufre todo individuo: a la pérdida y al ataque.

12.7.2. El Esquema Conceptual Referencial y Operativo (ECRO)

La investigación de Pichon-Rivière sobre el uso del *Tofranil* combinado con la psicoterapia lo condujo a la conceptualización de una situación depresiva básica (1938), siempre a partir de su amplia experiencia, tanto como psicoterapeuta en casos individuales y de grupos, como en tratamientos biológicos paralelos (shock hipoglucémico, convulsoterapia, sueño prolongado, etc.). En 1946 publicó una pequeña síntesis de todo ello, donde a partir de conceptos como pluralidad fenoménica, unidad funcional y genética (enfermedad única) y policausalidad, comenzó a construir ya un esquema de abordaje para la situación depresiva básica. Dicho esquema fue completado más adelante con el encuadre grupal de esta situación, con las nociones de portavoz de la ansiedad del grupo (el paciente), pautas grupales estereotipadas (estereotipos), depresión básica general, grupo operativo, nociones de comunicación y aprendizaje, concepto de tarea, etc. Todo ello conformó lo que Pichon llamó ECRO básico que ha de poseer todo psicoterapeuta (individual o grupal).

Así pues, el ECRO es primeramente un esquema referencial para manejarse en la práctica clínica. Pero además incluye ideas sobre la teoría del campo (Lewin) así como de multitud de elementos aportados por las distintas ciencias del hombre. “Es un instrumental y operacional y, así constituido, se puede aplicar a cualquier sector de tarea e investigación”. Un ECRO grupal es el objetivo a conseguir en psicoterapia de grupos. Es el punto focal de aprendizaje general, marco de referencia común, búsqueda de unos conceptos comunes con los que cualquier grupo pueda trabajar y construir efectivamente una tarea concreta.

En resumen, podemos visualizar el concepto de ECRO en tres niveles:

1. *Nivel singular*: conjunto de conocimientos, de actitudes que cada uno de nosotros tiene en su mente y con el cual trabaja en relación con el mundo y consigo mismo.
2. *Nivel grupal*: conjunto de conocimientos con los que el grupo opera en relación a una tarea, para trabajar creativamente con ella.
3. *Nivel social*: conjunto de conocimientos, explícitos o implícitos, basados en el común denominador del contexto social.

12.7.3. *Grupo familiar y grupo operativo*

La práctica asistencial de Pichon-Rivière comenzó en hospitales públicos, y desde el principio, no sostuvo una visión individualista de la enfermedad mental. Esta se debía considerar siempre como una muestra de la incapacidad para soportar y elaborar un monto determinado de sufrimiento y encuadrarla dentro del ámbito del *grupo familiar* de origen, donde el enfermo mental es el *portavoz o depositario* de la ansiedad del grupo, que segrega al enfermo. Desde esta perspectiva originaria, la práctica asistencial hospitalaria de Pichon, en sus inicios con psicóticos, siempre incluía a los familiares del sujeto afectado. Desde los primeros momentos su enfoque fue *grupal*.

De esta forma y tomando la aportación de la teoría gestáltica, las investigaciones de K. Lewin y sus propias experiencias, Pichon-Rivière concluyó que la enfermedad mental no es la enfermedad de un sujeto, sino la de la unidad básica de la estructura social: el grupo familiar. El enfermo desempeña un rol, es el portavoz emergente de esa situación.

El tratamiento del grupo familiar fue la antesala de la teoría y práctica del grupo operativo, ya aplicado a todo tipo de ámbito social. La teorización sobre el grupo familiar se pudo aplicar a su concepto de grupo operativo. Así por ejemplo, la definición de familia como estructura social básica que se configura por el interjuego de roles diferenciados (padre, madre, hijos, etc.), es un modelo natural de la situación de interacción grupal.

En cuanto a su modelo de abordaje terapéutico familiar, se configura alrededor de *cuatro momentos* (diagnóstico, pronóstico, tratamiento y profilaxis), cada uno de los cuales ha de ser centrado tanto en el individuo como en el grupo y la situación. Obtendríamos de esta manera un diagnóstico, pronóstico, etc. del paciente, de su grupo y de su situación contextual, que deben ser complementarios y cooperantes. En cada momento de abordaje Pichon señala determinados elementos a considerar.

Los cuatro momentos de su modelo se extienden en otros cuatro niveles de interconexión, que de menor a mayor amplitud son:

1. *Nivel psicodinámico* relación del paciente con cada uno de los miembros de su grupo familiar, representación interna que tiene de ello, es decir, el grupo interno.

2. *Nivel sociodinámico*: abordaje del grupo como totalidad gestáltica. Lo que Lewin denomina dinámica familiar. Aquí es pertinente la aplicación de técnicas grupales y sociométrica).
3. *Nivel institucional*: familia como institución a través de su historia, su estructura socioeconómica, su relación con otras familias, con el vecindario, el barrio, etc.
4. *Nivel comunitario*, más amplio y que tiene que ver con la inserción en la comunidad social próxima.

El análisis sistemático de las situaciones grupales posibilitó a Pichon registrar un conjunto de procesos relacionados entre sí, y considerarlos por su reiteración, como factores universales de todo grupo en su estructura y dinámica. Así llegó a elaborar el esquema ya mencionado del cono invertido y el concepto de ECRO, que tuvieron una influencia inmediata en la gestación del grupo operativo.

12.7.4. La concepción operativa del grupo

Podemos registrar dos experiencias antecedentes y de alguna manera fundantes, que tuvieron importancia en la creación de la técnica. Por un lado, su estancia en el Hospicio de Buenos Aires (durante 15 años) desde 1937. Allí, inmerso en su labor asistencial, se le planteaba continuamente un problema: el abandonismo de los pacientes (en su mayoría psicóticos). Vislumbró la clave del problema en el papel de los enfermeros, y a partir de ahí, comenzó a trabajar con grupos de enfermeros y con pacientes "mejorados". Hasta se le ocurrió organizar partidos de fútbol con los "locos". Estos grupos se pueden considerar como antecedentes de los grupos operativos con tarea y le sirvieron a Pichon, como hemos dicho, para la formulación de un ECRO, como instrumento de aprehensión de la realidad que nos proponemos estudiar. Por otro lado, tenemos la "experiencia Rosario" (1958), llevada a cabo mediante la creación de una situación de Laboratorio Social o de trabajo de una comunidad y que tuvo como objetivo la aplicación de una didáctica interdisciplinaria de carácter acumulativo. En esta experiencia organizada por el IADES (Instituto Argentino de Estudios Sociales) participaron la Facultad de Ciencias Económicas, el Instituto de Estadística, la Facultad de Filosofía y su Departamento de Psicología y la Facultad de Medicina. La estrategia consistió en la creación de una situación de Laboratorio Social (tipo Lewin), con trabajo en grupos pequeños heterogéneos, además de asambleas generales. Estos grupos pequeños son los precursores directos de los grupos operativos, pues allí ya se planteó la existencia de un *coordinador* que tenía como misión lograr que la comunicación se mantuviera activa y pudiera ser creadora, y de un *observador* que registrara lo que pasaba para luego exponerlo en el grupo grande.

Así nació el grupo operativo como grupo que *opera* sobre una tarea. Este operar, que no tiene que ver con lo que esto significa para el funcionalismo empirista y mecánico (causa-efecto lineales), ni con lo que entiende por operar el método clínico [observación-diagnóstico-tratamiento (operar)], es un operar en espiral dialéctico, remitiendo continuamente a una teoría y a una práctica, y que en el grupo operativo es la acción del equipo coordinador sobre el grupo y la acción del grupo sobre la tarea. La tarea es un concepto fundamental, de forma que Pichon-Rivière propone una psicoterapia de grupo centrada en una tarea.

Una posible noción de grupo operativo podría ser la siguiente: grupo que a partir de una estereotipia inicial, adquiere plasticidad y movilidad a través de la tarea, haciéndose con ello los roles intercambiables. La operatividad del grupo tiene que ver con la ruptura de la estereotipia inicial y con la movilidad de los roles, en definitiva con una tendencia direccional al cambio. Como antes señalábamos (véase el *cono invertido*), para evaluar los cambios en un grupo se ponen en juego las seis constantes mencionadas.

Para Pichon, el grupo adquiere más homogeneidad en la resolución de la tarea en la medida en que es más heterogéneo en su composición y define al grupo operativo como centrado en una tarea y que tiene por finalidad aprender a pensar en términos de resolución de las dificultades creadas en el propio espacio grupal. Estas dificultades despiertan ansiedad, impiden la movilidad y provocan la detención del proceso. Es el llamado por Pichon periodo de pretarea. Se delimita así un esquema de funcionamiento del grupo operativo, donde se visualizan tres fases:

1. *La pretarea* con un predominio de los mecanismos de escisión esquizo-paranoides, entre el sentir y el pensar. La patología es que el grupo se estanque aquí y se convierta en un grupo estereotipado.
2. *La tarea*, que consistiría en el abordaje de las ansiedades que despierta el cambio. La entrada en tarea es sólo por momentos y la mayor parte del devenir grupal se consume en esos pasajes de pretarea a tarea y viceversa.
3. El momento del *proyecto*, donde se logra una pertenencia de los miembros que se concreta en una planificación. Se produce una internalización (no sólo racional sino también emocional) del grupo y de cada integrante y es el momento de los liderazgos funcionales y del ECRO grupal más conseguido.

Llegamos así a una definición más completa de grupo operativo que sería entonces *el grupo, que centrado en una tarea, se propone la movilización de estructuras estereotipadas y la resolución de las dificultades de aprendizaje y comunicación, debidas al monto de ansiedad que genera el cambio. Los roles, fijos al comienzo, deben configurarse en liderazgos funcionales u operativos, en el aquí-ahora de la tarea.*

En conclusión, con la técnica operativa se trataría de:

1. Conseguir una adaptación activa a la realidad.
2. Posibilitar la asunción de nuevos roles.
3. Adquirir una mayor responsabilidad sobre una tarea.
4. Perder los roles inadecuados para la situación "aquí-ahora" de la tarea.
5. Posibilitar que los sentimientos básicos de pertenencia, cooperación y pertinencia se produzcan de manera armónica, lo que da mayor productividad.
6. Obtener una elaboración de las ansiedades despertadas en cada situación de cambio.

12.8. El modelo analítico-vincular

Este modelo, desarrollado fundamentalmente por Nicolás Caparrós y colaboradores (1990), se ha promovido en nuestro medio, a partir de las aportaciones antes expuestas de Pichon, a las que se unieron otros autores como Hernan Kesselman, Eduardo Pavlovsky, Antonio Caparrós García-Moreno, y nosotros mismos. De todos los modelos anteriores an-

tes referidos se tomó algo, reconceptualizándolo, y aquí vamos a resumir sus características esenciales.

12.8.1. Aspectos conceptuales

Si el individuo es un ser complejo e imprevisible, abordable desde diferentes perspectivas, el grupo, constituido por una pluralidad de ellos, ofrece, con mayor motivo, lecturas y puntos de inflexión aún más variados. El modelo analítico vincular quiere ser una forma de interpretar esa dinámica humana y entiende que las interrelaciones entre los miembros de un grupo actual se basan y cobran sentido a través de la unidad mínima fundamental que condiciona toda la dinámica grupal, *el vínculo*, que es, a su vez, el medio necesario por el cual se constituye el individuo en su entraña singular y colectiva. El vínculo no se palpa, se accede a él por sus efectos, y es una estructura dinámica que engloba tanto al sujeto como al objeto en un lazo cuyo organizador principal es afectivo y que nos remite, en un primer momento, al nudo de lo biológico y lo psíquico.

Tras la posición más arcaica (posición aglutinada), surge un proceso trimembre: separación-vinculación-individuación, que alumbra en secuencia la objetividad-objetivación por un lado y el narcisismo-mismidad (*self*) por el otro. Ambos desarrollos se precisan de manera recíproca. El vínculo posibilita el nacimiento/ discriminación del “sí mismo” y del objeto, tomando lo narcisístico y lo objetal en un mismo nivel de consideración en el desarrollo del individuo.

Se hablará con propiedad existencial de individuo y de grupo cuando alcanzan el rango de exterioridades en lo manifiesto, siendo a la vez el grupo un objeto ya internalizado.

El grupo psicológico así entendido es una realidad tan inmediata como el propio sujeto. Aclaremos que no existe un único tipo de vínculo sino que las relaciones que el sujeto establece con el mundo son complejas, pudiendo emplear de manera simultánea diferentes estructuras vinculares: paranoica, hipocondríaca, melancólica, histérica, maníaca, autista, obsesiva, perversa (Pichon Rivière).

El carácter de un sujeto se hace más comprensible en la medida que se descubren sus vínculos internos. Estos modos de vinculación engendran unas vivencias concretas y unas formas de relación históricas e irrepetibles que tiñen afectivamente posteriores experiencias. Nos referimos al *grupo interno*, una historia que se estructura en cada individuo de manera que quedan articulados el “sí mismo” con el otro internalizado adoptando una estructura grupal. Este grupo interno, integra además la ideología de la que fue rodeado el sujeto en su proceso de individuación.

Los elementos del grupo interno, se estructuran de manera estable en cada individuo bajo la forma de *núcleos básicos de personalidad*. Esta especificidad se refiere a aquellos aspectos que engloban lo caracterial, vale decir lo estructural de cada ser humano. El concepto de núcleo no es nuevo, aunque sí lo es con los contenidos que toma en este modelo. En manos de R. Fairbairn y M. Klein, el núcleo es sinónimo de objeto interno. Para J. Bleger pertenece más a la psicopatología que a la psicología. En H. Kesselmann y N. Caparrós, aunque con sensibles diferencias entre ellos, el núcleo remite a lo caracterológico.

El “núcleo de la personalidad” es una estructura compuesta por los vínculos fundantes que se configuran de determinadas formas merced a la intervención preferencial de ciertos mecanismos de defensa. Esta estructura relativamente estable —que no existe en las psicosis— representa los fundamentos de la identidad del yo y el modo habitual de establecer re-

laciones objetales. El núcleo distribuye de un modo desigual a la libido entre el yo y los objetos, y sesga de una forma peculiar las raíces afectivas de la conducta. Para concretar, podemos enunciar tres familias de núcleos: la esquizoide, la confusional y la depresiva. Un núcleo de personalidad determinado no presupone patología alguna, sino la posibilidad de que se produzca una cierta configuración existencial de la que es responsable una estructura profunda.

El núcleo es fruto de las fijaciones evolutivas que constituyen un rasgo universal para cualquier formación caracterológica. Estas formaciones integran una estructura más o menos estable que permite mantener la identidad y posibilita tener una determinada imagen de sí mismo con la tendencia a consolidar relaciones objetales estables. La consistencia del núcleo tiene la faz negativa de la posible rigidez que no es fácil de salvar, sin cierto esfuerzo analítico. Como hemos dicho, los núcleos pueden dividirse en: esquizoide, confuso y depresivo.

El núcleo esquizoide se identifica por movilizar de preferencia los mecanismos de proyección, introyección y escisión con su respectivo interjuego. El sujeto que presenta este núcleo como forma prevalente de construcción de su propia identidad y de organización del entorno, posee un *self* autovalorado narcisísticamente, un *self* "bueno", al cual intenta preservar de situaciones que pudieran dañarle, (heridas narcisistas); por otra parte, no hay una integración consistente de los objetos persecutorios en estructuras estables, con el consiguiente riesgo de retorno de lo proyectado. La actitud es propositiva e inquisitiva, cautelosa frente al exterior, que aparece como un espacio lábilmente desinvertido. Las situaciones en que predomina lo cognoscitivo son mejor manejadas que aquellas que propenden a lo afectivo.

En los sujetos con *núcleo confuso* los mecanismos de defensa característicos, además de los anteriores, son los de identificación proyectiva y denegación. El objeto, desde esta perspectiva, está idealizado, adquiere las características de omnipotencia; el *self*, por su parte, se encuentra especularmente hipertrofiado, a imagen y semejanza del objeto. La actitud fundamental tiende a la actuación, con posteriores momentos reflexivos, al contrario de lo que ocurría en el núcleo esquizoide en el que la reflexión es previa y sólo está precedida por la evitación. Son frecuentes las situaciones grandiosas en las que las tendencias a la fusión estática con el objeto y la frustración/destrucción se suceden.

Los sujetos con *núcleo depresivo* se estructuran alrededor del mecanismo defensivo de la represión. El *self* tiende a una valoración ponderada. El medio es vivido de manera ambivalente. Esa ambivalencia es producto del principio de realidad en el que entra en juego la tentativa, la duda, la crisis de los resortes mágicos. La libido objetal adquiere una importancia relativamente mayor que la libido narcisista.

La estructuración de los núcleos implica distintos tipos de vivencias del individuo en el grupo terapéutico. La tarea aquí, entendida a partir del concepto de los núcleos básicos y de los grupos internos, se va a desarrollar en lo concreto a través de situaciones esquizoides, confusionales o depresivas de manera que habrá partes de cada uno de estos momentos propicios al cambio (reflexión, creación, praxis) y partes de resistencia al mismo (culpa, persecución, bloqueo). Según prime una u otra tendencia, se hablará de cooperación o de sabotaje respecto al tramo específico de la tarea que ocupa al grupo en un instante determinado.

La *situación grupal* es otro concepto central del presente modelo. Se puede entender por situación grupal aquella secuencia de conductas verbales y preverbales que resultan del empleo preferente y significativo de un conjunto de mecanismos de defensa. Las situaciones grupales admiten una doble lectura, la primera profunda, la segunda a nivel descriptivo. Es

necesario tener en cuenta que el material conflictivo, sea del tipo que fuere es, en primer lugar, exponente de resistencia al cambio, pero al mismo tiempo, lleva en sí el germen de éste. De lo que se deduce que el proceso grupal, desarrollado a través de las mencionadas situaciones, oscila de forma permanente entre ambos polos. Por lo común, los primeros representantes del material conflictivo aparecen en su vertiente resistencial: exposición de síntomas, mostración de actitudes relacionales repetitivas, y material transferencial derivado de relaciones objetales arcaicas. Los núcleos básicos de la personalidad de los integrantes de un lado, y los propios contenidos de la situación de otro, provocan que se desplieguen para el manejo de la angustia determinados mecanismos de defensa que, aunque no de forma exclusiva, sí dominan sobre el resto. La mayor exclusividad se dará en función de la gravedad de la patología de los integrantes —estructuras defensivas más rígidas— y del sesgo nuclear del grupo concreto. Para el diagnóstico de la situación grupal concreta, el equipo terapéutico habrá de hacer la mencionada doble lectura:

1. La detección de contenidos manifiestos del “aquí y ahora grupal”. Relatos, intervenciones puntuales, silencios prolongados, manifestaciones afectivas preverbales, grado de cohesión del discurso.
2. El análisis estructural de la situación. Con ello nos referimos a cómo se manejan los citados contenidos manifiestos, alrededor de qué mecanismos de defensa se organiza el discurso.

El grupo elabora cuando está en situación depresiva, pero también ésta sirve para inducir a la repetición, al sometimiento a demandas superyoicas excesivas; en situación esquizoide se muestra propositivo, capaz de aflorar nuevos emergentes que desalienten la repetición, aunque en su vertiente resistencial sirve para ahondar en las fantasías de fragmentación, en la oralidad exclusiva y excluyente, en los sentimientos de persecución. El grupo actúa en situación confusional y lleva a la práctica aquello que piensa y siente, pero la situación confusional que se opone al cambio aboca en el *acting*, o en el bloqueo implosivo; la aproximación puede tomarse fusión y los sentimientos resonantes en omnipotencia.

Tenemos presente que por intervenir un elevado número de variables (núcleos, historias, medios, situaciones, proceso, etc.) no podemos hablar de *tarea terapéutica* mas que en el sentido genérico de lugar común entre las diversidades. Como el significado más abarcativo posible de un cúmulo de significantes. Núcleos básicos de la personalidad, materiales conflictivos, situaciones grupales, cambio y resistencia al cambio son otros tantos referentes de la tarea terapéutica. La tarea de un grupo terapéutico no se entiende como “curación tipo”, en términos absolutos, sino como la posibilidad de que cada paciente defina y halle con los otros el proceso de su propio desarrollo.

La tarea terapéutica no viene impuesta por la voluntad del terapeuta, sino que es producto de las situaciones nacidas en el grupo, junto con las intervenciones del terapeuta (Caparrós, 1980).

Al poder ordenar a los sujetos según distintos núcleos, es decir, por ese peculiar modo de introyectar y estructurar los vínculos fundantes, vemos que se establece una dinámica concreta y que un grupo tiene mayor probabilidad de actuar inicialmente de una manera determinada en función a la proporción relativa de los núcleos que lo integren.

12.8.2. Dispositivos técnicos

Respecto de las indicaciones de grupo, digamos cómo este segmento de la decisión parte fundamentalmente de una evaluación del curso terapéutico del paciente y los trayectos vitales conflictivos o deficitarios de su proceso de subjetivación, más que de entidades gnoseológicas concretas. Tras la decisión hay una estrategia terapéutica que persigue abordar determinadas áreas de conflicto; el grupo (por su particular puesta en escena) puede ser un activador y desvelador privilegiado de vínculos fundantes y ansiedades básicas y un espacio continente para un análisis profundo. La puesta en escena grupal, radicalmente distinta de la cura tipo, permite “visualizar” una serie de facetas o procesos más opacos en el encuentro individual, esa visualización afecta igualmente a pacientes y terapeutas. Pero además es un espacio donde “lo que se ve” puede transformarse, apoyándonos precisamente en los mismos recursos que amplían el horizonte. Los tratamientos en situación bipersonal o grupal son (o deberían ser) modalidades técnicas articulables (sucesiva o simultáneamente) en la estrategia terapéutica con un paciente determinado. Podemos decir que no todos los pacientes están en un grupo “para lo mismo”; si con un paciente (digamos neurótico) pretendemos en lo esencial una psicologización de unos síntomas que vive como cuerpo extraño (y que suele llevar en el encuentro individual a una vivencia pasiva cercana al acto médico), con otro paciente (sea un psicótico compensado y con un trayecto terapéutico de maternaje corrector realizado en sesiones individuales) perseguimos que “no se asuste” de sus propios fantasmas y vaya entablando un diálogo (mediado por el grupo) con sus deseos y ansiedades. La tarea terapéutica es asumida y ejercida de modo diverso por los miembros de un grupo.

Respecto de la combinación de integrantes, tendemos en lo posible a su heterogeneidad en algunas variables: tipo de núcleo, sintomatología, sexo, como base de su complementariedad en el proceso terapéutico; y a la homogeneidad en otras: edad, claves culturales. Pero digamos de antemano que no existe el grupo ideal. El intento por delimitar exhaustivamente el perfil de un grupo obedece al deseo de aplacar las ansiedades del terapeuta, que pretende controlar y predecir el desarrollo del grupo. En la práctica, toda configuración grupal adolece de sesgos y la cuestión reside en detectar sus puntos ciegos, sus estructuras resistenciales específicas.

Atendemos sobre todo, en cuanto a los aspectos diagnósticos en la selección de integrantes:

1. Al núcleo de personalidad (N. Caparrós): esquizoide, confusional, depresivo, o su ausencia en caso de psicosis.
2. Área de expresión prevalente de la conducta (J. Bleger): cuerpo, mente, relación.
3. Superestructura sintomal o aspectos fenomenológicos descriptivos.

La inclusión de pacientes psicóticos en un grupo (no formado exclusivamente por pacientes con este diagnóstico), debe tener muy en cuenta tanto su momento terapéutico (ausencia cuando menos relativa de síntomas productivos y trabajo previo o paralelo en terapia individual), como la capacidad continente del grupo (pacientes con un cierto “rodaje” en grupo), escasa proporción de sujetos psicóticos so pena que formemos un grupo especial con éstos, con objetivos limitados, no inclusión de personalidades explosivo-bloqueadas severas..., es decir, habrá de tenerse en cuenta que el pánico que el psicótico puede desatar ante ciertas situaciones no se desborde en una multiplicación angustiosa tanto en él como en el resto de integrantes.

Respecto del equipo terapéutico, lo integran 2 ó 3 terapeutas que trabajan en co-terapia sin una diferenciación fija o permanente de roles (coordinación/observación), donde un estilo fundamentalmente activo no se confunde con el rol de líder (que sigue siendo, como en el grupo operativo, la tarea, en este caso terapéutica). La co-terapia en estas condiciones, promueve que cada terapeuta pueda desplegar su estilo personal, no sólo en lo que respecta al manejo de la técnica, sino a las valencias contra-transferenciales que se movilizan y las transferencias que suscita o le son depositadas. Por otra parte, las depositaciones transferenciales en los distintos miembros del equipo (y las correlativas vivencias contra-transferenciales) permiten trabajar simultáneamente vínculos y áreas de conflicto del paciente, que el espacio individual debe afrontar de forma sucesiva. Tanto más cuanto que el mundo imaginario del paciente se expresa, además, en las transferencias cruzadas entre los mismos integrantes (co-transferencia). Asimismo, el proceso interpretativo se enriquece cuando esas corrientes afectivas traspasan y se nutren los respectivos mundos internos de los integrantes.

Importa sobre todo que algún terapeuta esté siempre en atención flotante para que la intervención activa, caso de que se produzca, no depare pérdida de material analítico. Gran parte de las técnicas activas no respetan este principio y limitan con ello muchos de sus posibles efectos terapéuticos.

El *señalamiento* es pieza clave en el análisis del proceso grupal, ocupando buena parte del quehacer del equipo. Con su concurso se va puntuando el discurso del grupo (o mejor, el entrecruzamiento de discursos verbales, gestuales, posturales que enmarañan la producción). En los grupos hay silencios verbales, nunca ausencia de comunicación (por definición imposible). Como antes dijimos, el coordinador realiza mediante el oportuno señalamiento una elección sobre el discurso procesual. El señalamiento cobra toda su eficacia terapéutica cuando opera sobre el proceso grupal puntuando y denotando los momentos de cambio y resistencia al cambio. El señalamiento grupal tiende a desbloquear la situación y abre intervenciones que recogen la atmósfera latente imperante en el grupo, flotante incluyendo los diálogos, transferencia/contratransferencia.

La labor interpretativa con el grupo no siempre puede realizarse con un soporte verbal. A veces, la interpretación verbal "rebota", en el sentido de que no rompe la barrera latente/manifiesto y el grupo oye el mensaje sin poder escuchar su sentido y reorganizarse de un modo menos defensivo: hay silencio o prosigue el ruido. En esos casos, la invitación a dramatizar una escena que simboliza el conflicto, desplazadamente, con las claves de lo latente amordazado, tiene la virtud de ofrecer una visión mucho más inapelable de ese conflicto. Llamamos *consigna* a este desplazamiento al campo de lo imaginario de la situación manifiesta. Si la propuesta del equipo es acertada, el desarrollo de la escena por parte de los integrantes que desconocen su sentido, irá mostrando en un plano imaginario las dificultades que obstaculizan el proceso grupal, haciéndolo monótono. El equipo no "sabe", reiterémoslo, en qué va a parar la escena, tan sólo cuenta con el conocimiento de los aspectos resistenciales de la situación actual y una hipótesis de lo que éstos ocultan. Es el grupo quien va a desarrollar esa hipótesis, y sobre ese campo abierto puede vertirse una labor interpretativa, hacia el grupo y/o ciertos integrantes.

Centrémonos ahora en el grupo psicológico. El señalamiento debería aplicarse sobre el proceso grupal. Aquí reside una de las claves diferenciales del manejo de este instrumento técnico, entre la psicoterapia individual y la de grupo. Puntuar el proceso grupal y denotar de entre sus significantes los significados que concurren en el aquí y ahora. El coordinador realiza, mediante el oportuno señalamiento, una elección en el discurso procesual desde un modelo teórico y un ECRO determinado. Pero deja a la vez inconclusa la tarea de lograr un

significado pleno. La operación denotativa convierte en posible señal para los pacientes un particular signifiante. Queda por ver si éstos la reciben como tal y en caso afirmativo, resta el trabajo de elaboración y de apropiación de lo elaborado. El coordinador efectúa una verdadera oferta de significantes. En nuestra opinión, el señalamiento sólo es útil si efectúa la función de puntuar los instantes de cambio o de resistencia al mismo. En otras palabras, ha de encargarse de balizar las linealidades resistenciales y los puntos de inflexión del proceso grupal.

Por otra parte, la función "meta" del señalamiento, queda establecida en el cometido específico que el descentramiento terapéutico precisa en el observador. Observador que, por otra parte, participa en el proceso (véanse los capítulos *Teoría de la observación e Investigación e intervención...*). Sólo desde esta perspectiva puede ser detectada la señal. Digamos ahora que la elección de entre los potenciales significantes del proceso grupal, viene dictada por el marco teórico, pero también por los referentes ideológicos y contratransferenciales.

La *interpretación* en psicoterapia grupal tiene distintos matices a los que es preciso atender. Es necesario interpretar al grupo en la medida que el todo es algo distinto a la mera suma de las partes. Con la interpretación al grupo, el sujeto recibe algo nuevo desde fuera, que rebasa los límites de la mera redundancia. El sujeto se enfrenta con algo más que la cara oculta de su conducta, con los latentes grupales que la engloban y contextualizan. En este sentido la interpretación grupal es nutricia. La interpretación individual tiene pleno sentido si se remite al campo más amplio de la interpretación grupal. En este caso cabe diferenciarla en dos aspectos:

1. Las diversas interpretaciones de la transferencia: interpretación de la inter-transferencia y de la transferencia con los terapeutas.
2. La interpretación de las resistencias.

Los referentes interpretativos deben ser siempre los que aporte el propio proceso grupal y varían según el momento terapéutico del grupo. En este sentido, ese tipo de referentes pueden agruparse, de manera genérica, en diádicos o pre-edípicos y triádicos o edípicos. Como norma general pretendemos dejar a la iniciativa del grupo la mayor cantidad de trabajo interpretativo, de ahí que ensayemos en primer lugar los señalamientos y las consignas buscando así una mayor participación activa en el proceso de elaboración. El lector puede ampliar esta perspectiva consultando un manual recientemente compilado por uno de nosotros (Ávila, 1993).

En el siguiente epígrafe vamos a revisar las modalidades técnicas y aplicaciones del modelo analítico vincular, en cuanto a sus posibilidades y límites como técnicas cualitativas de investigación social.

12.9. Posibilidades y límites de los grupos terapéuticos y sus derivados como técnicas cualitativas de investigación social

Nos vamos a ocupar ahora de revisar qué dispositivos grupales se han generado a partir del modelo clásico del grupo terapéutico, organizándolos sistemáticamente en modalidades técnicas que han ido adquiriendo una diferenciación suficiente hasta lograr la singularidad que justifica su mención. Por otra parte trataremos de salvar la distancia que existe entre el grupo como método de facilitación del aprendizaje y el cambio en el nivel de los individuos,

los grupos o las instituciones, y el grupo como método de investigación. El lector ha de tener presente que los dispositivos grupales derivados de los modelos terapéuticos necesitan ser adaptados para cumplir fines de investigación, pero que esta adaptación está en gran medida aún por hacer. Las modalidades técnicas que serán inicialmente revisadas, siguiendo a Ávila (1988), son las siguientes: a) grupo terapéutico; b) grupo intensivo periódico; c) grupo "laboratorio" o intensivo no periódico; d) grupo de sensibilización; e) grupo familiar.

12.9.1. Grupo terapéutico

Se trata de la modalidad *princeps* de grupo, cuya finalidad es promover o contribuir a la curación de los trastornos psíquicos de los pacientes-integrantes. El grupo se forma a iniciativa de los terapeutas, quienes escogen esta forma de tratamiento para ciertos pacientes —bajo ciertos criterios—, bien como alternativa al tratamiento individual o de forma complementaria a este. Lo distintivo del encuadre del grupo terapéutico radica en el énfasis que se pone al subrayar la demanda de tratamiento y/o ayuda para la resolución de los trastornos y conflictos psíquicos individuales, introduciendo inicialmente al grupo en cuanto *situación* y no como idea totalizadora o *tarea*. El grupo terapéutico no es un grupo espejo ni alternativo al grupo familiar o de pertenencia real del sujeto, aunque pueda funcionar en el imaginario como tal en diversos momentos del proceso terapéutico del paciente. La transferencia y contra-transferencia en el grupo responden a un esquema de múltiples interdeterminaciones cuyo desvelamiento requiere en los terapeutas una especial disposición y entrenamiento, abordado prioritariamente en su formación a través de conceptos y experiencias como la *historia grupal* y el *trabajo grupal* de los propios terapeutas. Así es concebido por las principales orientaciones teóricas del grupo terapéutico. El trabajo terapéutico que se lleva a cabo en los grupos discurre mediante el desvelamiento de la trama dinámica vincular del sujeto. Este se da en un contexto de múltiples niveles asociativos *garantizado* por los fenómenos de transferencia múltiple, sobre el cual el plano *interpretativo* que introducen los terapeutas promueve la elaboración, el *insight* y el cambio en el sujeto (tanto en el comportamiento como en la trama dinámica vincular), cambio que se manifiesta primero en la situación grupal y posteriormente en el afuera o viceversa. La convergencia en el sujeto del proceso de la psicoterapia individual y grupal facilita completar los distintos niveles analíticos. La posibilidad de utilizar este dispositivo como método de recogida de información psicosocial, pasa por que el investigador social sea uno de los miembros del equipo terapéutico, encargado de la observación de los fenómenos grupales en cuanto tales, y de detectar los emergentes individuales que representan los fenómenos sociales de interés para el investigador. Pero la tarea investigadora no puede subvertir la genuina finalidad del grupo: el cambio personal.

12.9.2. Grupo intensivo periódico

El grupo intensivo periódico es una oferta técnica que puede permitirnos insertar la situación grupal como espacio de movilización y elaboración en el proceso psicoterapéutico individual de personas que no están disponibles para participar en grupo periódico de una o dos sesiones semanales. Esta *indisponibilidad* la estimamos principalmente de tipo estructural y no como mera dificultad formal (horarios, etc.), es decir que el momento particular

en el proceso terapéutico del paciente no haga aconsejable primar a la situación de grupo como espacio interpretativo y elaborativo. Las experiencias realizadas con esta modalidad de grupo han ofrecido resultados terapéuticos similares a los del grupo periódico, y tienen las mismas limitaciones como técnica de investigación que las señaladas para el grupo terapéutico (véase García de la Hoz y Ávila, 1992).

12.9.3. Grupo "laboratorio" o intensivo no periódico

El grupo intensivo no periódico, denominado más frecuentemente en nuestro contexto como "laboratorio" es una modalidad surgida a partir de las experiencias intensivas de grupo llevadas a cabo por terapeutas de la comunicación, guesaltistas o psicodramatistas. Concebido inicialmente (y en algunas perspectivas extra-analíticas también en la actualidad) como una modalidad terapéutica *en sí misma*, de carácter catártico intensivo, o actividad terapéutica en *gran dosis*, el grupo laboratorio ha venido a perder esa perspectiva sustituyéndola por una opción de trabajo psicoterapéutico grupal complementario a un *tratamiento regular de base*, bien individual o grupal, cara al cual la intervención intensiva que supone el grupo laboratorio viene a operar como momento de síntesis, reflexión, elaboración y confrontación con el *afuera* del tratamiento (individual o grupal).

Se puede denominar grupo laboratorio a experiencias intensivas superiores a diez horas de trabajo grupal, divididas en dos o más unidades, con interrupciones en las que el grupo no está reunido, ni siquiera informalmente. La situación de laboratorio crea una *ruptura* en la actividad y entorno cotidiano, que debe subrayarse en el encuadre. Técnicamente el grupo laboratorio es conducido de manera que se facilite en los integrantes la tarea de síntesis y reflexión personal, elaboración de lo movilizado, y puesta en escena *fuera* del tratamiento (individual o grupal) de su proceso personal actual. El espacio interpretativo del que los terapeutas disponen en el laboratorio es precisamente aquél centrado en el *aquí y ahora*, como corte sincrónico (condensación) del proceso diacrónico del sujeto. El marco que ofrece el grupo laboratorio se considera el más idóneo para la utilización dentro de la psicoterapia de las llamadas *técnicas activas* (derivadas de recursos técnicos psicodramáticos, gestálticos, expresivos) incluyendo la observación grupal y auto-observación mediada por elementos técnicos como el espejo o el vídeo. Además del laboratorio terapéutico se ha establecido también un modelo de grupo laboratorio que excluye la dimensión terapéutica, conducido como *grupo intensivo de sensibilización* sobre la tarea de formación, y eventualmente para la investigación. Su especificidad radica en limitar la conducción a ejercer un rol movilizador y lector de fenómenos relativos a la dinámica de grupo de formación. Los elementos técnicos del grupo operativo sirven como herramienta para la *lectura grupal* de este tipo de laboratorio, así como para el abordaje específico de subtareas y tareas (véase Caparrós y Ávila, en Ávila, 1993).

12.9.4. Grupo de sensibilización

Se denomina grupo de sensibilización a una situación grupal diseñada y conducida para producir una aproximación a una tarea más compleja, pero para la que todavía no se dan las condiciones idóneas; frecuentemente es un grupo previo al terapéutico; en ocasiones está

destinado a promover el reconocimiento y toma de conciencia de las propias actitudes ante una situación/decisión de riesgo. Está indicado pues como dispositivo de auto-conocimiento y elaboración emocional y reflexiva, conducido bajo límites precisos que eviten la excesiva movilización o profundización. Cumple sus objetivos promoviendo en el sujeto un cuestionamiento acerca de la naturaleza de su demanda, ofreciendo orientación sobre las posibilidades de trabajarla más en profundidad, y señalando qué componentes actitudinales y emocionales pueden necesitar ser esclarecidos antes de tomar una decisión en una situación de riesgo. En el grupo de sensibilización se excluye el nivel interpretativo y en consecuencia no se efectúa trabajo sobre los aspectos transferenciales, los cuales si se presentan son reconducidos a ulteriores acciones o contextos terapéuticos. La brevedad procesual del grupo de sensibilización evita en todo caso que el trabajo grupal derive hacia una dirección terapéutica, ciñéndose a sus objetivos de autoconocimiento y elaboración emocional y reflexiva. Cuando los integrantes del grupo han acudido en demanda de información/asesoramiento para tomar una decisión vital que les implica de forma relevante (p. ej. ante una toma de decisión sobre adoptar o no medidas de anticoncepción irreversible) el dispositivo del grupo de sensibilización ofrece a los sujetos el espacio de palabra y elaboración complementario a la aparente mera petición de información *técnica* que le hacen al profesional de la salud mental. En esta vertiente, la *toma de decisión bien informada* pasa por el cuestionamiento y elaboración del sujeto en torno a la demanda, lugar ocupado por el grupo y potencialmente por una intervención posterior más extensa. Una variante del grupo de sensibilización, orientado a una finalidad mixta, resultante de objetivos diagnósticos, pronósticos y de encuadre son las denominadas primeras entrevistas grupales, dispositivo de acogida utilizable en centros comunitarios, que permite conocer la demanda y efectuar una valoración pronóstica sobre las opciones de intervención a implementar. Por sus características tanto el grupo de sensibilización como las entrevistas grupales son una modalidad aprovechable para la investigación social con menos limitaciones que los grupos terapéuticos.

12.9.5. Grupo familiar

Se denomina grupo familiar a la respuesta técnica que se da cuando se recibe una demanda que el profesional entiende ha de abordarse mediante la participación de los miembros del núcleo familiar, y cuya intervención no tiene un carácter meramente *informativo* sino que promueve con la mediación de los terapeutas la efectucción de cambios en el funcionamiento del *sistema* familiar. Aunque la tendencia está cambiando, no es frecuente todavía en nuestro contexto social que se produzcan demandas familiares, salvo por la mayor implicación social de la familia en temáticas como la drogadicción, o a través de colectivos de afectados por situaciones disfuncionales, patológicas o de riesgo (SIDA, minusvalías, etc.). Lo más común es que sean los profesionales quienes convocan al núcleo familiar señalando de esta forma la implicación de todos en la demanda, síntoma o problema explicitado. La concepción del *miembro enfermo* de la familia como *portavoz* de lo patológico en ésta implica una lectura grupal de los fenómenos (normales o patológicos) que se dan en el seno de las familias. El trabajo familiar no es incompatible con otras formas de intervención (individual o grupal) en los que puedan participar alguno de los integrantes. Cabe hacer aquí las mismas restricciones e indicaciones sobre la idoneidad del grupo familiar como técnica de investigación social, debiendo extrapolarse según los casos lo se-

ñalado para el grupo terapéutico, o lo previsto para el grupo de sensibilización, según sea el nivel en el que discorra el trabajo con la familia.

Hasta el momento hemos considerado diversas modalidades de grupo fundamentadas en torno a su pretensión terapéutica o pre-terapéutica. En lo que sigue examinaremos otras modalidades, tan importantes o más que aquellas, y cuyo énfasis va a estar puesto en aspectos del grupo en cuanto grupo, referidas prioritariamente a las necesidades de trabajo grupal que se dan en las instituciones que desarrollan una labor (preventiva, asistencial, formativa) en el terreno de la Salud, así como al análisis y elaboración de las situaciones grupales que se dan en las mismas. Revisaremos a continuación las propuestas técnicas del grupo de discusión, grupo operativo, grupo de reflexión y grupo institucional.

12.9.6. Grupo de discusión

El *grupo de discusión* es un dispositivo utilizable para la facilitación de la tarea de enseñanza/aprendizaje individual en situación de grupo, particularmente para inducir o facilitar la *motivación individual* hacia el aprendizaje, al tiempo de ser una de las técnicas *princeps* en la investigación social. Su pertinencia radica en una doble premisa: en las instituciones comunitarias relacionadas con la salud, y en particular con la salud mental, se debe llevar a cabo una tarea de formación y auto-formación permanente de sus profesionales. Además el grupo de discusión puede utilizarse en numerosas situaciones de intervención comunitaria en las que sea necesaria la obtención, transmisión y elaboración de información de, por y para los usuarios (p. ej. en las actividades de “educación para la salud”).

La tarea del coordinador y observador es la facilitación de la participación en las discusiones y la consecución de progresos (o toma de conciencia de los mismos) por los *integrantes*. Su papel es el de *orientador* de la discusión, promoviendo el progreso en la discusión de los temas pero sin violentar el ritmo y la motivación del grupo. Por tanto ha de iniciar, sostener y valorar la discusión, sin ejercer por ello un mero papel de receptor o docente-transmisor de información, venciendo la resistencia al trabajo e introduciendo las preguntas que pueden permitir que la discusión siga. Las temáticas “naturales” de *discusión* pueden ser muy variadas: análisis del contenido de unidades informativas; preparación para abordar nuevas tareas; división del problema a abordar en sus elementos o secuencias; puesta en práctica de conceptos y aplicaciones; explicitación y resolución de problemas del grupo; etc. La presencia de un observador participante, además de su función específica de recogida de información, puede resolver situaciones de bloqueo de la discusión. La especificidad del *rol* de coordinador del grupo de discusión radica en que éste gestiona la dinámica grupal para que el aprendizaje se centre en los integrantes y no gire en torno a su figura de docente como mero transmisor de información, promoviendo que las discusiones elaborativas se den por, en y con el grupo, no para el docente, induciendo además un descentramiento progresivo del grupo respecto de la figura del docente, reduciendo la dependencia de este. Un grupo de discusión puede gestionar su trabajo en una etapa avanzada sin apenas participación del coordinador.

Para un tratamiento específico del grupo de discusión como técnica de investigación sociológica, véase el capítulo correspondiente del presente libro. Una variante del grupo de discusión estriba en aplicar a su enfoque técnico la concepción grupal operativa. Al grupo operativo propiamente dicho nos referimos a continuación.

12.9.7. Grupo operativo

El grupo operativo es concebido como un grupo centrado en la *tarea*, con la finalidad de resolver las dificultades que un grupo en cuanto tal tiene para realizar una tarea, y accionando esta en dos dimensiones: el sujeto como *portavoz* del grupo y la *fantasía inconsciente grupal* en torno a la tarea. El grupo operativo es formulado como un dispositivo técnico para movilizar las estructuras estereotipadas grupales que inciden en la producción de dificultades de aprendizaje y comunicación en el grupo y que están relacionadas con la *ansiedad* que despierta el *cambio* (grupal e individual). Para la consecución de las finalidades del grupo (abordar, desarrollar y resolver la tarea; establecer un proyecto grupal) es necesario construir un *Esquema Conceptual, Referencial y Operativo* (ECRO grupal). El concepto de *tarea* tiene gran trascendencia en la formulación del grupo operativo. La *tarea* es el *líder* del grupo operativo, como resultante del proceso grupal. Se distingue entre *tarea manifiesta* (lo explícito de la tarea, el factor que reúne al grupo) y *tarea latente* (lo no explícito, pero determinante). La tarea surge de la convergencia de dos procesos: a) la lectura correcta de las exigencias que el entorno le plantea al grupo; y b) la exteriorización colectiva (verbal o no) de las fantasías de un conjunto de personas; ello implica una naturaleza de la tarea que radica tanto en lo social como en lo individual, de cuya dialéctica surge el grupo. Inicialmente la tarea (en lo manifiesto y en sus primeras implicaciones latentes) es tal en tanto que nuclea en torno a sí a un conjunto de personas que pueden devenir en grupo. Se distinguen varios momentos en la evolución de la tarea:

1. *Pre-tarea*, o etapa del proceso grupal en el que se aborda la tarea de forma periférica (abordaje de la tarea *como si*), expresándose las resistencias y ansiedades.
2. La elaboración de la pre-tarea permite asumir la *tarea*, gestionando esta de manera efectiva, comúnmente mediante su división en sub-tareas.
3. Etapa de *proyecto* o integración de tarea y grupo en un proyecto grupal asumido como tal.

La relación dialéctica entre el cambio y la resistencia al cambio va a marcar el procesamiento de la tarea por el grupo.

El encuadre del grupo operativo se formula a partir de la pre-existencia de un *grupo funcional*, o conjunto de personas nucleadas en torno a tareas manifiestas comunes (p. ej. Equipo de profesionales de la salud mental) en el que existe una demanda, generalmente periférica a la verdadera naturaleza de la tarea. El grupo operativo es gestionado por un equipo de coordinación compuesto al menos por dos personas: *coordinador* y *observador participante*. El coordinador tiene como función señalar e interpretar al grupo y a los integrantes en su devenir o funcionamiento grupal respecto de la tarea y subtareas. Señala los emergentes y los contenidos latentes, activa la experiencia grupal, e interpreta el significado. Muestra la unidad del grupo estableciendo la lectura de las relaciones entre sus componentes, pero atiende también a los integrantes en sus particulares momentos de articulación respecto del acontecer grupal; muy particularmente señala el vínculo entre los distintos integrantes, elementos y momentos grupales y la tarea. El coordinador, se sitúa *como-si* estuviera dentro del grupo y desde esa posición toma permanentemente distancia para señalar el accionar grupal. El observador se ocupa de efectuar una lectura (descriptiva e interpretativa) del proceso grupal situándose claramente fuera del grupo, mediante la recogida y organización de los emergentes grupales, y cuya lectura permite que el grupo tenga

una visión procesual de su acontecer. Coordinación y observación son roles funcionalmente complementarios, no superponibles y estables. La presencia en el equipo de coordinación de un tercer integrante permite que este complemente la tarea del coordinador u observador. No se ha establecido que los miembros del equipo de coordinación tengan que tener características especiales –aparte de su aptitud técnica– así como tampoco para los integrantes del grupo, cuyas características vienen dadas por su vinculación con la *tarea*. Lo distintivo del equipo de coordinación –en su conjunto– va a ser que el sentido de su funcionamiento les señale como *agentes del cambio grupal*, aunque compartan ese papel con *emergentes* del grupo. Por sus características, el grupo operativo es una excelente técnica de investigación social, aplicable prácticamente a todo tipo de situaciones.

12.9.8. Grupo de reflexión

El grupo de reflexión nació como una variante del grupo operativo, adquiriendo después especificidad propia. Se trata de un grupo orientado a la toma de conciencia por parte de sus integrantes de los fenómenos que se dan en la implementación de proyectos de trabajo en equipo, grupales o institucionales, mediante una elaboración reflexiva que no se conduce mediante un criterio de pertinencia a la tarea, sino mediante el aprovechamiento intensivo de las situaciones conflictivas o de dificultad que atraviesa el proyecto y/o el grupo. Mediante el grupo de reflexión se evita segregar o separar los problemas del grupo, aprovechándolos en cambio para transformar los obstáculos teóricos y prácticos en descubrimientos y nuevas técnicas o herramientas de trabajo. El grupo de reflexión se constituye a partir de un grupo pre-existente, que desempeña una tarea o se refiere a ella, el cual formula una demanda a un tercero relativa a una o varias situaciones de conflicto o dificultad por las que atraviesa el grupo. Ese tercero, el *conductor* del grupo de reflexión, escucha la demanda y articula un dispositivo que conducido bajo las reglas técnicas del grupo operativo aprovecha al máximo posible la experiencia previa y recursos del grupo, delimitando la contribución de los *estilos personales, figuras dramáticas, redes comunicacionales* y esquemas estereotipados del grupo para la resolución de tareas y afrontar las situaciones conflictivas. Las subtarefas del grupo de reflexión se orientan al ensayo de los obstáculos a la tarea, la reproducción de conductas conflictivas, la previsión de nuevos obstáculos. El referente interpretativo que utiliza el *conductor* es la relación del grupo con el proyecto, al que el grupo es funcional. Por sus características, el grupo de reflexión es un dispositivo de acción y cambio, utilizable como herramienta de trabajo en una intervención institucional o como formación permanente de los profesionales que trabajan en y con instituciones.

12.9.9. Grupo institucional

Se llama Institución a un nivel de fenómenos/estructuras que se encuentra en la articulación de lo *social* y lo *organizacional*, sistema de *reglas* o *principios* a seguir para la consecución de un tipo de sociedad, forma social cuyo contenido sería la articulación entre la acción histórica de los individuos, grupos y las normas sociales existentes. Los teóricos del *Análisis Institucional* han contrapuesto los conceptos de *lo instituido* y *lo instituyente* como aspectos dialécticos del devenir institucional, es decir de la *institucionalización*. El análisis de la institución se centra en revelar aquello que las instituciones encubren, en cuanto que

la institución no es una *instancia* más de los distintos niveles, sino una instancia que atraviesa todas las otras instancias (persona, relación, grupo, organización, sistema social).

La Institución puede ser estudiada como un grupo mediante un nivel de lectura que se ha denominado frecuentemente *Análisis Institucional*, adoptando la acepción que propagó la escuela francesa. Este *Análisis Institucional* supone que la *Institución*, en sí misma, es sometida a análisis por alguien de fuera que ocupa el lugar de *analista institucional*. La demanda parte de la institución —o de un grupo destacado, representativo de ésta, con frecuencia miembros del *staff*— y aunque lo demandado se centre en un problema específico (mal funcionamiento de ciertos aspectos de la institución, dificultad para progresar respecto de ciertos objetivos, etc.) el objeto de estudio y análisis que se constituye abarca a la Institución en sí misma comprendiendo todos sus elementos estructurales, y la generación del orden simbólico dentro de sí, para sus miembros y para el entorno (véanse caps. núms. 2, 6 y 22).

Las relaciones entre la Institución y el afuera (p. ej. el marco social o super-institucional o los usuarios) son también parte del campo de lectura del *analista*, aunque no de intervención directa. La delimitación precisa de la Institución es una tarea con frecuencia compleja, al implicar no solamente el núcleo institucional —p. ej. un centro asistencial o preventivo en su conjunto— sino también las instancias administrativas y políticas de las que depende, y la *población* de usuarios reales o potenciales. Los *analistas* hacen, en consecuencia, un esfuerzo por delimitar claramente la institución, tarea que con frecuencia les servirá para esbozar un pre-diagnóstico institucional sobre la *clase de realidad* que abordan.

El objetivo del grupo institucional es esclarecer el proceso de institucionalización, desvelando los elementos instituyentes e instituidos, y en su relación con las restantes instancias (lo individual, lo grupal, lo social). La lectura de este *proceso* nos lleva a situarlo respecto de los fenómenos de cambio institucional, entendiendo que tal análisis no supone más que el esclarecimiento de la dirección y sentido de dicho cambio, más que la pretensión de su verdadera realización o *control*. No conviene olvidar que a través de la institución se articula el control social, y por ello el peligro de convertirnos —en cuanto analistas institucionales— en meros agentes de control. No es necesario resaltar que esta modalidad es una de las más importantes técnicas de investigación social en el nivel institucional.

Hasta aquí esta revisión de algunos de los más importantes dispositivos grupales. Queda para otra ocasión la profundización en algunos de ellos en su potencialidad como herramientas de la investigación. Una variedad de temáticas sobre aplicaciones de lo grupal ha sido recogida en una obra colectiva (Ávila y García de la Hoz, en prensa), que el lector puede consultar para ampliar su perspectiva.

III. El grupo psicoanalítico y sus modalidades técnicas en la Psicología Clínica y Comunitaria (1989, 1993)¹

¹ Este capítulo contiene epígrafes, más desarrollados en sus aspectos técnicos, que han sido esbozados en el capítulo anterior

El grupo psicoanalítico y sus modalidades técnicas en la Psicología Clínica y Comunitaria

Alejandro Avila Espada¹

Desde principios del siglo XX viene recurriéndose tanto a la situación de grupo y al trabajo en y con grupos como un *dispositivo técnico* para lograr ciertos propósitos en el ámbito de la Salud Mental. Sólo recientemente se ha desarrollado un Modelo ó Concepción Grupal desde el que enfocar la intervención en Salud Mental. Durante décadas la primacía de lo técnico ha conducido a que la teorización sobre el grupo se haya situado casi siempre en un segundo plano, en el que con mucha frecuencia -salvo contribuciones destacadas- se ensayó una mera traslación o extrapolación de conceptos de la Sociología, Psicología, Psiquiatría ó Psicoanálisis, nacidos para la explicación de los fenómenos del sujeto (individual o social) al campo grupal. En la actualidad todavía permanece esta secundariedad y endeblez de la teoría del grupo respecto de la aparición de propuestas y estilos técnicos para su conducción. Ciertamente no estamos en las mismas circunstancias que cuando Bion publicó su magnífico libro *Experiencias en Grupos*, pero la cuestión de la teoría desde luego no puede darse por zanjada. Entre las diversas posibilidades que hay para arrojar algo de luz sobre este campo del conocimiento está el detenernos en el análisis comparativo de las *prácticas* de grupo, según las diferentes modalidades técnicas de los encuadres. A ello me voy a referir en lo que sigue, no con mera pretensión descriptiva, sino para señalar criterios -teóricos y técnicos- que ayuden a diferenciar dichas prácticas tanto por sus objetivos como por sus pre-conceptos.

¹ Trabajo originalmente publicado con el título "La contribución del grupo en la Psicología Clínica y Comunitaria" en el libro *El Grupo, lugar de encuentro y divergencia*, Actas de las I Jornadas Internacionales Grupo, Psicoanálisis y Psicoterapia, Madrid, 1989, .

Me serviré para ello de una breve revisión de las principales contribuciones teóricas, técnicas y aplicadas que el Grupo ha efectuado a los modelos de intervención en Psicología Clínica y Comunitaria. Esta revisión se va a centrar en el análisis de diferentes *modalidades* de Grupo con las que actualmente se trabaja², adoptando sobre ellas una toma de posición teórica y de método acerca de sus características definitorias, componentes y requisitos, así como sus aplicaciones Clínicas y Comunitarias. Para cada una de las variadas modalidades consideraré someramente aspectos tales como: Delimitación conceptual; finalidad; encuadre de trabajo; características de la coordinación; características de los integrantes; relaciones con el marco institucional en el que se realiza el grupo; principales aplicaciones.

La mayor dificultad a superar estriba en la diferenciación de las distintas modalidades de grupo, necesitando una clarificación conceptual sobre cuales son las ofertas diferenciadas de grupo que existen, qué las hace específicas y cuales son sus límites. En la medida en que el grupo aparece nítidamente como un dispositivo de actuación de primer orden en la intervención clínica y comunitaria se hace evidente esta necesidad de ordenar un campo tan aparentemente sumido en lo meramente *técnico*. Mi experiencia personal me permite apuntar que el hecho de establecer claramente los límites que dan sentido a cada clase de intervención grupal redundará en un mejor aprovechamiento de los recursos clínicos. Por otra parte quizás estas reflexiones sirvan a la Teoría, que en definitiva tendrá que deslindar -epistemológicamente hablando- cual es el espacio del grupo y sus modalidades.

¿Cuales son las principales modalidades de grupo, relevantes al profesional de la salud mental en la actualidad? No puedo pretender dar una respuesta exhaustiva, toda vez que al optar por ciertas categorías he de excluir necesariamente otras. Considero que actualmente tienen especificidad propia las siguientes modalidades: 1) Grupo terapéutico; 2) Grupo intensivo periódico; 3) Grupo "laboratorio" o Intensivo no periódico; 4) Grupo de sensibilización; 5) Grupo de admisión; 6) Grupo familiar; 7) Grupo de discusión; 8) Grupo operativo; 9) Grupo de reflexión; 10) Grupo institucional; 11) Grupo asamblea; y 12) Grupo de formación

Voy a considerar también muy brevemente la viabilidad del trabajo en grupo en función de criterios de agrupamiento por características de los integrantes (niños, adolescentes, adultos, tercera

² En los capítulos 9 a 13 de este mismo volumen se analiza más en profundidad algunas de las modalidades que aquí se exponen genéricamente.

edad, mujeres, psicóticos, alcohólicos o toxicómanos, pacientes crónicos o terminales, etc)

Grupo Terapéutico

Se trata de la modalidad *princeps* de grupo, cuya finalidad es promover o contribuir a la curación de los trastornos psíquicos de los pacientes - integrantes. El grupo se forma a iniciativa de los terapeutas, quienes escogen esta forma de tratamiento para ciertos pacientes -bajo ciertos criterios-, bien como alternativa al tratamiento individual o de forma complementaria a este. El grupo es convocado a reunirse una vez por semana (en ocasiones dos) durante aproximadamente de 60' a 90'. Los pacientes -salvo en atención institucional pública- pagan individualmente honorarios por las sesiones (normalmente de la misma cuantía que en la psicoterapia individual) y reciben de sus terapeutas indicaciones iniciales de encuadre del siguiente tipo:

"Todos los presentes han acudido en demanda de tratamiento para sus problemas y conflictos psíquicos. Algunos van además a simultanear el grupo con sesiones individuales. Los Terapeutas que (conduciremos / nos haremos cargo del grupo) seremos... (nombres / autopersección de los terapeutas). Nos reuniremos aquí en esta sala todas las semanas los (día) de (horario), desde ahora hasta (expresión del plazo hasta las vacaciones anuales) excepto una semana en Navidad y otra en Semana Santa. La no asistencia al grupo, aunque se avise con antelación o medie una causa 'justificada' no exime del pago de los honorarios de las sesiones. En el grupo cada uno puede expresar libremente todo lo que quiera, y todos adquirimos el compromiso de guardar el secreto de lo comunicado aquí por los demás. Igualmente si miembros del grupo se reuniesen entre sí fuera quedan invitados a traer al grupo sus experiencias. En el grupo cada uno puede tomar la palabra libremente cuando y cuanto quiera, sin esperar a que se le invite a ello, e interrumpiendo a los demás siempre que sea necesario. Podeis empezar..."

Lo distintivo del encuadre del Grupo Terapéutico radica en el énfasis que se pone al subrayar la demanda de tratamiento y/o ayuda para la resolución de los trastornos y conflictos psíquicos individuales, introduciendo inicialmente al Grupo en cuanto *situación* y no como idea totalizadora o *tarea*. Ello no quiere decir que en el devenir del trabajo del grupo no vaya a surgir la idea grupal (bien como protectora, inhibidora o persecutoria), pero esta tendrá que ser interpretada como un vector de resistencia al progreso terapéutico que lleva al paciente hacia el *afuera* del grupo, tras el trabajo elaborativo con sus tramas vinculares explicitadas en la situación grupal. El Grupo Terapéutico no es un grupo espejo ni alterna-

tivo al grupo familiar o de pertenencia real del sujeto, aunque pueda funcionar en el imaginario como tal en diversos momentos del proceso terapéutico del paciente. Aquí radica la importancia de la adecuada lectura y trabajo con los fenómenos transferenciales en grupo, núcleo de todos los problemas técnicos que se dan en la psicoterapia de grupo. La transferencia y contra-transferencia en el grupo responden a un esquema de múltiples interdeterminaciones cuyo desvelamiento requiere en los terapeutas una especial disposición y entrenamiento, abordado prioritariamente en su formación a través de conceptos y experiencias como la *historia grupal* y *trabajo grupal* de los propios terapeutas. Así es concebido por las principales orientaciones teóricas del Grupo Terapéutico: Grupo-análisis, Psicoterapia vincular.

El Grupo Terapéutico es conducido por un equipo formado idealmente por al menos dos terapeutas, si es posible de diferente sexo para una mayor posibilidad *nominal* proyectiva de las imago parentales. Un tercer miembro del equipo terapéutico ofrece mayores posibilidades transferenciales al grupo, aunque es más indicado en los grupos numerosos.

Un tamaño idóneo para el grupo está entre un mínimo de cinco y un máximo de diez integrantes, resaltándose la positiva experiencia de trabajo con grupos de seis a ocho personas, de ambos sexos y sin diferencias muy acusadas en edad. Los *criterios clínicos* esgrimidos para el acceso del paciente al grupo son muy variados y no suficientemente concluyentes³, destacándose cada vez con más fuerza la indicación del trabajo terapéutico en grupo con toda clase de pacientes *a posteriori* de un tratamiento individual -con frecuencia prolongado- o bien simultaneando individual y grupo en una segunda etapa del tratamiento. La duración media del tratamiento en grupo supone del orden de dos a cuatro años (temporadas), considerándose normalmente cambios en la composición de los integrantes del grupo al inicio de cada temporada anual.

El trabajo terapéutico que se lleva a cabo en los grupos discurre mediante el desvelamiento de la trama dinámica vincular del sujeto. Este se da en un contexto de múltiples niveles asociativos *garantizado* por los fenómenos de transferencia múltiple, sobre el

³ Revisiones y propuestas sobre este aspecto pueden consultarse en los siguientes trabajos: A. AVILA (1978) "Criterios diagnósticos para la formación del grupo terapéutico" *Clinica y Análisis Grupal* (12) 38-45; A. AVILA (1980) "Selección de integrantes y proceso terapéutico en grupos periódicos" *Clinica y Análisis Grupal* (23) 424-453, así como en el de N. CAPARROS "Las indicaciones de la terapia de grupo, hoy" incluidos en este mismo volumen.

cual el plano *interpretativo* que introducen los terapeutas promueve la elaboración, el *insight* y el cambio en el sujeto (tanto en el comportamiento como en la trama dinámica vincular), cambio que se manifiesta primero en la situación grupal y posteriormente en el afuera o viceversa. La convergencia en el sujeto del proceso de la psicoterapia individual y grupal facilita el completamiento de los distintos niveles analíticos.

Pero el lugar central, axial, que ocupa el Grupo Terapéutico no debe distraernos de la variada gama de opciones grupales a las que el clínico puede y debe recurrir. Aquí entran en juego las características del contexto institucional en el que se da el proceso terapéutico y éstas en relación dialéctica con las *posibilidades* dinámicas de los terapeutas y pacientes y las peculiaridades de cada tratamiento. De esta confrontación surgen nuevas modalidades de grupo, derivadas del Grupo Terapéutico, que vamos a revisar a continuación.

Grupo Intensivo Periódico

¿Cómo puede hacerse compatible en la práctica el nivel de lectura y análisis grupal en aquellas personas que siguen un proceso psicoterapéutico individual de larga duración?. Las respuestas teóricas y técnicas apuntan tanto a la posible especificidad del abordaje individual o grupal según las características de la persona y del proceso terapéutico seguido, como a su complementariedad en ciertas etapas. El Grupo Intensivo Periódico es una oferta técnica que puede permitirnos insertar la situación grupal como espacio de movilización y elaboración en el proceso psicoterapéutico de personas que no están disponibles para participar en grupo periódico de una o dos sesiones semanales. Esta *indisponibilidad* la estimamos principalmente de tipo estructural y no como mera dificultad formal (horarios, etc.), es decir, que el momento particular en el proceso terapéutico del paciente no haga aconsejable primar a la situación de grupo como espacio interpretativo y elaborativo.

En consecuencia será posible incluir en Grupo Intensivo Periódico a pacientes en los que el eje de la intervención terapéutica sea el abordaje individual, y desde una fase temprana del tratamiento. Esta modalidad de Grupo⁴ tiene las siguientes característi-

⁴ Una formulación y revisión de las características del Grupo Intensivo Periódico puede encontrarse en el capítulo 10 de este volumen, y también en el trabajo de P. ALONSO, A. GARCIA y T. LIEBANA "El Grupo Mensual. Una revisión sobre los aspectos formales" incluido en el libro *El Grupo, lugar de encuentro y divergencia*, Actas de las I Jornadas Internacionales Grupo, Psicoanálisis y Psicoterapia, Madrid, 1989.

cas: Se trata de un grupo estable, preferentemente cerrado (aunque por sus características es más susceptible de modificarse su composición por razones dinámicas del grupo o de los integrantes), de diez a catorce o más integrantes de ambos sexos, con sesiones mensuales de tres/cuatro horas, conducido en co-terapia por dos terapeutas con la frecuente inclusión de un tercero (bien terapeuta u observador). Las características del encuadre son similares a las del Grupo Terapéutico, variando obviamente las delimitaciones temporales.

Las experiencias realizadas con esta modalidad de grupo han ofrecido resultados terapéuticos similares a los del Grupo periódico, pero quizás sea necesaria mayor experiencia de trabajo para deslindar las peculiaridades que sobre la técnica y sus procesos dinámicos específicos -en particular los transferenciales- arroje esta nueva perspectiva.

Grupo "Laboratorio" o Intensivo no periódico

El Grupo Intensivo no periódico, denominado más frecuentemente en nuestro contexto como "Laboratorio" es una modalidad surgida a partir de las experiencias intensivas de grupo llevadas a cabo por terapeutas de la comunicación, guesialistas o psicodramatistas. Concebido inicialmente (y en algunas perspectivas extraanalíticas también en la actualidad) como una modalidad terapéutica *en si misma*, de carácter catártico intensivo, o actividad terapéutica en *gran dosis*, el Grupo Laboratorio ha venido a perder esa perspectiva sustituyéndola por una opción de trabajo psicoterapéutico grupal complementario a un *tratamiento regular de base*, bien individual o grupal, cara al cual la intervención intensiva que supone el Grupo Laboratorio viene a operar como momento de síntesis, reflexión, elaboración y confrontación con el *afuera* del tratamiento (individual o grupal).

Se puede denominar Grupo Laboratorio a experiencias intensivas superiores a diez horas de trabajo grupal, divididas en dos o más unidades, con interrupciones en las que el grupo no está reunido, ni siquiera informalmente. Hago esta distinción para precisar la distancia que separa al Grupo Laboratorio de las experiencias tipo maratón. La duración usual del Grupo Laboratorio se sitúa entre 12 y 24 horas, ubicadas tradicionalmente -por la mayor disponibilidad de los integrantes- en días de fin de semana o festivos, y en periodos cuya duración continuada no sea superior a cuatro horas. La situación de Laboratorio crea una *ruptura* en la actividad y entorno cotidiano, que debe subrayarse en el encuadre. Un encuadre genéri-

co podría ser del siguiente tipo:

"Vamos a trabajar juntos en este lugar durante (veinte) horas, repartidas en los siguientes periodos; cuatro horas hoy, de las () a las () horas; mañana de () a () y de () a (), con una pausa de dos horas para comer, y pasado mañana el mismo horario, de () a () y de () a (). Cada uno de vosotros acude al Grupo Laboratorio como parte del trabajo psicoterapéutico personal que está llevando a cabo. Los terapeutas que conduciremos (nos haremos cargo) del grupo seremos ... (presentaciones). Todos adquirimos el compromiso de asistir a los periodos grupales y guardar el secreto de lo comunicado y vivido aquí con y por los demás. Además es recomendable que en las situaciones de pausa o intermedios entre los distintos periodos del Grupo no se aborden temas personales o del grupo, y en todo caso que ello sea comunicado al grupo posteriormente. Si alguien está sorprendido o incomodo por la presencia de alguna persona aquí puede y debe decirlo ahora".

El énfasis que se hace sobre el horario en este encuadre viene a indicar la primacía que la *situación de laboratorio* va a tener sobre la actividad cotidiana o *efecto de ruptura*, subrayándose simultáneamente la conexión y dependencia del Grupo Laboratorio respecto del tratamiento. El que los integrantes del Grupo Laboratorio estén en tratamiento continuado (individual o grupal) garantiza que la experiencia del Laboratorio será suficientemente elaborada y aprovechada en una dirección terapéutica y no meramente catártica. Excepcionalmente puede incluirse a algunos integrantes que acudan al Grupo Laboratorio como experiencia en la que van a revisar y cuestionar el proceso seguido tras la terminación o interrupción de un tratamiento psicoterapéutico anterior.

El Grupo Laboratorio será conducido por un equipo de co-terapia formado por tres terapeutas, con sexos diferentes si es posible, y con posibilidad de incluir un observador que pueda participar en un rol mixto observador / Yo auxiliar. El número de personas en el Equipo de Co-terapia no viene solamente determinado por las características técnicas para conducir cualquier otra modalidad de grupo, si no también para posibilitar si fuere necesario periodos de descanso o análisis fuera de la situación grupal. El número de integrantes (puede tratarse tanto de pacientes de los co-terapeutas o no) de un Grupo Laboratorio puede oscilar entre 16/18 y 22/24 como máximo, dependiendo del número de personas en el Equipo de Co-terapia y las características físicas del local. El local idóneo para el desarrollo de un Grupo Laboratorio debe disponer de una sala amplia suficientemente aislada, acondicionada para el trabajo grupal de larga duración, pero igualmente disponer de espacios anejos para facilitar el trabajo por subgrupos, y un espacio de descanso y análisis para los terapeutas. Los honorarios se señalan a cada inte-

grante para el conjunto del Laboratorio, y es conveniente que se efectúe como un pago diferenciado respecto de los honorarios del tratamiento personal.

Técnicamente el Grupo Laboratorio es conducido de manera que se facilite en los integrantes la tarea de síntesis y reflexión personal, elaboración de lo movilizado, y puesta en escena *afuera* del tratamiento (individual o grupal) de su proceso personal actual. El espacio interpretativo del que los terapeutas disponen en el Laboratorio es precisamente aquél centrado en el *aquí y ahora*, como corte sincrónico (condensación) del proceso diacrónico del sujeto. El marco que ofrece el Grupo Laboratorio se considera el más idóneo para la utilización dentro de la psicoterapia de las llamadas *técnicas activas* (derivadas de recursos técnicos psicodramáticos, gestálticos, expresivos) incluyendo la observación grupal y autoobservación mediada por elementos técnicos como el espejo o el video.

Además del Laboratorio Terapéutico se ha establecido también un modelo de Grupo Laboratorio que excluye la dimensión terapéutica, conducido como *Grupo Intensivo de Sensibilización* sobre la tarea de Formación. Su especificidad radica en limitar la conducción a ejercer un rol movilizador y lector de fenómenos relativos a la dinámica de Grupo de Formación para profesionales de la Salud Mental. Los elementos técnicos del Grupo Operativo sirven como herramienta para la *lectura grupal* de este tipo de Laboratorio, así como para el abordaje específico de subtareas y tareas.

Grupo de Sensibilización

Se denomina Grupo de Sensibilización a una situación grupal diseñada y conducida para producir una aproximación a la tarea terapéutica, y en ocasiones a promover el reconocimiento y toma de conciencia de las propias actitudes ante una situación / decisión de riesgo. Está indicado pues como dispositivo de auto-conocimiento y elaboración emocional y reflexiva, conducido bajo límites precisos que eviten la excesiva movilización o profundización en una dirección terapéutica. Cumple sus objetivos promoviendo en el sujeto un cuestionamiento acerca de la naturaleza de su demanda, ofreciendo orientación sobre las posibilidades de trabajarla más en profundidad, y señalando qué componentes actitudinales y emocionales pueden necesitar ser esclarecidos antes de tomar una decisión en una situación de riesgo.

El Grupo de Sensibilización puede estar a cargo de un sólo coordinador, si bien es recomendable la presencia de un observador

que efectúe un trabajo de señalamiento de los momentos grupales. El coordinador se ocupa de orientar al grupo a la tarea de sensibilización. La composición del grupo de sensibilización puede ser abierta, con permanencia variable de los integrantes, o cerrada, ceñida a dos, tres o cuatro sesiones de trabajo grupal. La periodicidad del grupo de sensibilización será a lo sumo semanal, y su duración en torno a los 90'. El tamaño del grupo no debe rebasar nunca el del Grupo Operativo, en torno a 10/12 integrantes.

En el Grupo de Sensibilización se excluye el nivel interpretativo y en consecuencia no se efectúa trabajo sobre los aspectos transferenciales, los cuales sí se presentan son reconducidos a ulteriores acciones o contextos terapéuticos. La brevedad procesual del Grupo de Sensibilización evita en todo caso que el trabajo grupal derive en una dirección terapéutica, ciñéndose a sus objetivos de autoconocimiento y elaboración emocional y reflexiva. Cuando los integrantes del grupo han acudido en demanda de información / asesoramiento para tomar una decisión que les implica de forma relevante (p.ej. ante una toma de decisión sobre adoptar o no medidas de anticoncepción irreversible) el dispositivo del Grupo de Sensibilización ofrece a los sujetos el espacio de palabra y elaboración complementario a la aparente mera petición de información *técnica* que le hacen al profesional de la Salud Mental. En esta vertiente, la *toma de decisión bien informada* pasa por el cuestionamiento y elaboración del sujeto en torno a la demanda, lugar ocupado por el grupo y potencialmente por una intervención posterior más extensa.

Una variante del Grupo de Sensibilización, orientado a una finalidad mixta, resultante de objetivos diagnósticos, pronósticos y de encuadre son las denominadas Primeras Entrevistas Grupales, dispositivo de acogida utilizable en centros comunitarios, que permite conocer la demanda y efectuar una valoración pronóstica sobre las opciones terapéuticas a implementar.

Grupo de Admisión

Una modalidad de grupo disponible en el trabajo en el seno de instituciones es el Grupo de Admisión, alternativa grupal utilizable de forma similar al Grupo de Sensibilización, pero con una finalidad prioritariamente diagnóstica-evaluativa centrada en la valoración de la accesibilidad o no de los pacientes al Grupo Terapéutico, así como de sus necesidades específicas en materia de tratamiento. Las características de masividad y con frecuencia escasa clarificación de la demanda que se recibe en las instituciones públi-

cas (tanto para pacientes ingresados como externos) puede hacer aconsejable disponer de una etapa de elaboración - observación en grupo que facilite la adecuada selección de Grupos Terapéuticos estables, y permita a los pacientes abordar la situación de espera de forma más adecuada, ganando así experiencia sobre la situación de grupo.

El Grupo de Admisión puede funcionar de forma abierta o semi-abierta, para un número medio de integrantes no superior a 12/14 personas y durante un periodo de 2 a 4 meses con una sesión semanal. El Grupo estará a cargo de dos terapeutas, con la presencia de un observador estable.

La conducción técnica del Grupo de Admisión se centrará en promover una explicitación y elaboración de la demanda terapéutica, mediante la exclusiva utilización de señalamientos, sin apenas inclusión de técnicas activas, y limitando el nivel interpretativo al trabajo de resolución de las resistencias y ansiedades ante la situación grupal, fomentando el autoconocimiento, la autocomprensión y la autoayuda. Un grupo de admisión que deviene en su dinámica a incorporar el nivel interpretativo puede llegar a constituirse como Grupo Terapéutico con solo pequeños cambios en su composición y la inclusión de algún nuevo miembro en el equipo terapéutico.

Relacionado formalmente con el Grupo de Admisión, aunque con importantes diferencias conceptuales, está la modalidad grupal denominada *Corredor Terapéutico*. Se trata de una variante intermedia entre el Grupo Terapéutico y el Grupo de Admisión, de duración limitada, *abierto* en lo que respecta a la entrada y salida de integrantes, pero sometido a control desde el propio proceso grupal en el que se elaboran los cambios en la composición grupal en unos periodos denominados de *encuadre*. En ellos, tanto coordinadores como integrantes reflexionan acerca de la continuación o no del trabajo grupal de cada uno. El entorno cambiante que facilita el Corredor Terapéutico evita el centramiento en el grupo primario que evoca el Grupo Terapéutico periódico. La riqueza potencial de esta modalidad exigiría un trabajo de conceptualización que excede de los límites de esta revisión, y carecemos al tiempo de experiencia suficiente para hacer una valoración diferenciada del Corredor Terapéutico en cuanto modalidad grupal específica.

Grupo Familiar

Se denomina Grupo familiar⁵ a la respuesta técnica que se da cuando se recibe una demanda que el terapeuta entiende ha de abordarse mediante la participación de los miembros del núcleo familiar, y cuya intervención no tiene un carácter meramente *informativo* sino que promueve con la mediación de los terapeutas la efectuación de cambios en el funcionamiento del *sistema* familiar.

No es frecuente -al menos en nuestro contexto- que se produzcan demandas familiares explícitas en su origen, sin embargo los terapeutas pueden convocar al núcleo familiar señalando de esta forma la implicación de todos en la demanda, síntoma o problema explicitado. La concepción del *miembro enfermo* de la familia como *portavoz* de lo patológico en ésta implica una lectura grupal de los fenómenos (normales o patológicos) que se dan en el seno de las familias. Al hablar de núcleo familiar -en otras palabras, cuales serán los integrantes del Grupo Familiar- me refiero a todos los integrantes del núcleo familiar directo (padres e hijos) más todas las personas significativas que conviven o forman parte del entorno familiar (abuelos; tíos, etc.), delimitación que debe venir representada por el sistema habitual de convivencia más los *ausentes significativos*. Un encuadre inicial posible es que "Acudan todos los que viven juntos, más aquellos que quieran decir algo o puedan tener algo que decir". La primera entrevista con la familia es ocasión de hacer un encuadre de trabajo propiamente familiar, tras señalar los elementos que aconsejan ese nivel de lectura, así como la explicitación de la aceptación de la oferta/demanda por parte de la familia. La ausencia de uno o varios miembros relevantes del núcleo familiar no impide *per se* el trabajo, quedando su lugar vacante en espera de que pueda ser ocupado más adelante.

La coordinación del Grupo Familiar corre a cargo de dos/tres terapeutas con frecuencia de sexos diferentes, uno de los cuales recupera el lugar de la observación familiar (preferentemente orientado a la lectura de los fenómenos comunicacionales en el seno de la familia) y un tercero puede atender preferentemente al *sector resistente*, pasivo o boicoteador del grupo. La extensión/duración del grupo es variable, aunque el contrato inicial explicitará un número mínimo de sesiones (¿de cuatro a seis?) y un máximo (¿diez a doce?) con una periodicidad a fijar según las características del *conflicto* (bisemanal, semanal, quincenal), y un tiempo por

⁵ Véase también el capítulo 6 de este volumen.

sesión en torno a los 90'. Los honorarios (en su caso) serán señalados a la *familia* en conjunto, de manera que todos los que puedan hacer alguna contribución queden implicados en el sostenimiento de la demanda.

El trabajo familiar no es incompatible con otras formas de psicoterapia (individual, grupal periódica) que puedan seguir alguno de los integrantes. En todo caso ha de estudiarse la posible *interferencia* que se produzca por efecto de que uno o más miembros del equipo terapéutico lo sean también de alguno de los integrantes. Esta situación debe ser en todo caso explícita y analizarse las implicaciones que presente. A pesar de ello, la técnica de conducción de Grupos Familiares ofrece algunas soluciones a esta cuestión.

En esta breve referencia al Grupo Familiar queda por delimitar su ámbito específico respecto de la denominada *Psicoterapia de Pareja* o abordaje terapéutico a una situación conflictiva de pareja, formulada por esta como demanda. No cabe duda de las amplias y profundas relaciones conceptuales y técnicas que tiene con el Grupo Familiar. En la Psicoterapia de Pareja dos terapeutas (preferentemente de diferente sexo) escuchan a una pareja en cuanto *grupo de dos*, incluso en lo imaginario de los respectivos grupos familiares. La intervención con parejas -por esta cuestión- ha de ser necesariamente exploratoria, descriptiva y/o demostrativa de los principales elementos que les implican en el conflicto, situación que remite inevitablemente a un trabajo posterior de elaboración individual o familiar. La extensión, duración y alcance de la terapia de pareja es igualmente limitada, debiendo explicitarse límites en el contrato similares o algo menores a los del trabajo con familias. El papel de los terapeutas -tanto en el trabajo con familias como con parejas- es el de *mediador simbólico* que devuelve al grupo (pareja o familia) la lectura de aquellos fenómenos que no pueden ser vistos desde dentro.

Hasta el momento he considerado diversas modalidades de Grupo orientadas en torno a su pretensión terapéutica o pre-terapéutica. En lo que sigue examinaré otras modalidades, tan importantes o más que aquellas, y cuyo énfasis va a estar puesto en aspectos del Grupo en cuanto Grupo, referidas prioritariamente a las necesidades de trabajo grupal que se dan en las instituciones que desarrollan una labor (preventiva, asistencial, formativa) en el terreno de la Salud Mental, así como al análisis y elaboración de las situaciones grupales que se dan en las mismas. Revisaré en esta parte las propuestas técnicas del Grupo de Discusión, Grupo Operativo, Grupo de Reflexión, Grupo Institucional, Grupo Asamblea y Grupo de Formación.

El Grupo de Discusión es un dispositivo utilizable para la facilitación de la tarea de enseñanza / aprendizaje individual en situación de grupo, particularmente para inducir o facilitar la *motivación individual* hacia el aprendizaje. Su pertinencia radica en una doble premisa: En las instituciones de Salud Mental se debe llevar a cabo una tarea de formación y auto-formación permanente de sus profesionales; Además el Grupo de Discusión puede utilizarse en numerosas situaciones de intervención comunitaria en las que sea necesaria la transmisión y elaboración de información por y para los usuarios.

El Coordinador / Docente propone el trabajo mediante Grupo de Discusión como dispositivo facilitador del proceso de aprendizaje y auto-formación, encarando algunas finalidades específicas: Elaboración de conocimientos y actitudes previas ante los mismos, junto a la presentación de nueva información; Fomentar una actitud auto-participativa, consciente y motivada del sujeto hacia el aprendizaje; Ayudar a vencer las resistencias intelectuales y emocionales ante nueva información que implica cambio de actitudes, valores o creencias. El Grupo de Discusión está también especialmente indicado para promover la participación activa en el aprendizaje y la inducción de interés hacia temáticas o tareas para las que existe una actitud o experiencia previa individual de signo favorable. En el Grupo de Discusión no se abordan las implicaciones personales relacionadas con el aprendizaje, ni mucho menos en un sentido terapéutico.

La tarea del Coordinador / Docente es la facilitación de la participación en las discusiones y la consecución de progresos (o toma de conciencia de los mismos) por los *integrantes*. Su papel es el de *orientador* de la discusión, promoviendo el progreso en la discusión de los temas pero sin violentar el ritmo y la motivación del grupo; Por tanto ha de iniciar, sostener y valorar la discusión, sin ejercer por ello un mero papel de docente-transmisor de información, venciendo la resistencia al trabajo e introduciendo las preguntas que pueden permitir que la discusión siga. Las temáticas "naturales" de *Discusión* pueden ser muy variadas: análisis del contenido de unidades informativas; preparación para abordar nuevas tareas; división del problema a abordar en sus elementos o secuencias; puesta en práctica de conceptos y aplicaciones; explicitación y resolución de problemas del grupo; etc.

Una de las maneras típicas de iniciar el Grupo de Discusión consiste en utilizar tras la presentación de las coordenadas verbales de encuadre (Por ejemplo: "*Expresar cada uno en sus propias palabras lo que cada uno conoce o ha aprendido; Poner en común la opinión y experien-*

cias de cada uno sobre lo que se debate; Conocer si vamos alcanzando los objetivos que cada uno se ha propuesto; Pensar juntos sobre la temáticas que estamos trabajando; Descubrir cómo podemos ampliar conocimientos o profundizar en esta temática") una demostración-ejemplo sobre la tarea, que permita introducir las preguntas y movilizar a los integrantes. Tal demostración-ejemplo puede ser de muy variada naturaleza, pudiendo incluir presentaciones audiovisuales y *role-playing*. La demostración viene seguida de las preguntas (Técnica de la interrogación), las cuales deben reunir las propiedades de provocar amplia variedad de respuestas, ser adecuadas al sistema de valores (ideología) del grupo y al nivel de abstracción alcanzado, e incentivar la discusión no bloqueando los desacuerdos. Precisamente el Grupo de Discusión utiliza una *gestión* adecuada de las divergencias en el seno del grupo para lograr un progreso en la tarea individual.

El tamaño del Grupo de Discusión debe permitir una participación ideal fluida, ya que si es excesivo se favorece la inhibición por la atribución de que no hay tiempo/espacio para todos y ello incide además en la formación de subgrupos no funcionales a la tarea de discusión. Entre 10 a 20 personas puede situarse la cifra idónea de participantes, quedando a la habilidad del Coordinador / Docente la posible gestión de grupos algo mayores. Las particularidades que deben reunir los integrantes varían según la naturaleza de los objetivos del Grupo de Discusión, sin que puedan establecerse criterios o límites, tan solo la pertinencia a la tarea de discusión. Estas tareas pueden ser muy variadas: Ejemplos característicos de la intervención comunitaria pueden ser la transmisión y elaboración de información sobre auto-cuidados de salud, planificación familiar o las *Escuelas de Padres*, entre otros muchos. La duración y extensión del Grupo de Discusión depende de la temática de trabajo, si bien no se trata de grupos de duración prolongada. Sesiones de trabajo de 60' a 90', en número de 2 a 6, con una periodicidad semanal, permiten abordar la mayor parte de las temáticas de interés en Psicología Comunitaria.

La Coordinación puede estar detentada por una sola persona, aunque la presencia de un observador participante puede resolver situaciones de bloqueo de la discusión. La especificidad del rol de Coordinador del Grupo de Discusión radica en que éste gestiona la dinámica grupal para que el aprendizaje se centre en los integrantes y no gire en torno a su figura de Docente como mero transmisor de información, promoviendo que las discusiones elaborativas se den por, en y con el grupo, no para el Docente, induciendo además un descentramiento progresivo del grupo respecto de la figura del Docente, reduciendo la dependencia de este. Un Grupo de

Discusión puede gestionar su trabajo en una etapa avanzada sin apenas participación del Coordinador.

Una variante del Grupo de Discusión estriba en aplicar a su enfoque técnico la Concepción Grupal Operativa⁶. Al Grupo Operativo propiamente dicho me referiré a continuación.

Grupo Operativo

El Grupo Operativo es concebido como un grupo centrado en la *Tarea*, con la finalidad de resolver las dificultades que un grupo en cuanto tal grupo tiene para realizar una tarea, y accionando esta en dos dimensiones: El sujeto como *Portavoz* del grupo y la *Fantasia Inconsciente Grupal* en torno a la tarea. El Grupo Operativo es formulado como un dispositivo técnico para movilizar las estructuras estereotipadas grupales que inciden en la producción de dificultades de aprendizaje y comunicación en el grupo y que están relacionadas con la *ansiedad* que despierta el *cambio* (grupal e individual). Para la consecución de las finalidades del Grupo (abordar, desarrollar y resolver la tarea; establecer un proyecto grupal) es necesario construir un *Esquema Conceptual, Referencial y Operativo* (ECRO grupal).

El concepto de *Tarea* tiene gran trascendencia en la formulación del Grupo Operativo. La *Tarea* es el *lider* del Grupo Operativo, como resultante del proceso grupal. Se distingue entre *tarea manifiesta* (lo explícito de la tarea, el factor que reúne al grupo) y *tarea latente* (lo no explícito, pero determinante). La tarea surge de la convergencia de dos procesos: a) la lectura correcta de las exigencias que el entorno le plantea al grupo, y b) la exteriorización colectiva (verbal o no) de las fantasías de un conjunto de personas; ello implica una naturaleza de la tarea que radica tanto en lo social como en lo individual, de cuya dialéctica surge el grupo. Inicialmente la tarea (en lo manifiesto y en sus primeras implicaciones latentes) es tal en tanto que nuclea en torno a sí a un conjunto de personas que pueden devenir en grupo. Se distinguen varios momentos en la evolución de la tarea: 1) *Pre-tarea*, o etapa del proceso grupal en el que se aborda la tarea de forma periférica (abordaje de la tarea *como sí*), expresándose las resistencias y ansiedades; 2) La elaboración de la Pre-Tarea permite asumir la *Tarea*, gestionando esta de manera efectiva, comunmente mediante su división en

⁶ Una vertiente del Grupo de Discusión conducido con técnica operativa ha sido formulada por E. Carrasco en el trabajo "Grupo de Discusión coordinado desde un Esquema Referencial Operativo", incluido en este mismo volumen.

sub-tareas; y 3) Etapa de *Proyecto* o integración de Tarea y Grupo en un Proyecto Grupal asumido como tal. La relación dialéctica entre el cambio y la resistencia al cambio va a marcar el procesamiento de la tarea por el grupo.

El encuadre del Grupo Operativo se formula a partir de la pre-existencia de un *grupo funcional*, o conjunto de personas nucleadas en torno a tareas manifiestas comunes (p.ej. Equipo de profesionales de la salud mental) en el que existe una demanda, generalmente periférica a la verdadera naturaleza de la tarea. El Grupo Operativo es gestionado por un equipo de coordinación compuesto al menos por dos personas: *Coordinador* y *Observador Participante*. No se puede señalar un encuadre tipo para el Grupo Operativo, dada la necesidad de ajustarlo a la clase de grupo-tarea a abordar. Sin embargo podemos enunciar los elementos comunes que debe contener: a) Explicitación de la demanda/tarea manifiesta; b) Extensión, duración y periodicidad prevista del grupo; c) Explicitación de los roles del Equipo de Coordinación; d) Expresión de los límites por los que en el Grupo Operativo no se abordarán temáticas personales de corte terapéutico -sólo la implicación de lo personal en el grupo para la tarea-, ni temáticas institucionales que superen el marco grupo-tarea; e) Protección del *contexto* y del *secreto grupal* por el equipo de coordinación; y f) Honorarios del equipo de coordinación. En ocasiones, cuando la naturaleza de la demanda grupal no está clara -en lo manifiesto- o bien se trata de una oferta de Grupo Operativo realizada sin demanda estructurada, tiene sentido efectuar una reunión previa de tipo informativo en la que coordinadores y potenciales integrantes hablen sobre la oferta/demanda del Grupo.

El Coordinador tiene como función señalar e interpretar al grupo y a los integrantes en su devenir o funcionamiento grupal respecto de la tarea y subtareas. Señala los emergentes y los contenidos latentes, activa la experiencia grupal, e interpreta el significado; Muestra la unidad del grupo estableciendo la lectura de las relaciones entre sus componentes, pero atiende también a los integrantes en sus particulares momentos de articulación respecto del acontecer grupal; muy particularmente señala el vínculo entre los distintos integrantes, elementos y momentos grupales y la tarea. El Coordinador, se sitúa *como-sí* estuviera dentro del grupo y desde esa posición toma permanentemente distancia para señalar el accionar grupal. El Observador se ocupa de efectuar una lectura (descriptiva e interpretativa) del proceso grupal situándose claramente fuera del grupo, mediante la recogida y organización de los emergentes grupales, y cuya lectura permite que el grupo tenga una visión proce-

sual de su acontecer. Coordinación y Observación son roles funcionalmente complementarios, no superponibles y estables. La presencia en el equipo de coordinación de un tercer integrante permite que este complementa la tarea del coordinador u observador. No se ha establecido que los miembros del equipo de coordinación tengan que tener características especiales -aparte de su aptitud técnica- así como tampoco para los integrantes del grupo, cuyas características vienen dadas por su vinculación con la *tarea*. Lo distintivo del equipo de coordinación -en su conjunto- va a ser que el sentido de su funcionamiento les señale como *agentes del cambio grupal*, aunque compartan ese papel con *emergentes* del grupo.

El número de integrantes puede ser muy flexible, aunque el grupo como grupo tiene un tamaño dado y es estable. Posiblemente no es adecuado trabajar con esta técnica grupos de menos de seis personas, siendo posible admitir grupos de hasta 14 ó 16 integrantes. Un mayor tamaño del grupo incidirá en una mayor duración de la sesión. Si el Grupo Operativo se oferta para un número dado de sesiones, de periodicidad frecuente (semanal o quincenal) su duración puede ajustarse entre los 90' y 120'. Si se va a trabajar el Grupo en sesión única o con una periodicidad mensual o incluso más espaciada, la duración de la sesión se ajustará entre 2 y 4 horas, debido a los requerimientos de *warming* grupal de este tipo de intervenciones. Hay que tener en cuenta que la periodicidad de las sesiones de Grupo Operativo debe señalarse en función de la clase de grupo-tarea a trabajar, siendo las combinaciones posibles muy variadas.

Recapitulando acerca del Grupo Operativo, en él la Interpretación es del y sobre el Proceso Grupal, referido a la Tarea. Un Grupo es Operativo porque de hecho *opera*, actúa sobre unas tareas, ejecutando en ellas el cambio grupal y orientándose hacia un proyecto que da sentido a las tareas grupales. En el sentido descrito no cabe hablar de Grupos Operativos Terapéuticos, en cuanto que la dimensión terapéutica remite al sujeto-persona y no al grupo. Tampoco puede hablarse propiamente de Grupos Operativos de Aprendizaje, ya que si bien el mero aprendizaje (grupal y en consecuencia individual) será uno de los procesos básicos del grupo, no constituye su finalidad. Cuando la *tarea* es la *formación-en-grupo* habrá que deslindar cuando el grupo de formación sea conducido por sus coordinadores utilizando principios y técnicas del Grupo Operativo y el que, en ocasiones, el grupo de formación se transforme en Grupo Operativo por haber explicitado una demanda respecto de una tarea, en cuyo caso procederá efectuar un nuevo encuadre en dicho sentido.

Grupo de Reflexión

El Grupo de Reflexión nació como una variante del Grupo Operativo, adquiriendo después especificidad propia. Se trata de un grupo orientado a la toma de conciencia por parte de sus integrantes de los fenómenos que se dan en la implementación de proyectos de trabajo en equipo, grupales o institucionales, mediante una elaboración reflexiva que no se conduce mediante un criterio de pertinencia a la tarea, sino mediante el aprovechamiento intensivo de las situaciones conflictivas o de dificultad que atraviesa el proyecto y/o el grupo. Mediante el Grupo de Reflexión se evita segregar o separar los problemas del grupo, aprovechandolos en cambio para transformar los obstáculos teóricos y prácticos en descubrimientos y nuevas técnicas o herramientas de trabajo.

El Grupo de Reflexión se constituye a partir de un grupo pre-existente, que desempeña una tarea o se refiere a ella, el cual formula una demanda a un tercero relativa a una o varias situaciones de conflicto o dificultad por las que atraviesa el grupo. Ese tercero, el *Conductor* del Grupo de Reflexión, escucha la demanda y articula un dispositivo que conducido bajo las reglas técnicas del Grupo Operativo aprovecha al máximo posible la experiencia previa y recursos del grupo, delimitando la contribución de los *estilos personales, figuras dramáticas, redes comunicacionales* y esquemas estereotipados del grupo para la resolución de tareas y afrontar las situaciones conflictivas. Las subtareas del Grupo de Reflexión se orientan al ensayo de los obstáculos a la tarea, la reproducción de conductas conflictivas, la previsión de nuevos obstáculos. El referente interpretativo que utiliza el *conductor* es la relación del grupo con el Proyecto, al que el grupo es funcional.

Una posible consigna para el Grupo de Reflexión fue enunciada así:

"A partir de vuestra petición de examinar el conflicto (...) nos vamos a reunir para reflexionar sobre vuestra situación como profesionales pertenecientes a este equipo. El examen de la situación planteada nos puede permitir, además de encarar su resolución, esclarecer vuestro papel como profesionales de la salud mental, de manera que los conflictos que tenemos que abordar nos permitan enriquecer nuestro lugar profesional con un conocimiento más amplio de los recursos de los que disponemos... Trabajaremos cuatro sesiones, una vez por semana, de 90'..."

(Explicando además el papel del conductor en los términos expresados y el del observador, similar al del Grupo Operativo, y ambos en cuanto garantes del secreto grupal).

El encuadre del Grupo de Reflexión suele insertarse dentro

de los recursos institucionales de que puede disponer el profesional de la Salud Mental, o bien incluye una percepción de honorarios sufragada por el grupo, y en ocasiones puede ser mixta, para que tanto el equipo como la institución pongan su parte.

El profesional de la salud mental trabaja ordinariamente en un contexto frustrante, sometido además a la confrontación con la exigencia de *efectos*, de resultados prácticos inmediatos. Por ello la gran importancia que tiene esclarecer y cuestionar su motivación hacia el trabajo y el proyecto en el que está inserto; Se da aquí la cuestión de la legitimación de su posición y cómo mantenerla; en consecuencia su identidad (personal y profesional) y sus límites. Atender a todos estos aspectos es objetivo prioritario de esta vertiente del Grupo de Reflexión. Se han descrito entre las posibles tareas iniciales las siguientes: a) La propia aptitud del equipo; b) El desarrollo del *programa* sin que la imagen del equipo se deteriore; c) La adecuación de los *planes*; d) La gestión y resolución de las *crisis* que se producirán al entrar en conflicto los planes del equipo con los grupos y sectores sociales y el propio sistema social. En la conducción del Grupo de Reflexión se utilizan algunos recursos técnicos que le son específicos:

- 1) El establecimiento de las *prioridades* que tiene la tarea que desarrolla el grupo dentro del marco general de actividades de cada miembro; y
- 2) La confrontación bilateral, técnica que permite contrastar las expectativas que cada miembro tiene sobre los otros y que los otros tienen de él.

Los aspectos teóricos y técnicos del Grupo de Reflexión necesitan de un mayor desarrollo, el cual debe ser construido a partir del análisis de experiencias concretas llevadas a cabo con equipos de profesionales de la Salud Mental, dentro del contexto de la variada naturaleza institucional en la que se inscriben los programas, actuaciones y medidas⁷.

Quiero resaltar por último las diferencias entre el Grupo de Reflexión y la Supervisión Grupal. La Supervisión Grupal es un dispositivo técnico que se utiliza cuando un equipo de profesionales demanda a uno o varios profesionales de mayor experiencia que efectúen una *Supervisión* del trabajo que llevan a cabo en Salud Mental, implicando no solamente el trabajo formalmente grupal, sino poniendo en cuestión el mismo diseño, elaboración, puesta en

⁷ Véanse los aspectos técnicos con más detalle en el trabajo de F. ULLOA (1977) "Grupo de Reflexión y ámbito institucional en los programas de promoción y prevención de la salud" *Clínica y Análisis Grupal*, (4), Junio 1977. Pags. 62-79.

marcha, ejecución y valoración de los programas que efectúan. En la Supervisión se abordarán obviamente temas conflictivos, pero estos son leídos en cuanto conflictos en el nivel de la *praxis*. Cuando la situación conflictiva implica de forma relevante el propio funcionamiento del equipo y su relación con el proyecto será más adecuado enfocar el problema desde la óptica del Grupo de Reflexión.

Grupo Institucional

Se llama Institución a un nivel de fenómenos/estructuras que se encuentra en la articulación de lo *Social* y lo *Organizacional*, sistema de *reglas* o *principios* a seguir para la consecución de un tipo de Sociedad, forma social cuyo contenido sería la articulación entre la acción histórica de los individuos, grupos y las normas sociales existentes. Los teóricos del *Análisis Institucional* han contrapuesto los conceptos de *lo instituido* y *lo instituyente* como aspectos dialécticos del devenir institucional, es decir de la *Institucionalización*. El análisis de la institución se centra en revelar aquello que las instituciones encubren, en cuanto que la institución no es una *instancia* más de los distintos niveles, sino una instancia que atraviesa todas las otras instancias (persona, relación, grupo, organización, sistema social).

La Institución puede ser estudiada como un Grupo mediante un nivel de lectura que se ha denominado frecuentemente *Análisis Institucional*, adoptando la acepción que propagó la escuela francesa. Este *Análisis Institucional* supone que la *Institución*, en sí misma, es sometida a análisis por alguien de fuera que ocupa el lugar de *Analista Institucional*. La demanda parte de la institución -o de un grupo destacado, representativo de ésta, con frecuencia miembros del *staff*- y aunque lo demandado se centre en un problema específico (mal funcionamiento de ciertos aspectos de la institución, dificultad para progresar respecto de ciertos objetivos, etc.) el objeto de estudio y análisis que se constituye abarca a la Institución en sí misma comprendiendo todos sus elementos estructurales, y la generación del orden simbólico dentro de sí, para sus miembros y para el entorno.

El encuadre (*contrato*) lo formulan los *analistas* tras estudiar la demanda y tomar contacto con diversas partes de la Institución y recabar información sobre su organización-estructura, historia y proyectos. Se trata de un *contrato* con la Institución, no con sus integrantes, por el cual los analistas quedan facultados para llevar a cabo su tarea de análisis con garantías expresas de *libertad de accionar* dentro de la Institución, límites temporales amplios

para la ejecución del estudio, así como honorarios aceptados por la Institución, de los cuales una parte (comunmente la mitad) son abonados al comienzo del trabajo. La libertad de *gestión* del análisis no quiere decir que los analistas vayan a interferir en el funcionamiento normal de la Institución mientras realizan el estudio, sino que dispondrán de capacidad efectiva para observar, convocar e intervenir (individual y/o grupalmente) en todos los niveles de funcionamiento de la misma, incluido el *staff*, los administradores, la dirección o la super-estructura, los integrantes en sus diversos niveles, los sectores, equipos, funciones, actividades, usuarios, instituciones relacionadas, agentes sociales, etc.

Las relaciones entre la Institución y el afuera, sean p.ej. el marco social o super-institucional o los usuarios, son también parte del campo de lectura del *analista*, aunque no de intervención directa. La delimitación precisa de la Institución es una tarea con frecuencia compleja, al implicar no solamente el núcleo institucional -p.ej. un centro asistencial o preventivo en su conjunto- sino también las instancias administrativas y políticas de las que depende, y la *población* de usuarios reales o potenciales. Los *analistas* hacen, en consecuencia, un esfuerzo por delimitar claramente la Institución, tarea que con frecuencia les servirá para esbozar un pre-diagnóstico institucional sobre la *clase de realidad* que abordan.

El equipo de *analistas institucionales* deberá estar integrado por al menos dos/tres personas, dependiendo del tamaño y complejidad de la Institución a estudiar. Más de un *analista* es necesario para recuperar niveles observacionales que la *red comunicacional* (formal, informal, sistemas de rumores y prejuicios) de la Institución no pondrá fácilmente a su disposición. Tienen igualmente importancia las garantías que los *analistas* dan a la Institución y sus miembros sobre el *secreto* de lo *k*, garantías que se centran en ceñirse al nivel adecuado de explicitación de los fenómenos (el institucional), que no es ni el individual, ni el de los subgrupos, grupos o redes, sino un entrecruce de todos ellos. La definición de la Institución como *relación intergrupala* acuña esta idea.

El objetivo del Grupo Institucional es esclarecer el proceso de institucionalización, desvelando los elementos instituyentes e instituidos, y en su relación con las restantes instancias (lo individual, lo grupal, lo social). La lectura de este *proceso* nos lleva a situarlo respecto de los fenómenos de cambio institucional, entendiendo que tal análisis no supone más que el esclarecimiento de la dirección y sentido de dicho cambio, más que la pretensión de su verdadera realización o *control*. No conviene olvidar que a través de la institución se articula el control social, y por ello el peligro de

convertirnos -en cuanto analistas institucionales- en meros agentes de control.

Grupo Asamblea

En el trabajo en las instituciones para pacientes internos (de corta, media y larga estadía) se utiliza con frecuencia un dispositivo técnico grupal conocido como Grupo Asamblea, caracterizado por ser una situación de gran grupo abierto al que los integrantes pueden acudir o no, y que tiene como finalidad facilitar la expresión colectiva de toda clase de situaciones referidas a la convivencia en la institución y a las relaciones con la misma y su personal.

El Grupo Asamblea es conducido al menos por dos coordinadores, uno de los cuales debe ser ocupado de forma estable y el otro puede rotar entre los diversos miembros del equipo de salud mental. A este equipo de coordinación base puede incorporarse uno de los internos, si la dinámica del Grupo Asamblea lo hace viable y/o aconsejable.

El encuadre es sumamente flexible, adecuándose a la dinámica de la unidad o a eventuales vicisitudes en ella. La periodicidad mínima recomendable es de dos veces por semana, pudiendo llegar a ser de cuatro / cinco veces semana excepcionalmente. La coordinación se limita a promover el uso de la palabra y a evitar que se entre en el nivel interpretativo personal. Pueden incorporarse a los integrantes del Grupo los restantes profesionales de la salud mental de la unidad que no desempeñan la coordinación del Grupo Asamblea.

El sentido que persigue este Grupo Asamblea es doble; Por una parte promueve la ruptura de la dicotomía institucional personal-profesionales / internos-pacientes; por otra recupera el sentido de la palabra colectiva para su consideración y análisis en todas las intervenciones que se lleven a cabo en la institución.

Grupo de Formación

Me referiré por último al Grupo de Formación. Para los profesionales de la Salud Mental la tarea de formación puede ser abordada de numerosas y variadas maneras, pero ha de resaltarse la principal importancia que tiene el Grupo de Formación como agente estructurante de la construcción y desarrollo de la identidad profesional. El Grupo de Formación no es una mera "formación en grupo", sino un dispositivo técnico por el cual se aborda la tarea de formación mediante el trabajo grupal, que incluye la ubicación del

Grupo de Formación en un marco institucional garante de la formación, desde el que se ofrece al Grupo conducciones complementarias como Grupo de Discusión, Grupo Operativo, Grupo Laboratorio (excluyendo la dimensión terapéutica) y eventualmente como Grupo de Reflexión. Los integrantes del Grupo de Formación son *tributarios* de la institución que les forma, y en consecuencia pagan por ello.

El Grupo de Formación aporta entonces a la formación un marco de referencia que se ha de articular con la propia y progresiva elaboración de la identidad profesional individual, mediada por otros dispositivos tales como el proceso psicoterapéutico o analítico personal y la supervisión. El curso natural del grupo lleva a consolidar la identidades profesionales individuales y la subsecuente disolución del grupo. Paradójicamente, el objetivo final saludable del Grupo de Formación es su disolución, en cuanto que su desaparición representa la afirmación de la identidad profesional diferenciada de los *padres*. Excepcionalmente un Grupo de Formación puede transformarse en Grupo Operativo y posteriormente en Organización o *Institución* mediante la construcción, dotación de sentido y ejecución de un Proyecto Grupal, pero de ello no debe deslizarse el latente que éste sea el curso natural *per se*. El nucleamiento en torno al Grupo de Formación no va a quedar exento de costos importantes, tales como la segregación, escisión o división, o la misma dificultad e incluso imposibilidad de gestionar un Proyecto Grupal bajo la tutela de los *padres* de la formación. El Proyecto así mantenido se arriesga a permanecer en el "como sí", sin devenir en existente.

Una opción diferenciada que supone un salto cualitativo sobre la *fase* de Grupo de Formación ha sido denominada *Cartel*, en el que cuatro más uno piensan juntos para la construcción de la experiencia y la teoría, sin que medie relación docente, figuras docentes ni pago. En esta ocasión no abordaré específicamente esta modalidad ya que no está suficientemente delimitado su carácter grupal.

El Grupo, sus aplicaciones y contribuciones

Con frecuencia la aproximación al *Grupo* en la Clínica y en la Institución se ha efectuado bajo apelativos de conveniencia tales como "Grupo de niños", "Grupo de Adolescentes", "Grupo de Psicóticos", etc. Sin negar especificidad a estas vicisitudes del devenir grupal particular, entiendo que poco o nada puede decirse técnicamente sobre los mismos sin partir de una previa delimitación sobre

cuál o cuáles modalidades de formación y conducción grupal se implementan. Por ello he centrado mi exposición en la descripción de varias modalidades técnicas, a las que ahora habríamos de referir a contextos particulares en los que se expliciten las variadas demandas para las que entendamos que la intervención grupal tiene algo que aportar.

Me baso para ello en la concepción de la intervención grupal como una opción de *praxis* integradora, en lo conceptual y en lo técnico, pero sin pretender reducir la demanda del sujeto a la exclusiva lectura grupal. Lo Grupal deviene así en el *marco de referencia* de toda intervención clínica o institucional, del cual se extraen los conceptos, modelos y métodos que guían la *praxis* para la promoción, prevención y atención en Salud Mental. Tomaré para mostrarlo algunas intervenciones características como ejemplos menos típicos de las variadas respuestas grupales que pueden darse.

El Grupo Terapéutico con niños es una opción de trabajo con gran valor asistencial y terapéutico, en deseable combinación con el grupo de padres/madres y con la terapia individual, de la que el grupo puede representar una segunda etapa. Se cita como ejemplo típico el buen funcionamiento terapéutico que deviene cuando se llevan a cabo grupos simultáneos (paralelos) de niños (Grupo Terapéutico) y padres (Grupo de Sensibilización, Grupo Operativo).

El trabajo grupal con adolescentes es otra de las opciones más relevantes para efectuar una aproximación terapéutica a dicha población. Las variantes *abiertas* del Grupo Terapéutico, entre ellas el Corredor Terapéutico, son adecuadas a esa clase de demanda.

La aproximación mediante el grupo con pacientes psicóticos y/o crónicos pasa por una gradación progresiva en la que dispositivos como el Grupo de Admisión y Grupo Asamblea proveen el soporte necesario para una ulterior intervención estable en Grupo Terapéutico, paralela a la intervención individual que se lleve a cabo.

En los programas de intervención con alcohólicos y toxicómanos los dispositivos grupales pueden operar en distintos niveles. Primero como Grupo de Sensibilización, posteriormente como Grupo Terapéutico. El trabajo propiamente grupal se da en un segundo y tercer nivel asistencial, señalándose el error de formar Grupos Terapéuticos integrados exclusivamente por adictos a tóxicos. Esa vía puede ser tomada en el primer nivel, como Grupo de Sensibilización. Las características de los programas institucionales pueden hacer difícil formar grupos mixtos, pero debe entenderse entonces que el trabajo mediante Grupo Terapéutico no se centrará

en la temática de la droga o alcohol, la cual en dicha etapa ya no es el eje de la demanda.

La elaboración de situaciones vitales críticas, connotadas de niveles de ansiedad de fuerte interferencia son susceptibles de abordaje grupal efectivo. Así se da ante demandas en las que el *foco* de la atención está puesto en el afrontamiento de crisis vitales, de crecimiento o muerte (personas de edad avanzada, pacientes terminales y sus familias, etc.) para las que la existencia de diversos niveles de atención grupal permite un abordaje múltiple (Grupo de Sensibilización, Corredor Terapéutico, Grupo Familiar).

Los grupos sociales naturales de edad y sexo poseen en ocasiones demandas específicas que pueden ser recogidas por los dispositivos grupales de intervención en Salud Mental. Así lo he propuesto para niños y adolescentes, pero es categorizable con igual claridad en la etapa adulta. Circunstancialmente, para tareas de Grupo de Discusión, Grupo Operativo y Grupo de Sensibilización - entre los ejemplos más claros- puede darse que todos los miembros del grupo sean del mismo sexo. Esta situación debe considerarse producto ocasional de un entorno, pero no parte *a priori* de un encuadre. Considero en consecuencia que no pertenece a una concepción grupal diseñar grupos *sólo* para mujeres (o varones). El profesional de la Salud Mental trabaja en un contexto del que es lector y agente, a él y su *realidad natural y simbólica* ha de remitirse, pero desde una perspectiva de cambio y crecimiento.

Para finalizar, pero no lo último en importancia, quiero detenerme en la valoración de las necesidades y recursos grupales que tienen los profesionales de la Salud Mental, tanto profesionales aislados, equipos o instituciones de Salud Mental.

Los profesionales pueden escoger llevar a cabo su contribución dentro del campo de las distintas aproximaciones a la Salud Mental (entre ellas la Psicología y Psiquiatría Clínica y Comunitaria) desde una perspectiva o modelo grupal, vincular, concepción grupal operativa, trabajando por y desde un ECRO grupal así definido. Su ámbito real de trabajo no cambia por ello, pero sí varía su horizonte de recursos, tanto para sí como para los receptores de sus acciones. Puede implementar entonces un repertorio amplio de apoyos para abordar grupalmente el diseño mismo de los programas y planes del equipo, en el marco de la institución para la que trabaja. Ahí se muestran de inestimable valor dispositivos tales como el Grupo Operativo, Grupo de Reflexión y Grupo Institucional. Aunque el interés hacia el uso de estos recursos es creciente, su introducción sistemática vendrá a suponer una verdadera revolución *cualitativa* en el plano de los programas de Salud Mental que ha

sido más descuidado: los *propios equipos de profesionales*. Introducir, desarrollar y perfeccionar técnicamente estos dispositivos es el principal reto que hemos de encarar en los próximos tiempos, y puede ser nuestra contribución más importante a esa idea colectiva que ha sido acuñada por la Organización Mundial de la Salud como "Salud para todos en el año 2000".

**IV. El grupo terapéutico intensivo-
periódico (grupo mensual)
(1988, 1993)**

**(Con A. García, M.L. Rubí
y C. Cabello)**

El Grupo Terapéutico Intensivo Periódico (Grupo Mensual)

Antonio García de la Hoz, Alejandro Avila Espada, María Luz Rubí Cid y Carlos Cabello Suñén¹

Después de la decisiva contribución de Bion para una aproximación psicoanalítica al grupo terapéutico, se ha venido discutiendo sobre la validez y el rango de la psicoterapia psicoanalítica grupal. Los tópicos más comunes -que es menos profunda, que es un suplemento o "adorno" de la individual, que es para "casos especiales", que redondea y completa el análisis individual una vez terminado éste, etc.- han ido desfilando paulatinamente ante los *grupelistas*, que han ido ocupando en las asociaciones psicoanalíticas un lugar cada vez más secundario, hasta el punto de atravesar etapas de "hacer grupos" casi clandestinamente, ante la mirada severa de la postura oficial, claramente a favor del psicoanálisis clásico individual. Pese al desánimo de algunos, otros siguieron y creemos adivinar la razón que les impulsó a seguir en ese marco hostil. No debe ser muy diferente a lo que uno de nosotros denominaba "verdad grupal"². Verdad inherente a las evidencias de la calidad del trabajo de grupo que puede alcanzarse solamente en la medida que hay otros-en-relación y que inmiscuye y conmueve a todo el

¹ Este capítulo ha sido preparado a partir de la elaboración y ampliación de materiales precedentes de los autores, así como de aspectos aportados por nuestros observadores de algunos de los grupos conducidos. Agradecemos muy especialmente los informes aportados por Sonsoles García-Valdecasas, Susana Espinosa y Elisa Freijo. Entre los trabajos de los que se han recuperado contenidos y propuestas están los siguientes: "Variantes Grupales en la Psicoterapia Psicoanalítica" (en B. Moreno, A. Sánchez-Barranco y A. Avila, (Eds) *Psicoanálisis, Psico terapia Psicoanalítica y Marco Universitario. Una aproximación docente*, Málaga, 1992. Univ. de Málaga, Salamanca y Sevilla) y "El grupo mensual. Una revisión de los aspectos formales" Alonso, P.; Liébana, T. y García de la Hoz, A., ponencia a las *I Jornadas Internacionales Grupo Psicoanálisis y Psicoterapia pu*

grupo, terapeutas incluidos. En dos trabajos anteriores hemos intentado describir esas situaciones en el seno de una psicoterapia psicoanalítica de grupo³.

Aunque se ha avanzado en lo que se refiere a la epistemología de lo grupal, aún nos falta mucho⁴. Conceptos como identificación con el líder, supuesto básico, mentalidad grupal, tarea, emergente grupal, chivo emisario, consonancia, resonancia y disonancia, intertransferencia (para el equipo terapéutico), contra-transferencia (para los integrantes), y un amplio etcétera, se han ido agregando -a veces caóticamente- a los conceptos clásicos aportados por el *corpus* teórico y técnico psicoanalítico.

Asimismo se ha avanzado en la estructuración de un marco idóneo para el tratamiento, en sus características formales y en los mecanismos de composición y selección del grupo terapéutico. Es precisamente a algunos de estos items a los que nos referiremos a continuación, en lo que pretende ser un testimonio de 15 años de experiencia en psicoterapia grupal psicoanalítica.

La modalidad de grupo que presentamos a continuación es una de entre las que ha ido discurrendo nuestra práctica profesional, siempre con una intención emblemática, progresivamente asumida, que podríamos formularla como sigue: La dicotomía entre tratamiento psicoanalítico individual y de grupo no es sino una división espuria, falsa, y reveladora de los efectos que produce la inserción de un marco nuevo en formas tradicionales de intervención clínica.

Los primeros psicoanalistas de grupo se encontraron con una realidad cuyo sentido desbordaba con mucho los conceptos con que podían manipularla y reflejarla. El grupo producía un sin fin de signos para los que no se poseía el adecuado marco conceptual. Ello, además, contrastaba con las vivencias de los terapeutas en las sesiones -pensemos, por ejemplo, en Foulkes⁵- que tenía la prístina

blicada en el libro *El Grupo, Lugar de encuentro y divergencia*, Ed. Grupo Quipú de psicoterapia, Madrid junio 1988, Páginas 225-238.

² García de la Hoz, Antonio: "El grupo y sus Epígonos", ponencia a las *I Jornadas Internacionales Grupo Psicoanálisis y Psicoterapia*. Actas Editadas por Grupo Quipú de Psicoterapia, Madrid, Junio 1988.

³ Ver Caparrós Sánchez, N. y García de la Hoz, A.: "La teoría del grupo y sus aplicaciones clínicas", en *Revista Papeles del Colegio*, Madrid, marzo 1985, número 19, págs. 14-15. Véase también García de la Hoz, A.: "La potencia reveladora de lo grupal", en *Revista Clínica y salud*, Madrid 1990, número 2 (Págs. 117-120).

⁴ Revísese al respecto los capítulos 1 y 2 de este volumen.

certeza de que allí ocurría algo importante. Lo que acontecía en un grupo pasaba casi sin solución de continuidad a un acervo inconsciente grupal, a una especie de universo simbólico del que surgía con insistencia periódica y fuerza incontenible, a nada que se provocara su presencia. Y generalmente era incomprendido.

Bion⁶ fue el primero en tratar de estructurar ese material, sumamente emocional que se oponía al objetivo del grupo, que no era otro que el trabajo serio, racional y organizado. Así ofreció el primer marco conceptual para tratar de explicitar el acontecer grupal. No lo llevó a cabo sin oposición, pues al parecer contó con la reprobación de su analista didacta, que no era otra que M. Klein, quien le recomendó abandonar los grupos. Y lo hizo. Pero su esfuerzo nos ha sido legado. Tras Bion, han sido muchos los que han seguido ese camino: Foulkes, Ezriel, Slavson, los psicodramatistas latinoamericanos y franceses, Anzieu, Kaës, Pines, los posteriores grupoanalistas, etc⁷. Nuestra aportación consistió en ofrecer nuevos marcos formales que eliminan la división individuo/grupo. Y no sólo que la eliminara sino que también hiciera necesarios los dos ámbitos clínicos. De esta interrogante surge lo que hemos pasado a denominar el "grupo mensual", el cual describimos entonces por vez primera⁸. Ahora volveremos a referirnos a él tras más de cinco años mas de experiencia en esa modalidad de tratamiento derivada del cruce entre los grupos terapéuticos periódicos al uso, y los grupos intensivos no periódicos, como el "laboratorio social".

Los modelos son cosa muy importante en Psicología y en Psicoterapia. Como afirmaba Lacan⁹, no es que quieran decir nada, pero nuestra debilidad biológica los necesita. A veces ocurre que un nuevo modelo permite ver las cosas que ya estaban ahí de una forma más clara, como si se hubieran enfocado mejor. Esto es lo que nos ocurrió con la introducción en la clínica del *Grupo Mensual*. Las dificultades del tratamiento individual versus grupal que-

⁵ Ver los informes clínicos de las sesiones grupales en Foulkes S.H. y Anthony, E.J. *Psicoterapia psicoanalítica de grupo*, Ed. Paidós. B. Aires 1964 (segunda parte)

⁶ Bion, W.R. *Experiencias en grupos*, Ed. Paidós, B. Aires 1972

⁷ Véase: Grinberg, L.; Langer, M. y Rodrigué, E. (1971) *Psicoterapia de grupo*, B. Aires: Paidós; y también Slavson S.R. (1953) *Psicoterapia analítica de grupo* París: PUF.

⁸ Alonso, P.; Liébana, T. y García de la Hoz, A.: "El grupo mensual. Una revisión de los aspectos formales", ponencia a las *I Jornadas Internacionales Grupo Psicoanálisis y Psicoterapia*. Actas editadas por Grupo Quipú de psicoterapia, Madrid junio 1988, Páginas 225-238.

⁹ Lacan, J. (1983) *El seminario. Libro II. El yo en la teoría de Freud y en la*

daron de pronto muy desplazadas. Con el retoque del marco formal, fundamentalmente en lo que se refiere a la composición del grupo, a la duración de la sesión y a su ritmo, nos encontramos con un modelo nuevo de psicoterapia grupal, que no se oponía, sino todo lo contrario, a la denominada psicoterapia psicoanalítica "pura" o convencional.

Es cierto que para algunas personas que no estaban disponibles para el encuadre tradicional de la psicoterapia de grupo periódica (por cuestiones prácticas tales como horarios, etc.) aparecía como una opción aceptable, pero ahora no estaríamos de acuerdo en afirmar que el eje terapéutico sea exclusivamente las sesiones individuales. En estos últimos años hemos podido comprobar repetidamente cómo la sesión del grupo mensual queda perfectamente acoplada en el proceso de tratamiento, orientada a los mismos objetivos, y cómo los pacientes mismos sienten que es un lugar importante en su trayectoria terapéutica. Por otra parte las restricciones que derivan de la selección de integrantes son menos categóricas que en los grupos periódicos de una o dos sesiones semanales.

Se trata de una modalidad de grupo para 12 a 16 integrantes, que se reúnen una vez al mes dentro de su proceso terapéutico regular, durante 3 horas y media (máximo 4 horas), con 2 ó 3 terapeutas (siempre de sexo diferente) y ocasionalmente con un observador. La importancia de la coterapia, y las implicaciones de la fórmula de ser tres los terapeutas ha sido ya enunciada en otros trabajos (véase Alonso y otros, 1988), por lo que en este momento sólo resaltaremos que nuestra experiencia de seis años conduciendo esta modalidad de grupo corrobora la idoneidad de ser tres los terapeutas. Nuestra experiencia concreta se remite a haber utilizado recurrentemente la fórmula de dos terapeutas varones y una mujer, con grupos en los que prácticamente siempre hay un ligero predominio femenino en los integrantes. Otras implicaciones técnicas de aspectos del encuadre descrito¹⁰ están siendo investigadas en este momento, y verán la luz en próximos trabajos.

En el trabajo antes citado hacíamos especial hincapié en un concepto, a todas luces fundamental en psicoterapia de grupo: EL RITMO. El ritmo del grupo es una labor de conducción, una tarea del equipo terapéutico. Tenemos que señalar, interpretar, permitir la libre discusión flotante, garantizar la regla de la abstinencia, co-

técnica psicoanalítica Barcelona: Ed. Paidós (pag. 139)

¹⁰ Resumido en uno de los epígrafes del capítulo 8 de este volumen

sas ya conocidas, y además... mantener el ritmo. En el grupo mensual comprobamos constantemente como ese ritmo encuentra las condiciones más favorables para su sostenimiento. En este sentido, el grupo terapéutico más clásico, el semanal, produce, casi siempre una sensación de forzamiento, tanto en los integrantes como en el equipo terapéutico.

La otra variable fundamental que acoge esta modalidad de grupo es EL TIEMPO. Repetiremos algunas afirmaciones, por considerarlas perfectamente vigentes: "Hay que insistir, nunca se hace suficientemente, que el tiempo en Psicoanálisis (individual o grupal) es una función que sólo de pasada se corresponde con el 'tiempo cronológico real'. El tiempo es aquí algo singular, un tiempo lógico de cada individuo, propio de cada uno. Nunca un encuadre temporal formal en psicoterapia debe pretender abarcar ese tiempo privado. Como mucho, debe posibilitar la inserción de cada miembro"¹¹.

El grupo mensual encaja de una forma mas o menos regular entre esos dos tiempos. Es lo suficientemente amplio -al menos 3 horas y media- para respetar el tiempo lógico de cada uno y a la vez implica otro espacio (las sesiones individuales) donde se recoge lo que por diferentes motivos no se elaboró en el grupo, y que a su vez vuelve al espacio grupal. No se trata pues de dar "tiempo real" para que todos puedan intervenir, sino de contar con un "tiempo lógico" para que el proceso de movilización y elaboración grupal pueda efectuarse.

Esta dialéctica individuo/grupo no pretende privilegiar ninguna situación. Si los integrantes lo hacen, nosotros nos limitaremos a ejercer nuestra función específica de psicoterapeutas psicoanalíticos, es decir, interpretarlo. Conviene recordar que salvo excepciones que la realidad de la práctica clínica impone, los integrantes del grupo están desarrollando a su vez psicoterapia individual, siendo el terapeuta individual uno de los terapeutas del grupo. Esta circunstancia -la simultaneidad con la psicoterapia individual- que nosotros consideramos condición y no resultante inevitable, plantea algunas dificultades a la hora deslindar los complejos planos del trabajo de la transferencia en la situación de grupo¹². Uno de los elementos de corrección de la mezcla de planos es la puntuación, señalamiento y eventualmente interpretación de la

¹¹ Alonso, P., Liebana, T. y García de la Hoz, A. (1988) ob. cit. p. 230

¹² Esta cuestión se aborda con más profundidad en varios trabajos incluidos en la sección de "Aspectos Técnicos" del volumen II de esta obra.

transferencia de un integrante hacia su terapeuta individual, a cargo de los otros terapeutas del grupo. También está abierta la posibilidad de inclusión de "pacientes derivados" sin la presencia en el grupo de su terapeuta individual. Pero una consideración más detenida de estos fenómenos queda para ulteriores trabajos.

Nada obstaculiza que en estos grupos el eje de manifestación se reduzca a lo verbal. El bagaje técnico que aporta el psicodrama desde una lectura y utilización psicoanalítica, está a disposición de los terapeutas, que pueden utilizarlo a discreción. Sin embargo nuestra experiencia ha constatado reiteradamente que la riqueza de la producción verbal y sus correlatos no verbales observables directamente por los terapeutas a través del lenguaje del cuerpo en la escena grupal, deja en un segundo plano la utilización de recursos dramáticos, probablemente porque el vector de movilización que se deriva de la duración temporal del grupo mensual (210', una vez al mes durante 11 meses al año) basta para que la "escena" se de en el grupo. Probablemente un grupo terapéutico semanal de 90' requiere de técnicas más activas para inducir movilización y disponer de las propiedades descriptivas y demostrativas de las escenas, y en otro plano, los grupos intensivos del tipo de los "laboratorios" requieren de nuevo del trabajo de escenas para articular el lugar del pensamiento y de la acción a través de la experiencia grupal. En el grupo mensual los integrantes ponen al descubierto sus ansiedades básicas hablando de ellas, pero no se ven forzados a actuarlas. Aunque esto implica un riesgo de defensividad, pasa a primer plano el grupo interno de cada uno y se relega al "fondo" la dinámica grupal.

Volviendo a la cuestión del Ritmo, es interesante resaltar como los niveles de movilización y elaboración logrados en un ciclo anual de grupos mensuales se mantiene a través de los integrantes y sus procesos terapéuticos para su recuperación en un nuevo ciclo anual de grupos mensuales, aunque todos o parte de los miembros del grupo hayan cambiado. La diversidad de la composición grupal y su incidencia en la producción de situaciones grupales nos ha llevado a procurar variar de ciclo a ciclo la composición de los grupos. Ello no altera una de las características de esta modalidad de grupo: No se pierde el *warming* grupal logrado en sesiones anteriores, entrándose en "tarea" sin apenas dificultad, facilitando niveles de empatía y tolerancia intra-grupal que lleva al grupo como conjunto a experimentar emociones intensas (felices o penas).

También hemos constatado que la presencia como observadores de terapeutas que están completando su formación grupal no sólo no distorsiona el trabajo grupal, sino que lo enriquece, especialmente como vector de contraste de la dinámica de funcionamiento de los coterapeutas. La experiencia del observador aparece así como un espacio de lectura grupal, que habla tanto del lugar que ocupan los terapeutas como del que ocupan los pacientes. Veamos, a título de ejemplo, algunos fragmentos del relato de la experiencia vivida desde el lugar del observador:

(...) ¿Y cuales eran mis sufrimientos y mis goces? En un principio pensaba que intervenir era casi "como un deber", pero a medida que iba pasando el tiempo me sentía más a gusto en silencio. De repente experimentaba con toda su fuerza que nadie esperaba nada de mí. Del paciente se espera que diga cosas, con sus palabras, con su cuerpo. Del terapeuta que se alfe con el inconsciente de los pacientes, o que aporte algún sentido, o que contenga, o que... Esto me recuerda a Françoise Doltó que imaginada la rica existencia del embrión cuya vida es aún ignorada por todos. Ningún deseo ha sido puesto sobre él, salvo el de su madre, que es el suyo, de que surja la vida en él. Al observador le ocurriría algo así, se siente muy libre. Al no tener un lugar asignado - ni terapeuta ni paciente- los tiene todos a su disposición. Pero al embrión, aunque sea aún ignorado le llegan cosas del exterior... tensiones, risas, amarguras, alivios... y el observador ¿qué hace con esto además de "dar pataditas"? ¿qué hace con la cascada de afectos de la que es depositario? Goza de su existencia "al margen" pero al mismo tiempo queda recluido en el círculo cerrado de sus sensaciones, fantasías, afectos...

Otra imagen.. yo observando, en el útero cálido y protegido de los terapeutas, alerta todos los entidos, feliz en una palabra, divirtiéndome, pero sin más contacto con el exterior que algún que otro cruce de miradas furtivas. Aunque había un espacio para hablar -las "comidas de discusión"¹³- y fueron momentos muy gratos, pero allí no estaba el grupo, sino una parte de él.

(...) Y a lo largo de las sesiones van surgiendo las distintas configuraciones edípicas. ¡Qué riqueza! Siento que mi aprendizaje se centra más en el grupo interno que en el grupo real..Hi-

¹³ La reunión posterior de los terapeutas y el observador, donde a través de una comida se discutía el proceso grupal.

jos para amortiguar la culpa de los padres..Madre que arroja a la hija al lugar de amante del padre.. Hija que se siente viuda de su padre.. Hijo concebido por una promesa.. Hijos que se sienten asesinos de hermanos...

(...) Se aproxima mi despedida del grupo (...) ¡Qué mal! (...) al principio de la sesión me domina el abatimiento.. luego con esfuerzo me voy despidiendo poco a poco, tanto de un "bando" como del otro. El dolor y la rabia se van curando con la aceptación de la terminación y el agradecimiento a "los dos bandos"...

En definitiva, queremos llamar la atención sobre esta modalidad terapéutica que se nos ha revelado como sumamente eficaz para la superación de la dicotomía individuo/grupo. Se trata de algunas reflexiones que se desprenden de la observación de las características de la frecuencia mensual del trabajo de grupo y su articulación con la psicoterapia individual como marco de intervención.

Las características descritas no agotan las posibilidades de esta variante grupal. Uno de nosotros lleva algunos años explorando la potencialidad de este tipo de grupos en cuanto "grupo abierto" redefinido como "Psicoterapia breve en el grupo de tiempo y objetivos limitados", que abre la posibilidad a intervenciones muy específicas en vínculos transferenciales problemáticos que se dan en la psicoterapia individual, como fenómenos resistenciales crónicos, de más difícil resolución en el encuadre individual. A título de ejemplo estaría la "escisión de la transferencia" (Angelo Bejarano, 1971) donde todo lo negativo se proyecta sobre un objeto y todo lo positivo sobre otro; la "transferencia idealizadora" en trastornos narcisistas de la personalidad (Heinz Kohut); la "simbiosis transferencial" descrita por Bleger; las resistencias al alta en psicoterapias de larga duración, etc.

Por lo que se refiere al aspecto propiamente clínico, para nosotros hace ya tiempo que se desveló la duda sobre la validez de lo grupal en psicoterapia. Tomando como idea rectora el hecho de que en Psicoanálisis cada persona debe encontrar su destino, nos pareció muy interesante la contraposición que Trías¹⁴ establece entre Hegel y Hölderlin. El primero busca ese destino a través de la

"Erinnerung" (memorización especulativa), hasta alcanzar la buena conciencia de sí mismo. El segundo también lo busca, a través de "Andenken", memorización igualmente, pero encontrada en un viaje (terapéutico) hacia lo extraño, sin certeza racional sobre lo que se está por construir. En otras palabras, sin la racionalización de todo lo real. En esta tesitura, el grupo se convierte en un espacio privilegiado, como mencionaba antes, para esa Andenken, pues los otros como testigos evitan más fácilmente la tendencia racionalizante y homeostática de la conciencia.

¹⁴ Trías Sagnier, E. (1988) *La aventura filosófica* Madrid: Ed. Mondadori.

**V. El grupo terapéutico intensivo
no periódico (Laboratorio
social) (1993)
(Con N. Caparrós)**

El Grupo Terapéutico Intensivo no periódico ("Laboratorio Social")

Nicolás Caparrós Sánchez y Alejandro Avila Espada¹

Algunos conceptos sobre el "Laboratorio social"

El "laboratorio social", también conocido como "*grupo intensivo*" o "*grupo maratón*", ha sido utilizado desde sus orígenes de las maneras más diversas y por ello es necesario aclarar las funciones que puede desempeñar dentro del arsenal terapéutico de orientación psicoanalítica. Descriptivamente, podría definirse como una experiencia intensiva que se desarrolla tradicionalmente a lo largo de un fin de semana (habitualmente unas veinte horas repartidas en períodos de cuatro) en la que se articulan técnicas propiamente psicoanalíticas, guesálticas, psicodramáticas y de expresión corporal. Dicho así, al lector le puede parecer un a modo de caleidoscopio. La clave reside en que es necesario una teoría -que no una técnica- común que unifique y haga coherentes estas intervenciones aparentemente dispares. Desde nuestro punto de vista, la teoría psicoanalítica, en especial con la aportación de los nuevos conceptos que han surgido en la investigación grupal, es un soporte suficiente que permite la utilización adecuada y pertinente de cada una de esas técnicas.

Quizás sean los grupos intensivos de Shepard el antecedente más próximo, también se pueden citar las experiencias de A. Lowen, aunque en los dos casos el dispositivo fundamental no era analítico. Debemos retener de ambos autores, sin embargo, el original concepto de lo "*intensivo*" y de los efectos que este factor introduce en el decurso terapéutico. En la propia historia del psicoanálisis, encontramos tratamientos hechos por Freud en corto espa-

¹ Trabajo escrito expresamente para este volumen.

cio de tiempo empleando un número elevado de horas: hasta 10 por semana. No cabe duda, dejando aparte otras obvias consideraciones, que la "intensidad" permite trabajar, siempre que se empleen las técnicas adecuadas, las defensas de forma particularmente eficaz. A cambio puede decirse también que lo intensivo guarda una relación inversamente proporcional con la "elaboración", otro factor terapéutico de primordial importancia. Será necesario, por tanto, combinar ambos en proporciones adecuadas para cada paciente. Dejamos esta cuestión abierta subrayando su indudable relevancia clínica.

En el entorno de lengua castellana, a finales de la década de los sesenta Emilio Rodrigué, junto con Eduardo Pavlosky, Hernán Kesselmann y Nicolás Caparrós realizaron las primeras experiencias en este tipo de grupos intensivos aportándoles el rasgo diferencial fundamental de la orientación psicoanalítica. Ya desde un principio la práctica del "Laboratorio social" no representó una alternativa al psicoanálisis sino una de las muchas propuestas para el desarrollo del mismo dentro de una actitud crítica. Se trataba de introducir nuevos arsenales técnicos y de revisar al mismo tiempo los ritmos habituales de la cura. El mismo nombre de "Laboratorio Social" con el que se le conoce más en nuestro contexto está sugiriendo que esta modalidad de grupo intensivo es un espacio de investigación (para los terapeutas y los pacientes) en el que se utilizan factores precipitantes y aceleradores (catalizadores) de las "reacciones" de cambio y resistencia al cambio que se ponen en juego en el proceso terapéutico; también un espacio de *análisis* en el que se desmenuzan e identifican elementos que intervienen en los procesos, y coherentemente lugar de *síntesis*, en el que se articulan balances de perspectiva (lo pasado, lo presente, lo futuro) que convierten al "Laboratorio" en un instrumento primordial de valoración del proceso de cambio.

Las psicoterapias llamadas activas dentro del psicoanálisis tienen su origen clásico en S.Ferenczi. Simultáneamente, aunque sean menos conocidas, también fueron empleadas en el *Instituto Psicoanalítico de Berlín*, dirigido por K. Abraham, y de hecho pueden citarse como técnicas activas muchas de las utilizadas con psicóticos. Es cierto que "lo activo" representa una forma de violentación en la cura, pero la interpretación, el señalamiento, e incluso el silencio, en cuanto son elementos que modifican el proceso, también violentan el "libre curso de los acontecimientos". En ello estriba la responsabilidad clínica del psicoterapeuta.

Centrándonos en nuestra orientación y en los rasgos especí-

ficos que la distinguen de las primeras experiencias de grupo intensivo norteamericanas, es preciso señalar que está ubicada en la *concepción psicoanalítica del grupo*, cuyas raíces son, al menos tres: los trabajos de W.Bion de la primera época, en la que acuña sus célebres supuestos básicos, las investigaciones de E.Pichon-Rivière y las aportaciones que en su libro sobre grupos, clásico ya, efectuaron L.Grünberg, M. Langer y E.Rodrigué. Poco después de aquel texto aparecerá el libro de H. Kesselmann sobre "*Psicoterapias breves*", en el que se recogen los primeros aspectos de las técnicas empleadas por aquella época.

Si tuviésemos que extraer en pocas líneas lo esencial de aquellas iniciativas podríamos resumirlo de la manera siguiente: Desde un contexto histórico-ideológico de la manera que produce un movimiento crítico frente a la Asociación Psicoanalítica Internacional se pretendía incluir de manera efectiva el *parámetro social* en el proceso de cura, a la sazón muy postergado, sobre todo en manos de las corrientes más ortodoxas del kleinismo. Es clásica y conocida la crítica a la orientación kleiniana, incluso desde el propio Londres -Fairbairn, Bowlby, etc- de su relativo olvido del mundo externo en favor de una hipóstasis de la fantasía. Por otro lado, el Psicoanálisis no dejó de verse afectado por la corriente *antipsiquiátrica*, que junto con la crítica al asilo, a las terapias biológicas y a la cosificación del internado, aducía también severos reparos a la "*neutralidad social*" del psicoanálisis, exceso en el que muchas veces había degenerado la primitiva neutralidad terapéutica. Si los movimientos californianos de la época habían aportado técnicas dinámicas nuevas basadas en la teoría de la *gestalt* y la *bioenergética*, desde la orientación psicoanalítica se pretendió incluir al fenómeno grupo como espacio continente para el acto terapéutico, matriz común de lo social y de lo psicológico. El psicodrama, que con Moreno había representado sobre todo un lugar dinámico paralelo y quizás alternativo, al propio psicoanálisis, fue reinterpretado y re-situado desde los trabajos de Pavlosky en la órbita psicoanalítica. Los "*supuestos*" de Bion, la "*tarea*" como nucleadora del grupo y el "*vínculo*" concebido como bicorporal y tripersonal, en los trabajos de Pichon, los enfoques de terapias breves, sobre todo de Alexander y French y más tarde de Bellak, formaron el substrato básico que dio paso a los primeros "Laboratorios sociales" que realizamos. Los impulsores de este tipo de terapia contábamos con una sólida formación psicopatológica, hecho que es preciso resaltar, y en eso nuestro estilo de trabajo se diferenció desde el principio de orientaciones norteamericanas paralelas que sólo superficialmente

podían guardar semejanzas con nuestras experiencias, ya que aquellas primaban el espacio de la actuación sobre la reflexión clínica y teórica sobre lo que en el espacio grupal intensivo sucede.

Resumiendo lo antedicho, se podría decir que la inclusión del Laboratorio social en nuestro arsenal teórico técnico esta signado por un contexto sociocultural y es a la vez fruto de una reflexión histórica, psiquiátrica y psicoanalítica. Si las críticas a la fosilización inevitable de las instituciones nos habían de llevar a poner en cuestión las metodologías establecidas por lo ortodoxia y su hija predilecta la inercia, la historia enseña que hay que retomar viejos debates jamás conclusos -y hacer las pertinentes relecturas de cuestiones que periódicamente se dan como establecidas- así nos habremos de topar de nuevo con la dupla *katharsis/análisis dialéctico*². La *katharsis* expulsa lo indeseable para a partir de ahí *purificar*, esa es quizás la más vieja acepción del término: la proyección, colocando lo malo fuera prepara al renacimiento, diríamos ahora -los albores de la primera tópica están impregnados de este concepto- mientras que el análisis sitúa, confiere valor de símbolo, fija y orienta por medio de la palabra aquello que está disperso o simplemente en estado de conflicto. Reestructurar es algo profundamente diferente a expulsar. El Laboratorio, en nuestra concepción original, era un espacio para dar a la *katharsis* su derecho a *manifestarse*, pero al mismo tiempo con la intención de *analizarla* más tarde y de colocarla, por tanto, al nivel de la palabra. En ese sentido el Laboratorio intentaba ser una *articulación entre lo catártico y lo analítico*, o si se quiere una *catarsis* efectuada entre ciertos parámetros analíticos fundamentales. Independientemente de que se juzgue válida o no esta propuesta, queda claro que ya desde los inicios, la ubicación analítica los separa netamente de aquellas experiencias intensivas que sólo guardan en común con las nuestras el número de horas empleadas. Resulte lo que resulte de esta hipótesis la intención, en todo caso, fue siempre terapéutica, nunca tuvo el propósito de ser una *"experiencia vital aislada"*, válida por sí misma, ni tampoco un corpus terapéutico total y alternativo a las terapias dinámicas de intervención periódica. Siendo eso así, sólo de forma excepcional hemos admitido en los laboratorios a personas que no estuviesen siguiendo psicoterapia personal. En la actualidad este requisito lo consideramos indispensable. El desarrollo de nuestra propia experiencia en grupos de tipo periódico y la consecuente clarificación teórica de un modelo psicoanalítico del grupo, nos ha

² Dialéctica en el sentido griego más primitivo: "el avance a través del diálogo".

llevado en el curso del tiempo a realizar diversas modificaciones en nuestro concepto del Laboratorio que pasamos a exponer a continuación.

La primera de ellas ha sido un deslizamiento progresivo desde el costado catártico al lado analítico. Opinamos que cierta dosis catártica puede ser útil en la medida que no persiga efectos *"purificadores"*, entonces el sujeto adopta una actitud mágica y predominantemente pasiva, en detrimento del protagonismo necesario del acto analítico. La *catarsis* operativa es aquella que *insufla al material aflorado la necesaria dosis de afecto* para preparar en etapas posteriores el insight, evitando así las defensas racionalizadoras, pero teniendo en cuenta que la simple catarata de afectos vacía al sujeto, enjenándole de sus propias sensaciones; pasado el momento de climax emocional, las defensas se reafianzan. Por otro lado, desde el ángulo de la psicopatología se antoja necesario toda una teoría auxiliar de *cuando, qué y a quien movilizar*. No disponer de datos estructurales del sujeto puede provocar que la movilización pase de tener pretensiones terapéuticas a convertirse en una aventura irresponsable. Si hubiéramos de leer hoy los mecanismos de la *catarsis* desde una óptica analítica, diríamos que opera en lo esencial frente a la *represión* y en ciertos casos, la *supresión*, lo que no conlleva la simple conclusión de que sean útiles en esos cuadros donde estos mecanismos de defensa desempeñen un papel básico. En aquellos sujetos donde son otros los mecanismos fundamentales: proyección, identificación proyectiva, desplazamiento, sobre todo, la *catarsis* puede deparar además estados de desestructuración de mayor o menor severidad, pero que en todo caso cabe calificarlos de iatrogénicos. Por todo ello, el factor *catarsis* debería confinarse a un cometido modesto de sensibilización, cuidando de que la ansiedad que ésta puede desencadenar nunca elimine el papel protagonista del Self. Hoy diríamos que ha de quedar ante todo reservada a conjurar el mecanismo, por otra parte superficial, de la racionalización.

En la medida en que la psicoterapia analítica es un proceso por el que el paciente pretende alcanzar una *redistribución de los investimentos*, la primera cuestión que se plantea es saber si resulta conveniente o no incluir conductas terapéuticas de diferente tipo a lo largo de la cura. Huelga decir que existen opiniones muy diversas. A nuestro entender, las intervenciones terapéuticas de distinto nivel: medicamentosas, analíticas, de terapia de grupo, etc, pueden resultar sumamente aconsejables en determinados momentos del proceso, a condición de que estén articuladas entre sí. En

caso contrario se corre el peligro de que sean contraproducentes. En nuestra práctica no es excepcional que un mismo paciente simultanee la cura analítica individual con el grupo analítico periódico y que ocasionalmente asista a un Laboratorio. Ciertamente es que se presentan problemas transferenciales inéditos, pero no lo es menos que aparece material que de otro modo se haría menos evidente o que acaso no llegase a aflorar nunca. Desde este punto de vista incluimos la experiencia del laboratorio en los siguientes supuestos:

1º *En los comienzos de la psicoterapia analítica.* Con el objeto de situar al paciente en un plano estrictamente psicológico. Sabido es que muchos pacientes acuden a solicitar tratamientos con unos presupuestos distintos a los que son idóneos para una cura. Vienen contaminados por el modelo médico: cuentan sus conflictos y aguardan después la solución, focalizan su atención en el síntoma y consideran como no pertinente cualquier incursión en aspectos generales de su persona, pasados o presentes. El Laboratorio en esos casos, al confrontarlos con situaciones genéricas, pero de evidente carga emocional, les permite hacer conscientes conductas, constelaciones defensivas, etc, que se ponen en marcha en momentos que les resultan ansiógenos posibilitando de esta forma el ulterior diálogo analítico.

2º *Para facilitar evaluaciones y autoevaluaciones del proceso terapéutico básico.* Dado que la periodicidad de un laboratorio es a lo sumo anual, resulta un espacio de tiempo suficientemente amplio como para poder efectuar comparaciones por parte del propio sujeto en relación al control y surgimiento de ansiedades y a las fantasías específicas que cada experiencia suscite. Este papel auto-evaluativo y valorativo para los terapeutas es una de las utilidades más repetidamente contrastadas en esta técnica.

3º *Para elaborar aspectos puntuales ante los que se han erigido resistencias concretas en el proceso terapéutico.* En este sentido, las usuales veinte horas de duración: del laboratorio: *intensidad*, y la presencia de diferentes terapeutas *diversidad*, permite desbloquear de modo más sencillo la estructura defensiva que ha dado lugar al impasse.

4º *Al final de la cura como impulsor de la disolución de la relación transferencial.* El Laboratorio como espacio de diversificación de la transferencia, y lugar de contraste obligado con la experiencia de la ansiedad de separación, cuyo trabajo está favorecido por las representaciones del contraste entre el "afuera" y el "adentro" del grupo. Los vectores de la temporalidad en el orden del sujeto y del grupo son delimitadores de la confrontación inevitable

con la vivencia de la posición que el sujeto ocupa respecto de su proceso terapéutico y su terapeuta, facilitando así su clarificación e induciendo su elaboración.

En otro orden de cuestiones y a diferencia de los enfoques clásicos de este tipo de grupos el Laboratorio no debe ser considerado una *experiencia en sí misma*, al margen del proceso terapéutico, por esta razón el trabajo en el seno del mismo ha de estar siempre contextualizado en la entraña de la terapia básica de cada paciente. La primera consecuencia práctica es que los terapeutas deben encargarse de *abrir cuestiones, que serán elaboradas y analizadas en detalle en las respectivas psicoterapias, no de cerrarlas*. El famoso "happy end" atribuido a estas experiencias en la mitología californiana va contra esa interrogación permanente que es base esencial del trabajo analítico.

Algunas cuestiones sobre técnica

Hemos apuntado anteriormente que lo singular de esta modalidad de grupo no radica en los elementos técnicos, sino en la articulación teórico-clínica que se hace de ellos al servicio del conjunto del proceso psicoterapéutico que se sigue con el sujeto. Hufmos así de connotar al "Laboratorio Social" como una tecnología ateórica, quizás el mayor peligro que acecha a esta modalidad de intervención. Pero que nos preocupe la confusión de este dispositivo terapéutico con un *happening* no implica negar la posibilidad de describir algunas singularidades técnicas derivadas, ni impide abordar las condiciones que las justifican y delimitan. Sobre ellas vamos a discurrir brevemente a continuación.

Aunque esta modalidad grupal sea relevante en los comienzos del proceso terapéutico para un sujeto, el Laboratorio no es la puerta de entrada precisamente porque es imprescindible conocer aspectos esenciales tanto del diagnóstico estructural del sujeto como del sentido de su demanda. Cierta experiencia del contexto terapéutico y una suficiente alianza de trabajo con el paciente son pre-requisitos para que éste pueda aprovecharse de la experiencia del Laboratorio. El formato temporal del Laboratorio supone además ciertas rupturas inevitables con los ritos de la vida cotidiana familiar (habitualmente discurre a la largo de 20 horas repartidas en un fin de semana), y ello deparará a la vez más valencias de movilización, y consecuentemente ensayos defensivos ante los cambios que se fantasea van a darse, primero de cambio en el ritmo temporal personal, más tarde en la acción, cuando el discurrir del Labora-

torio implica la inmersión en situaciones "nuevas" que demandan la participación del sujeto.

También se activan fantasías de corte mágico-omnipotente sobre el papel curativo que la experiencia representa, principalmente por el cambio de ritmo respecto del proceso terapéutico precedente, y como forma de elaborar la ansiedad ante lo desconocido, de especial movilización transferencial en la primera experiencia de este tipo que tiene el paciente. Unas y otras fantasías han de ser trabajadas previamente, y disueltas al menos en parte.

La indicación de inclusión de un paciente en un Laboratorio implica además que se ha considerado detenidamente que el juicio de realidad y las defensas permiten estimar que hay posibilidad de aprovecharse de los aspectos contenedores y movilizadores que el grupo depara. Es tarea de los terapeutas evaluar estos aspectos *a priori*, e indudablemente son los propios pacientes quienes regulan su inclusión o no en el grupo administrando sus defensas. Actitudes defensivas masivas o reiteradamente reticentes ante el dispositivo grupal están revelando que probablemente la indicación es prematura. Se trata pues, de que los terapeutas han de efectuar una valoración dinámica del grado de accesibilidad que en este momento tiene cada sujeto al trabajo grupal intensivo, matizando la indicación caso a caso. Más allá de esta consideración no hay otra discusión que la que se recoge en la problemática de las indicaciones del grupo³.

Sobre el encuadre formal se han hecho ya ciertas precisiones⁴ que no tiene sentido reiterar aquí. Es importante destacar que el encuadre inicial (explicitado a veces individualmente a cada integrante, al realizar la indicación de inclusión) subraya las garantías que el espacio grupal reclama frente al acting-out del grupo, precisamente para que lo movilizado sea referido al eje grupo-individuo y sea en consecuencia trabajado bien en los períodos grupales, bien ulteriormente en la psicoterapia personal de cada integrante. En nuestra dilatada experiencia -iniciamos nuestra praxis hace ya dos décadas- de conducción de laboratorios no hemos evidenciado apenas acting-out incoercible o inmanejable, o rupturas relevantes del secreto grupal. Evidentemente la cuidada selección de los integrantes y la madurez técnica del equipo de terapeutas son factores cruciales para lograrlo.

³ Véanse los capítulos 14 y 15, en este mismo volumen.

⁴ Véase el capítulo 8 de este volumen.

No es necesario resaltar que la co-terapia es imprescindible. No es sólo un factor del número de integrantes del grupo laboratorio, habitualmente elevado (entre 16 y 24 integrantes está el tamaño más idóneo) para posibilitar cierta variedad y complejidad en el trabajo grupal a efectuar, sino que se trata de que el equipo de co-terapeutas posea capacidad de contención y manejo grupal suficiente, al tiempo que se auto-contiene y conserva capacidad para gestionar la tarea terapéutica. Suficiente experiencia en el trabajo grupal, y mútua confianza entre los miembros del equipo son condiciones indispensables para que varios terapeutas afronten juntos la tarea de conducir un laboratorio. Téngase presente la complejidad de las reacciones transferenciales múltiples que habrán de ser leídas y trabajadas, así como la menor complejidad de las reacciones contra-transferenciales evocadas en los terapeutas, base de su trabajo pero también fuente de sus sesgos y errores. Insensiblemente, con el transcurso de los años ha ido creciendo el número de terapeutas que integran el equipo. Inicialmente dos, luego tres, y ahora frecuentemente cuatro, sin contar con la inclusión de observadores-terapeutas en formación. Entendemos que la composición idónea del equipo deriva de varios factores: la experiencia precedente de trabajo conjunto; la presencia/ausencia de pacientes de dichos terapeutas; y la especificidad técnica del grupo (p.e. adolescentes, límites y psicóticos).

La descripción de los elementos técnicos de un Laboratorio podría abordarse bien desde la teorización de las consignas (juegos), bien desde el análisis de los procesos grupales que tienden a ser recurrentes en el devenir grupal⁵. La primera vía, la de describir las "consignas" y "juegos" ha sido a veces utilizada por su potencial descriptivo, pero ha facilitado la totalmente errónea impresión de que un Laboratorio consiste en una sucesión de juegos. Nada más dañino para el aprendizaje grupal/individual que esta sobresimplificación, considerar que el Laboratorio consiste en llevar a cabo un guión integrado por sucesivos juegos, además del peligro de inducir al acting.

La segunda vía, la descripción y análisis de los procesos grupales recurrentes, es sumamente compleja, y solo excepcionalmente sistematizable. Efectivamente, aunque la experiencia de trabajo con este dispositivo grupal nos atestigua la existencia de cier-

⁵ Los comentarios de nuestros observadores más recientes han sido especialmente valiosos para la discusión sobre el Proceso Grupal del Laboratorio. Agradecemos los comentarios de Vicente Brox, Lola Gonzalez, Manuel Aburto.

tas *regularidades* en el devenir grupal, este es solamente constatable *a posteriori*, y por tanto apenas puede decirse nada del diseño *a priori* de un Laboratorio. Solo que los terapeutas utilizan consignas para inducir movilización y trabajo grupal, y que fundamentalmente analizan -a partir de una fina observación- el sentido de lo movilizado y el trabajo grupal devenido para aprender del grupo y sus integrantes, posibilitando nuevas consignas. Se trata de una dialéctica en espiral que parte del grupo, induce la consigna, vuelve a operar en el grupo generando nuevas consignas y así sucesivamente hasta que el trabajo (tanto a nivel grupal como individual) es suficiente... por esta ocasión, explicitándose los nexos que conducen de lo trabajado en el grupo a la psicoterapia personal de cada integrante. Las figuras 1 y 2 son un ensayo de representación gráfica de este proceso por el cual los individuos contribuyen a la movilización grupal, y consecuentemente las escenas (defensivas, activadoras, elaborativas) del grupo marcan los momentos del trabajo personal a través de la situación grupal intensiva.

Figura 1

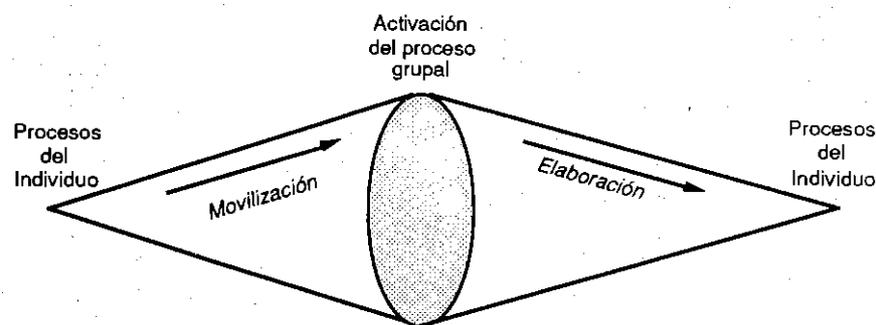
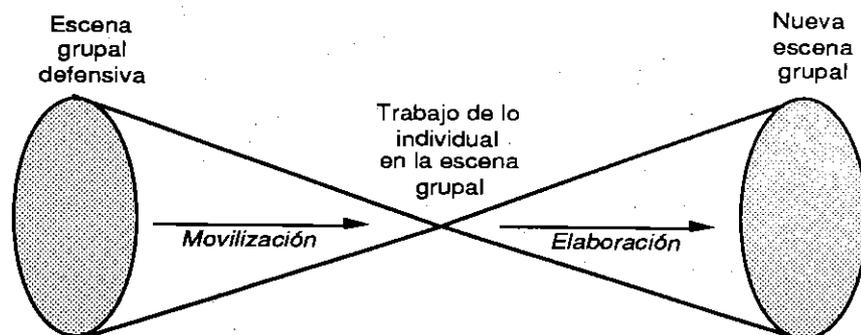


Figura 2



Lo que se repite es algunos vectores estructurales del proceso grupal, sin grandes diferencias con cualquier otro esquema procesual de la psicoterapia psicoanalítica: Apertura (Defensas y su movilización), Clarificación, Confrontación, (Interpretación), Elaboración, Aprendizaje, (como proceso singular o repetido n veces en cualquiera de las fases) Cierre (Ansiedad de separación, convergencia-pertenencia de esta experiencia con el proceso individual...)

La apertura del grupo es un momento de especial importancia porque dimensiona el alcance del trabajo grupal, disolviendo ciertas fantasías mágicas sobre el espacio grupal y facilitando la articulación entre el espacio de trabajo personal y el contexto grupal. Solemos reiterar en nuestra experiencia el comentario de que una buena apertura suele revestirse de cierto aire de pesadez, lentitud y morosidad grupal. Nuevamente insistimos en la imposibilidad de ofrecer "consignas precisas", y discurrimos desde ahí a los elementos estructurales de una Apertura: *Auto-presentación; Descubrimiento-reconocimiento de los otros; Introducción de la tarea terapéutica a través de subtareas exploratorias y descriptivas*. Pero recordemos que la tarea se contextualiza en la articulación de lo real, lo simbólico y lo imaginario, por lo que los tres elementos estructurales citados se activan mejor en el plano de las producciones de fantasía, facilitador del juego de identificaciones y contraidentificaciones proyectivas, promotor de un clima grupal productivo que se traduce en asociaciones e imágenes grupales.

Los materiales producidos por los integrantes y el clima o climas grupales evocados en la sesión de apertura son una herramienta de trabajo esencial para la conducción del Laboratorio. Se requiere una fina observación del grupo en este momento, aparentemente tedioso y repetitivo, ya que en esta secuencia inicial reposa la valoración diagnóstica de algunos elementos esenciales: ¿quienes son -a nivel de su dinámica psicológica e interpersonal- estos integrantes? ¿cuales son las temáticas conflictivas singulares o grupales más relevantes? ¿cuales son las tareas latentes de interés terapéutico? ¿qué manifestaciones ofrece la resistencia individual y grupal? ¿de qué capacidad de fantasía y juego se dispone?... El análisis de las respuestas a estas y otras preguntas que habrá de hacerse el equipo terapéutico permite continuar el trabajo a partir de la información y dinámica que el propio grupo suministra. Esta es la clave de la estrategia técnica de conducción del Laboratorio: *Saber leer en el grupo y sus integrantes qué está pasando, cómo, cuando y con quién(es) intervenir, y hasta qué límites.*

Ciertas consignas se han mostrado especialmente útiles por su capacidad para aglutinar planos de movilización y elaboración. Dramatizaciones por subgrupos relativamente pequeños (hasta 6/8 integrantes) con énfasis en lo verbal parecen más adecuadas cuando se trata de facilitar la descripción de las temáticas conflictivas y el reconocimiento del rol que en ellas representa cada integrante. Tareas que excluyen lo verbal, están orientadas a levantar defensas racionalizadoras, y a activar la movilización emocional, potenciadas frecuentemente por la relajación. Cuando la movilización emocional lograda es importante, un paso gradual por escenas dramáticas primero pre-verbales, luego verbales, con notable participación de la acción, permite construir un contexto subjetivo que facilite la clarificación/confrontación con elementos relevantes de los propios conflictos. Conviene recordar que los juegos dramáticos y de sensibilización emocional son tanto más productivos para este fin cuando las consignas no son rígidas y dejan un amplio margen de ambigüedad para ser interpretado por el sujeto. Tras importantes niveles de movilización lograda en el grupo, espacios de retorno a lo verbal individual hacen posible que se integre y elabore la experiencia en el plano individual, pero teniendo en cuenta que la intervención terapéutica no termina con el Laboratorio, sino que sigue.

Uno de los trabajos que hemos reiterado más es la propuesta por subgrupos escogidos por los aspectos nucleares de su estructura y dinámica psicológica, de construir, preparar y representar una pequeña obra con argumento, con textura dramática, para lo que los integrantes de cada subgrupo cuentan con amplia libertad. La representación es pública para el resto de los integrantes y los terapeutas. Las pequeñas "obras de teatro" así producidas, recogidas en video y posteriormente analizadas con el grupo total, vienen a ser excelente ocasión de síntesis de todo lo movilizado, explorado y elaborado a lo largo del Laboratorio, vector de nueva movilización, exploración y re-elaboración. Son a la vez espacio privilegiado de trabajo de lo transferencial en el grupo.

La situación de "cierre" o "despedida" del Laboratorio es buen testimonio de la evolución de esta técnica grupal. Cuando el Laboratorio estaba connotado más de experiencia "singular" y "única", el cierre requería de un trabajo grupal específico y sumamente dificultoso, por la impresionante presencia de las ansiedades de separación y la necesidad de trabajarlas suficientemente. Cuando el Laboratorio pasa a ser un elemento más del proceso terapéutico de cada sujeto, el "cierre" es la ocasión de señalar más claramente los nexos entre la psicoterapia de grupo y la psicoterapia individual, y

pasa así de ser "cierre" a ser "transición a". Y de nuevo el carácter valorativo, de "balance de la evolución del proceso terapéutico", que tiene el Laboratorio se hace presente con toda su intensidad.

Por último, algunos comentarios sobre las características recomendables para los espacios físicos en los que se desarrollará el Laboratorio. Una sala suficiente amplia, sin obstáculos -muebles, mesas o sillas- para albergar a la totalidad de los integrantes y a los terapeutas, con facilidades para la relajación, el movimiento, el ruido, y con objetos susceptibles de usos múltiples, tales como cojines, capaces de servir de asiento, pero también de "objetos intermedios" para múltiples propósitos y simbolizaciones. Pero esta única sala no basta; es necesario disponer de otros espacios, lo más variados posibles, para el trabajo por subgrupos, para el descanso de los terapeutas y su eventual necesidad de tomar distancia.. en el afuera. Los espacios físicos en los que se enmarca el laboratorio vienen a constituir una micro-representación de las relaciones mundo interno/mundo externo, y conviene que tal representación pueda ser flexible y "holgada", homólogo a la posibilidad del cambio.

**VI. El grupo operativo:
Aportaciones sobre teoría y
técnica (1993)
(Con N. Caparrós y A. García)**

El Grupo Operativo: Aportaciones sobre Teoría y Técnica.

Nicolás Caparrós Sánchez, Antonio García de la Hoz y Alejandro Avila Espada¹

El grupo operativo es una técnica todavía reciente, con tres décadas de práctica, pero aún con insuficiente producción teórica. En su desarrollo pueden vislumbrarse tres momentos de formalización de la teoría, cada uno con características distintivas. Un primer momento corresponderá al creador de la técnica y sus propuestas: Enrique Pichon Rivière². El segundo comprende las correcciones y los ajustes conceptuales efectuados por Armando Bauleo, discípulo del anterior; Aunque no es el único que se ocupa de profundizar en los grupos operativos -están también José Bleger, Hernán Kesselman, Fernando Ulloa, Eduardo Pavlovsky, Marcos Berstein, Ana Pampliega y un largo etc.- si es el primero en proponer nuevas concreciones a la teoría. Todos ellos constituyen lo que se podría denominar Escuela Argentina Operativa de Psicoterapia de Grupo, que tendrá como eje referencial la *Escuela de Psicología Social* que recibirá el nombre del maestro: Pichon Rivière. Un tercer momento se da a través de la organización de los conceptos anteriores en una nueva dirección práctica del Grupo Operativo llevada a cabo por Nicolás Caparrós y sus colaboradores, quienes revisan la teoría a la luz de las aplicaciones desarrolladas en España, cuya primera formalización teórica a partir de experiencias clínicas se plas-

¹ El presente trabajo es una reelaboración, puesta al día e integración efectuada a partir de dos trabajos anteriores: A. García de la Hoz (1977) "La evolución del concepto de Grupo Operativo" *Clínica y Análisis Grupal*, 2, nº2, pags. 46-58 ; y N. Caparrós y S. López "Teoría y práctica de Grupos Operativos" en Varios autores (1974) *Psicología y Sociología del Grupo*, Madrid: Fundamentos.

² La figura y contribución teórica de Enrique Pichón Rivière ha sido ya esbozada en los capítulos 5 y 6 de este volumen.

mó en un extenso artículo³ elaborado en colaboración con Susana López Ornat, a mediados de los setenta. Más tarde estos conceptos serían las bases sobre las que desarrollar toda una serie de aportaciones teóricas y técnicas, que vendrán a constituir una década más tarde el fundamento de lo que es enunciado a partir de 1991 como 'Modelo Analítico-Vincular'⁴. A partir de la segunda mitad de los ochenta se distingue entre una concepción grupal de signo operativo, como referente teórico para pensar la relación entre salud y enfermedad y los distintos dispositivos de intervención con los que *operar* en ella, de la modalidad técnica de grupo para la que cabe reservar el nombre de Grupo Operativo. Este trabajo se centrará en esta última opción, rescatando desde una perspectiva actual los elementos teórico-técnicos sobre los que basar la conducción de grupos operativos, dispositivo de especial interés cuando se trata de integrar lo pensado y lo vivido en verdadero *Aprendidaje*. Como introducción a la tarea de exponer los aspectos teóricos del Grupo Operativo comenzaremos por la revisión de las etapas que instituyeron la técnica.

I

Enrique Pichon Rivière es el creador de la técnica de Grupo Operativo⁵. El punto de partida de la investigación que dió lugar a la técnica lo provocó una experiencia en Rosario⁶ (1958), que fue planificada mediante una estrategia y una práctica operativa instrumental. La estrategia fue la creación de una situación de "Laboratorio Social" al estilo de los grupos estructurados investigados por los seguidores de K. Lewin. La táctica era totalmente grupal y la técnica consistía en el trabajo mediante grupos heterogéneos pequeños, de comunicación y discusión sobre un tema. Estos grupos pequeños heterogéneos son precursores directos de los grupos operativos en lo que se refiere a su organización y finalidad, puesto que en la praxis ya eran operativos. En estos grupos se planteó la existencia de un coordinador, cuyo objetivo era el de lograr que la comunicación dentro del grupo se mantuviera activa, y pudiera ser

³ El artículo mencionado, realizado en colaboración con Susana López Ornat, aparece en el libro *Psicología y sociología del grupo*, Madrid: Editorial Fundamentos, 1974.

⁴ El *Modelo Analítico-Vincular* es el eje conceptual de este Manual, y es expuesto de manera sistemática en los capítulos 7 (Volumen I) y 20 (Columen II).

⁵ Para más detalle revise el lector los mencionados capítulos 5 y 6 de este volumen.

⁶ En la República Argentina.

creadora. El coordinador trataba de mantener y fomentar esta comunicación para alcanzar un desarrollo progresivo del tema (en espiral dialéctica) en el cual coincidirían la didáctica, la comunicación, el aprendizaje y la operatividad. La teoría y técnica del Grupo Operativo no está suficientemente sistematizada en la obra de Pichon, y se hace necesario reconstruir el contexto de sus experiencias para entender el alcance último de sus propuestas.

Pichon Rivière parte de un esquema nocional que domina ECRO (Esquema conceptual, referencial y operativo) acuñado por él. El ECRO apunta al *conjunto de conocimientos y de actitudes que cada uno de nosotros tiene en su mente y con el cual trabaja en relación con el mundo y consigo mismo*⁷. En última instancia se trata del logro de la comunicación grupal, lo cual se convierte en un objetivo a conseguir, una meta común. Entonces, de acuerdo con esto, la indagación operativa consistiría, entre otras cosas, en la observación de los elementos comunes a cierto tipo de problemas y analizar las posibles soluciones y aún en los casos en que no se introduzcan nuevos medios, buscar la optimización de los ya existentes. Con este planteamiento, la técnica operativa se puede aplicar multidireccionalmente (a problemas relativos a la ejecución de tareas, donde surge la necesidad de especialización y división del trabajo; p.e. a tareas comerciales, industriales, problemas de táctica militar, etc.). Si la técnica se orienta al "grupo terapéutico", la tarea sería resolver el común denominador de la *ansiedad* del grupo, y por lo tanto, radicaría en la posibilidad de aprender "tácticas" en una acción "como si" para elaborar dicha ansiedad.

El "grupo operativo" tiene su actividad centrada en la movilización de estructuras estereotipadas y en las dificultades del aprendizaje y comunicación provocadas por el nivel de ansiedad que despierta todo cambio. En cuanto al concepto descriptivo del grupo, Pichon dice que puede ser de múltiples tipos (primario, secundario, vertical, horizontal, etc.), pero lo que debe observarse en todos es una heterogeneidad adquirida en la medida en que aumenta la homogeneidad de la tarea.

Se ha mencionado varias veces la palabra tarea. Es éste un concepto fundamental dentro de la técnica. Pichon Rivière propone una "psicoterapia de grupo centrada en una tarea". Es decir, un análisis sistemático de las dificultades en la misma, ya se trate de aprendizaje, curación o creación. El grupo se convierte en el agente de cura y el coordinador devuelve las imágenes de esa estructura

⁷ Véase en la revista *Clínica y Análisis Grupal*, núm. 1 (sección "Conceptos básicos") Madrid, 1976.

que se crea (grupo) en continuo movimiento, encarnando además las finalidades del grupo. Y una tarea previa (pre-tarea) que nos parece sumamente interesante es la delimitación y ubicación ideológica de los distintos esquemas referenciales (ECRO) empleados por los terapeutas.

Ya hemos citado la elaboración de un ECRO común como tarea primordial en un grupo para el establecimiento de la comunicación. Veamos qué otros mecanismos operan en dicha elaboración. Fundamental es el interjuego de roles, que hay que analizarlo constantemente, para lo cual el coordinador se ayuda de un observador y de la lectura de los emergentes grupales. Estos emergentes, según Pichon Rivière, serían los portavoces de las ansiedades grupales y los depositarios de sus tensiones. En la dinámica del rol de portavoz, descrito por P. Rivière, éste sería considerado como el integrante más fuerte, convirtiéndose situacionalmente en el más débil por su incapacidad de soportar la depositación masiva de ansiedad, transformándose así en el líder de cambio o de resistencia al cambio según el devenir de la terapia. Líder Operativo sería aquel que proporciona pasos para el cambio de situaciones.

El grupo se vuelve operativo, cuando desde una estereotipia inicial adquiere plasticidad y movilidad a través de la tarea, cuando los roles se hacen intercambiables. Conceptos importantes para la *operatividad* de un grupo son la pertenencia, la cooperación y la pertinencia, principios básicos que rigen la estructura de todo grupo humano. En el grupo operativo, la pertenencia tiene que ver con una cohesión del grupo más fuerte que en el primer momento de integración. Es el grado de afiliación de cada integrante a la estructura grupal. Esto permite a cada integrante elaborar una estrategia, una táctica, una técnica y hace posible una planificación. La cooperación consiste en la contribución, aún silenciosa, a la tarea grupal. Se establece sobre la base de roles diferenciados. La pertinencia consiste en el centrarse del grupo en la tarea y en el esclarecimiento de la misma.

P. Rivière afirma que el grupo operativo es "*un grupo centrado en la tarea y que tiene por finalidad aprender a pensar en términos de resolución de las dificultades crecidas en el campo grupal*" y no en cada integrante, lo que sería un tratamiento individual en el grupo. El 'paciente' que anuncia un acontecimiento es el portavoz de sí mismo y a la vez de las fantasías inconscientes del grupo. En esto reside la gran diferencia de la técnica operativa con respecto a otras técnicas grupales, ya que la interpretación operativa empieza por el portavoz y luego se señala y amplía lo explicitado al grupo, señalando que es un producto de la interacción de los

miembros entre sí y el coordinador. Si el portavoz lo que expresa es la resistencia al cambio, el grupo puede solidificarse estereotipándose, como defensa ante la ansiedad que produce el cambio. El grupo funciona entonces como una "conspiración" que tiende a desplazar al equipo terapéutico (que en ese momento significa el agente de cambio). El grupo "conspirador" tiende a inmovilizarse y a mantener la estructura preexistente.

Este proceso aparece como un período previo a "entrar en el tema", dominado por Pichon Rivière *Pretarea* caracterizado por mecanismos de escisión (posición esquizo-paranoide en el grupo), disociando entre el sentir, el pensar y la acción. La pretarea (y sus técnicas disociativas) son un momento normal en el desarrollo del trabajo grupal, pero se estanca si el estereotipo adquiere una rigidez creciente, con lo que la productividad del grupo llegaría a ser nula.

En términos de trabajo grupal, a la *Pretarea* (puesta en juego de técnicas defensivas, movilizadas por las ansiedades que despierta el cambio), seguiría la *Tarea* (abordaje de estas ansiedades) y luego vendría la elaboración de un proyecto (cuando se logra una pertenencia de los miembros) que se concretaría en una planificación.

La interpretación del coordinador debe orientarse siempre sobre estas situaciones universales, en una formulación que incluya siempre lo vertical del portavoz (aspecto diacrónico) y lo horizontal del grupo (aspecto sincrónico).

En resumen, Pichon Rivière crea la técnica operativa y la centra en la movilización de estructuras estereotipadas y dificultades de aprendizaje y comunicación, debidas al nivel de ansiedades que despierta todo cambio (ansiedad depresiva por el abandono del vínculo nuevo y la inseguridad). Los roles, fijos al comienzo, deben configurarse en liderazgos funcionales u operativos, eficaces en el "aquí-ahora" de la tarea. El coordinador debe favorecer el vínculo entre el grupo y el campo. La técnica ha de estar centrada en una tarea, donde la teoría y la práctica se resuelvan en una praxis permanente y concreta. En conclusión, con la técnica operativa pichoniana se trataría de:

- a) Conseguir una adaptación activa a la realidad.
- b) Posibilitar la asunción de nuevos roles.
- c) Poder adquirir una mayor responsabilidad sobre una tarea.
- d) Desprenderse de los roles inadecuados para la situación "aquí-ahora" de la tarea.
- e) Que los sentimientos básicos de pertenencia, cooperación y pertinencia de todo grupo, puedan ser producidos de mane-

ra armónica, logrando mayor productividad.

f) Elaborar las ansiedades despertadas en cada situación de cambio.

II

En un segundo momento, Armando Bauleo ha sistematizado⁸, en un intento reconceptualizador, las nociones que sobre el Grupo Operativo enunció Pichon Rivière de una manera un tanto caótica. Bauleo proporciona además aportaciones originales que vienen a precisar más el campo teórico. De esta manera a la hora de definir el grupo, establece una diferenciación importante entre el *concepto de grupo* y la *experiencia grupal*. Experiencia grupal es la expresión posible de *lo vivido* por los sujetos en la experiencia, es el relato de los integrantes, su propio discurso sobre lo sentido y lo percibido. El concepto de grupo se enuncia desde la ubicación de quien observa y coordina una experiencia grupal. Es decir, desde el lugar de alguien que, aunque esté presente en la experiencia grupal, sufre respecto de ella un descentramiento; este descentramiento, proporcionado por la teoría, viene dado por su función, que es la de interpretar o señalar lo que a otros les sucede. Es importante distinguir entre este descentramiento y asimetría, pues mientras lo primero es necesario para poder explicar lo que acontece con un cierto grado de objetividad (o cabría decir de no condicionamiento), lo segundo tendría que ver con una relación de poder, expresable en un contexto clínico en términos de: "Yo soy el sano y vosotros los que os tenéis que curar".

A. Bauleo delimita tres momentos o fases a lo largo del desarrollo del grupo. Estos son la fase de indiscriminación, la de discriminación y la de síntesis. Estos momentos se suelen dar en este orden, cada una de las fases con sus características, pero nada impide que se alternen una vez alcanzado el estadio de síntesis. Así el funcionamiento del grupo puede describirse como una espiral dialéctica, la cual se desarrolla de manera no circular, pues aunque parece que se vuelve al punto de partida se llega con la riqueza de lo vivido por el grupo dentro de sí mismo, que le sitúa más allá de su punto de partida.

Precisando más los conceptos de Pichon Rivière, A. Bauleo habla de ubicar al Grupo Operativo según dos planos: 1) El plano

de la *temática* que tiene que ver con todo lo verbal (manifiesto) y 2) El plano de la *dinámica*, al cual darían forma la emoción y la acción (latencia). Lo ideal es buscar los puntos de unión de los dos para formular las interpretaciones del proceso grupal.

Ahora bien, sólo a través de la tarea el grupo es grupo. La tarea es el factor por el cual el grupo se ha unido para apropiarse de él y luego accionar con él. Es el tema, la ocupación, finalidad o "título" que hace converger sobre él todo el funcionar de la reunión grupal. Puede haber una tarea manifiesta (que surge como correcta interpretación de las necesidades del entorno), que tiene que ver con el plano de la temática, y una tarea latente (que aparece por la exteriorización colectiva explícita o no, no necesariamente verbal, de las fantasías de un conjunto de personas), que tiene que ver con el plano de la dinámica grupal.

Armando Bauleo hace una distinción y una aclaración al concepto de Grupo Operativo de Pichon. Este decía que todo grupo es operativo en cuanto tenga una tarea, en cuyo proceso se desenvuelve la técnica operativa; Bauleo señala cómo esta denominación involucra tanto una noción de grupo operativo en sentido amplio (cuando incluye concepto y técnica) y en sentido restringido (cuando sólo se tiene en cuenta la finalidad del grupo).

Para la técnica operativa hay que partir de la idea de grupo con tarea explicitada. A partir de aquí, el funcionamiento del grupo es como se indicó con Pichon Rivière: Se trabaja con la tarea, van apareciendo los miedos al cambio (depresivo y paranoide), se destruyen estereotipos, et cetera. Este funcionamiento queda encuadrado, como señalaba, en tres estadios o fases con características bien diferentes, las cuales podemos observar en el esquema I.

Armando Bauleo enuncia la teoría del emergente explicando cómo a través de los emergentes, la situación grupal adquiere cierto sentido. Aunque el emergente puede ser una situación o conducta grupal, se refiere asimismo al individuo, que con su manifestación denuncia la situación imperante. Sería éste el portavoz de Pichon Rivière. El emergente es la resultante de lo individual y de lo grupal de un momento dado del proceso grupal. También especifica claramente las funciones del coordinador y observador en el Grupo Operativo, pero estas cuestiones serán abordadas más adelante.

⁸ Principalmente en su obra *Ideología, Grupo y Familia*, Buenos Aires: Kargieman (1972) y en el trabajo "Notas para la conceptualización sobre grupo" incluido en Varios autores (1974) *Psicología y Sociología del Grupo*, Madrid: Fundamentos.

ESQUEMA I

	INDISCRIMINACION	DISCRIMINACION	SINTESIS
SITUACION GRUPAL	- Ansiedad confusional grupal - Participación individual basada en experiencias pasadas. - Referencia a otros grupos. - Serialidad (Sartre).	- Miedos al cambio: Al ataque (paranoide) y a la pérdida (depresivo). - Pertenencia de cada sujeto al grupo y pertenencia frente a la tarea. - Peligro. Formalización de la resistencia al cambio.	- Productividad. - Ordenación de subtemas o subtareas. - Conjunción de verticalidad y horizontalidad.
ROLES	- Tienen significación "prestada" (coordinador, observador, participantes son así, pues así se dispuso).	- Esclarecimiento básico de dos: 1) Grupo coordinador. 2) Integrantes. - Aparecen determinados liderazgos.	- Liderazgos funcionales u operativos. (tercero regulador en Sartre).
TAREA	- Se responde intelectualmente de la tarea. - Incoherencia organizativa con la tarea.	- Aparecen: 1) Tarea manifiesta. 2) Tarea latente.	- Ordenación de subtareas dentro de la tarea principal. - Claridad organizativa.

III

Como ya hemos apuntado, el tercer momento conceptual en la evolución del Grupo Operativo está marcado por las contribuciones de Nicolás Caparrós plasmadas en el trabajo de 1974³. Se trata de una formalización de nociones y la exposición de una práctica del Grupo Operativo aplicada a las características del contexto clínico europeo. El Grupo Operativo es ubicado entonces dentro de las llamadas técnicas de movilización, en que, a diferencia del grupo terapéutico clásico, la tarea deja de ser un supuesto implícito, para convertirse en algo permanente a explicitar y racionalmente decidido. El eje expositivo describe la dinámica del grupo operativo organizada en cuatro elementos principales que van a dar cohesión a toda la experiencia:

- El emergente.
- Los contenidos latentes.
- La experiencia grupal.
- El significado.

a) *Emergente*. No se refiere a cualquier verbalización hecha en el grupo, sino que solamente alude a aquellas intervenciones verbales o extraverbales hechas por un individuo -o varios- del grupo que tienen que ver con la tarea y proceden del aprendizaje y la experiencia grupal. El emergente tiene lugar en el seno del grupo. Su acción no es consciente. Un buen ejemplo de emergente sería cuando las verbalizaciones de las latencias coinciden con el quehacer

grupal. El emergente puede ser o no mediado por una intervención analítica. Si no es mediado por ésta, su mismo proceso le lleva a convertirse en experiencia grupal.

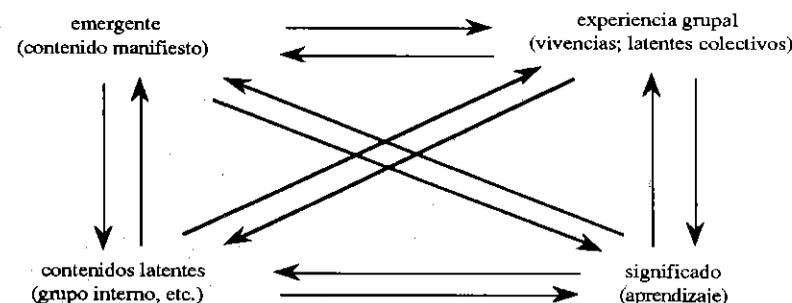
b) *Contenidos latentes*. Representan de alguna manera las resistencias individuales frente a la fusión en lo colectivo; aún dentro de lo colectivo, son exponentes de las dificultades ante el proceso creador (tarea). Los contenidos latentes son también expresión del sesgo ideológico y, por lo tanto, hay que tratarlos desde este punto de vista. Esto es fundamental, por la presión ideológica que trata de mantener la dicotomía individuo-grupo frente a la cooperación grupal, dicotomía cuyas exteriorizaciones se pueden observar en la competitividad, agresividad, etc. Los contenidos latentes deben ser remitidos de inmediato a la tarea concreta, es decir, confrontados y contextualizados en un proceso de cambio específico.

c) *Experiencia grupal*. Ya se ha hecho referencia a Armando Baulé, quien introduce este concepto. Como se señaló anteriormente, proviene de la perspectiva de un lugar directamente expresado sólo por los integrantes del grupo y no por los observadores o coordinadores. La experiencia grupal es un producto, tanto intelectual como afectivo (predominantemente latente) de los miembros del grupo, y de los mensajes manifiestos, que, a modo de *feedback* provoca nuevas experiencias. Como en todo proceso de aprendizaje, la experiencia grupal produce nuevos emergentes (manifestaciones de la experiencia), da lugar a significados (aprendizaje grupal) y suscita y reverdece contenidos latentes.

d) *Significado*. No es sólo objeto de conocimiento en la experiencia grupal o en los emergentes (manifestaciones de la experiencia), da lugar a significados emoción-acción.

Partiendo de una visión dialéctica del grupo, el significado no se puede considerar como un producto final, sino como un ins-

ESQUEMA II



tante de concienciación-vivenciación posibilitador del desarrollo, es decir, que conlleva de forma inevitable un proyecto.

Los cuatro elementos descritos de la dinámica del Grupo Operativo se pueden articular según se recoge en el esquema II, que se presenta a continuación, y que será revisado de forma más extensa en el siguiente apartado de este trabajo.

En esta presentación general de las aportaciones españolas, nos queda únicamente por considerar cómo se caracterizan los roles de coordinador y observador en el Grupo Operativo. El coordinador y el observador se diferencian por sus funciones. El primero visualiza y explicita el vínculo entre la tarea y el grupo. El segundo puede realizar una triple función: 1) Observar la temática y la dinámica; 2) Leer los emergentes; y 3) Efectuar señalamientos (describir lo que ocurre) y/o formular interpretaciones. Hay que advertir frente a la jerarquización que insidiosamente podría darse entre ambos papeles si el grupo deposita liderazgos en alguno de los miembros de la pareja coordinadora, más frecuentemente en el coordinador por su papel aparentemente más activo e implicado en el devenir grupal. Estas depositaciones hay que devolverlas al grupo, en cuanto maniobras resistenciales que son, frente al esencial papel que desempeña el observador que interpreta la relación del grupo con la Tarea.

IV

Nos vamos a adentrar ahora en una consideración más detenida de algunos de los conceptos referidos, aún a riesgo de que ello implique en algún caso redundancias.

La Tarea. Sí, como se ha dicho repetidas veces, la tarea debe ser el líder del grupo operativo, parece oportuno que comencemos por ocuparnos de ella. La tarea es el referente fundamental que permite entender el modelo dinámico estructural del Grupo Operativo.

"Llamamos tarea al factor por el cual el grupo se ha reunido para apropiarse de él y luego construir con él".⁹

"Tarea es el tema, ocupación o título que hace converger sobre él todo el funcionar de la reunión". (A. Bauleo, Ibid, pág. 47).

⁹ A. Bauleo (1969) "Grupos Operativos" en *Cuadernos de Psicología Concreta*, Vol. I, nº1, pág. 47.

La experiencia muestra, que un conjunto de personas puede descubrir en el seno de su interrelación una tarea común o por el contrario, una determinada tarea es capaz de nuclear en torno suyo a unas personas concretas. Las gradaciones intermedias también son posibles. En el primer caso, la tarea es el tema - objetivo de una praxis ideal o real - que se desprende del interactuar grupal.

La tarea es fruto de una relación y aparece como posible colectivo del grupo. La tarea preside siempre, de una manera u otra las relaciones grupales hasta en los acontecimientos menos relevantes. Ejemplo: un grupo de amigos, en el transcurrir de su relación, planean pasar unas vacaciones juntos. Esta tarea se va concretando a través de sucesivos pasos, que coronan en la realización de la misma o en su abandono. Tarea y grupo, es decir, tarea en el grupo y grupo que explica en parte su existencia por la presencia de la tarea.

Si intentamos preguntarnos por la génesis de la tarea, es claro que debieron acontecer una serie de sucesos que la posibilitaron. En unos casos, el grupo ya estaba constituido en la acción de otras tareas, manifiestas o latentes, que fueron instigadas por las experiencias previas a los distintos miembros - contenidos manifiestos y latentes de cada uno -. La tarea surge en unos casos como correcta interpretación de las exigencias del entorno y en otros por la exteriorización colectiva y no necesariamente verbal, de las fantasías de un conjunto de personas. La confluencia en el espacio y en el tiempo de una determinada colectividad, se resume en el nivel práctico en la tarea, explicitada o no. A la primera la llamamos tarea manifiesta, a la segunda tarea latente.

Hemos mencionado un conjunto de conceptos, a su vez relacionados entre sí: experiencias previas, fantasías, grupo interno (grupo familiar asumido) tarea latente y tarea manifiesta. En cualquier caso, el material con que contamos como punto de partida, está representado por los contenidos manifiestos. A partir de la tarea manifiesta podemos proseguir en dos direcciones:

- a) Retrocediendo, hasta descubrir las raíces subyacentes - por qué -.
- b) Avanzando, con la creación consiguiente de nuevas condiciones - para qué -.

Si consideramos las diferentes maneras de asumir la presunta tarea manifiesta, veremos que ésta puede ser ofrecida desde fuera o por el contrario, generada en el interior del grupo previamente establecido. En el primer caso, el grupo, el grupo en potencia deberíamos decir, es reunido desde fuera por el equipo (grupo) terapéutico, didáctico o coordinador, según las circunstancias, alrededor de

un tema que se supone motivante. Tal sería el grupo terapéutico con tarea concreta. Un determinado terapeuta o terapeutas, puede conocer a una serie de personas que por su cuadro clínico o su especial situación vital, estén afectas de conflictos susceptibles de ser comunicados, compartidos y operados en común. Estos rasgos colectivos pueden servir de margen para la explicitación de una tarea hecha *praxis* por, ese posible grupo. El contenido de la tarea no constituye nunca un ítem teórico apto para la incursión puramente intelectual, sino que incluye el proceso experiencial de cada uno, en cuanto tiene relación con aquella. El terapeuta, caso de haber señalado correctamente, se limita a subrayar los temas básicos y a plantearlos a la labor colectiva.

Cuando la tarea es generada en el interior del grupo y éste aparece con ella como "demanda" ante el equipo coordinador, se trata, entonces, una vez aceptado el "contrato", de poner de manifiesto sus conexiones con otras tareas latentes y de analizar el proceso de su ejecución.

Dijimos antes que el material más directamente accesible que se nos ofrece como punto de partida es la tarea manifiesta. Tratemos ahora de analizar las diversas relaciones que existen entre la tarea manifiesta y la tarea latente. La primera dificultad sería, en relación con este problema, tiene lugar en el momento en que la tarea está mal dilucidada. Es decir, cuando tras un tema, aparentemente aceptado como líder común, se encuentran una o varias tareas latentes en diferente grado de contraposición con aquél. Esta situación es frecuente ya que la tarea manifiesta tiene muchas veces que ver con el *deber-ser*, producto ideológico imperante en el grupo. La tarea manifiesta suele ser resultado de aspiraciones no cumplidas, que en su caso realizarán las fantasías no expresadas de una manera mediata, y a través de contenidos socialmente aceptables. La tarea latente, por el contrario, tiene que ver con el grupo interno, las fantasías compensatorias, en suma, con los elementos inconscientes de la dinámica cambio vs. resistencia al cambio.

Es una falacia partir sin más, como supuesto previo, de la plena asunción de la tarea manifiesta. En algún momento, ésta puede ser una forma disfrazada de la tarea latente esbozada de una manera socialmente aceptable. Sin embargo, este es un riesgo que resulta necesario aceptar como comienzo. La pertinencia de la tarea sólo puede ser evaluada en el curso de la dinámica del grupo y ello a través de signos indirectos tales como el frecuente cambio de roles entre los integrantes del grupo y la sucesiva aparición de los niveles de latencia. La pertinencia y la posible eficacia de la tarea, vienen dadas y refrendadas por la práctica, y esta práctica es siem-

pre un ejercicio del cambio.

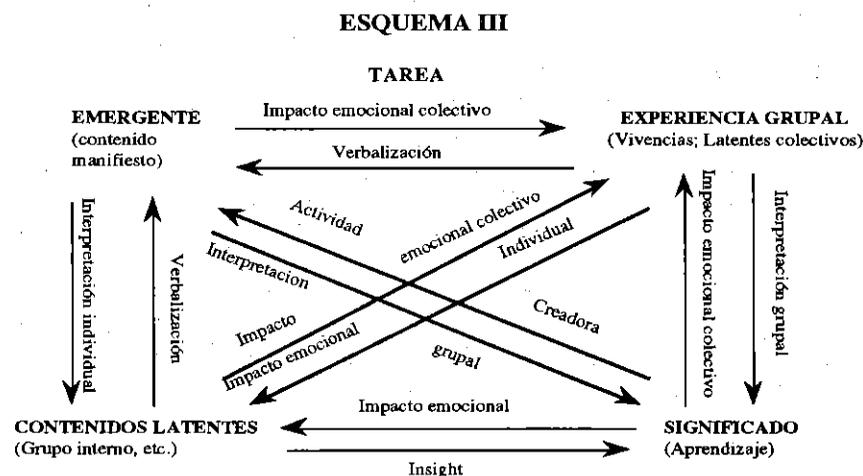
Es importante el análisis previo de las posibilidades de la tarea, pero la predicción no implica la seguridad. Las vías muertas conducen a la complicidad-fraternidad-terror, descritas por Sartre y a la institucionalización -en el sentido de fosilización. La tarea asumida positivamente, prepara en cada instante la disolución-pérdida del grupo y recrea de continuo nuevas posibilidades grupales (roles y tareas diferentes, aparición de nuevos miembros, etc.). El proceso consiste en la constante explicitación del colectivo social que sirve de entorno actual al grupo y la simultánea abreación de los respectivos grupos internos.

Grupo Operativo: El grupo operativo es una técnica, una táctica y, sobre todo, una actitud. Por eso, resulta difícil imponer una distinción tajante entre grupo operativo y grupo terapéutico basados sólo en conceptos técnicos. Lo que sí cabe decir es que en el primero priva la eficacia en relación con la tarea, mientras que en el segundo tradicionalmente priman las situaciones regresivas, vehículo de manifestación de la transferencia. Pero aquí se acaban las diferencias netas. Pueden existir tareas terapéuticas y la regresión a veces engrana directamente con la tarea planteada.

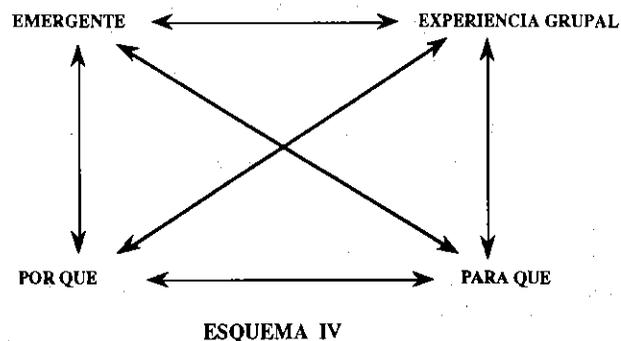
Para la elaboración teórica de lo que ocurre en un grupo operativo (muchos de los acontecimientos podemos aplicarlos a otro tipo de grupos) hemos adoptado un modelo que, como todos ellos, esquematiza el devenir grupal. Hemos intentado que sea una inferencia abstraída de la práctica y creemos que tiene la ventaja de aclarar, en conjunto, puntos fundamentales de nuestro trabajo. Decimos en conjunto, porque la simple enumeración de conceptos teóricos extraídos de la práctica grupal no faculta el establecimiento de leyes, siquiera sea de tipo general, que actúan en la dinámica de grupo. Este modelo permite pasar de un término a otro mediante múltiples caminos, tal y como ocurre en la realidad. Por otra parte, la dinámica de cada uno de los cuatro elementos principales que señalamos: emergente, contenidos latentes, experiencia grupal y significado, convierte a cualesquiera de ellos en su contrario, que a la vez está dentro de la estructura. Bajo este punto de vista, el sistema es conexo, decidible y congruente consigo mismo.

Cada instante grupal viene determinado por la prevalencia de uno de estos elementos, por más que la propia dinámica ya está preparando la vía para su contrario. Este aspecto es útil, a nivel de táctica y técnica, cuando deseamos caracterizar un determinado momento en orden a un quehacer concreto por parte de los analistas. Plantearemos en primer lugar el modelo estructural que da

cuenta del proceso dialéctico seguido por el grupo operativo. (véase el esquema III), para ir posteriormente conceptualizando los distintos elementos en su mútua relación.



que reducido a sus ejes puede ser representado como sigue (véase el esquema IV):



El emergente. No toda verbalización hecha en grupo es un emergente, tampoco lo es todo contenido manifiesto. El concepto de emergente debe quedar restringido a aquellas expresiones, verbales o extraverbales, hechas por un individuo - o conjunto de individuos - pertenecientes al grupo, cuando esta expresión se relaciona con la tarea y procede del aprendizaje y la experiencia grupal. Todo emer-

gente tiene lugar en el seno del grupo. Esto quiere decir que cuando consideramos un emergente estamos a la vez teniendo inseparablemente en cuenta lo colectivo. Esta particularidad separa definitivamente nuestras concepciones de las escuelas norteamericanas de grupo en las que el liderazgo del terapeuta y la individuación de los miembros del grupo dicotomizan y alienan toda la posterior práctica. Tal y como parece en el esquema anterior, el emergente se conecta de tres maneras posibles con los restantes conceptos que en él figuran como elementos de la estructura. El binomio terapeuta-miembro del grupo transforma, mediante las interpretaciones individuales (aquellas que operan con referentes de la biografía personal del sujeto), el emergente en los contenidos latentes que le subyacen. Por otro lado, la verbalización de las latencias, si coincide con el quehacer grupal, se traduce en un emergente. Puede suceder que dejemos fluir al emergente sin que medie intervención analítica, en cuyo caso su dialéctica le lleva a incorporarse a la experiencia grupal. En resumen, el emergente puede ser contemplado de tres maneras distintas, aunque una sola de ellas sea pertinente en una situación grupal determinada.

a) Como elemento primariamente movilizador del sujeto, que en segunda instancia suscitará una experiencia grupal, fuente de otros emergentes. El proceso de aprendizaje grupal, prosigue.

b) Como dato que, sin intervención analítica, provoca una experiencia grupal. Esta, a su vez da lugar a emergentes de avance en la tarea o más idóneos para las posibilidades circunstanciales del terapeuta.

c) Como constructo grupal emitido por uno de los miembros que deriva mediante la interpretación del significado (para qué) grupal, que deviene en nuevo aprendizaje.

Es claro que el coordinador puede incidir en cada uno de los aspectos por acción u omisión, mientras que el observador sólo dará cuenta de las interpretaciones grupales y ello cuando el grupo emprenda el cambio de una a otra subtarea.

Contenidos latentes. En el esquema III se incluyen los contenidos latentes como un elemento más del modelo estructural que trata de reproducir una instantánea del devenir grupal. Los contenidos latentes representan de alguna manera las resistencias individuales frente a la fusión en lo colectivo y aún dentro de lo colectivo, son exponente de las dificultades ante el proceso creador (Tarea).

El contenido latente puede ser considerado también como un producto social, cuya utilidad estriba en mantener la dicotomía individuo-grupo. Dicotomía que, por otra parte, se realiza en la

práctica a través de la internalización de la competitividad y la agresividad, contribuyendo a construir una mitología sobre el individuo basada en el desprecio a lo grupal, presentado como potencial amenaza a la intimidad. Para afrontar este peligroso sesgo, la explicitación de las latencias es seguida por su remisión a la tarea, es decir, contextualizada en un proceso de cambio específico (del sujeto en su contexto).

En el grupo operativo, el contenido latente -lo individual por antonomasia- puede ser pertinente aunque lo grupal constituya la preocupación básica. La afloración de lo biográfico -individual puede ser una de las primeras herramientas para vencer las defensas ante la construcción grupal, manifestado en dos niveles:

a) Los que resultan de las propias experiencias grupales y que para el sujeto, naturalmente, no son conscientes. El citado sujeto se da cuenta de ellas a través de contenidos manifiestos -necesitados de una interpretación-. Estos, a su vez, pueden ser verbales o preverbales. El coordinador del grupo operativo, interpretando, actúa como activador de la dinámica de grupo. Es claro que este nivel 1º de latencia, está influido por latencias más arcaicas, que no siempre son accesibles al coordinador o pertinentes para la dinámica actual del grupo.

b) Las latencias arcaicas constituyen el nivel 2º. Este nivel está producido por el grupo íntimo y toda una serie de experiencias extra-grupales. Su vía de acceso son las fantasías, los modos estereotipados de defensa ante lo colectivo, etc. La explicitación de todo este conjunto tiene sentido cuando facilita tratar el aquí y ahora de la experiencia grupal. En el apartado correspondiente a la interpretación trataremos de la pertinencia de sacar este tipo de nivel a la luz en relación con el proceso de cambio grupal.

Experiencia grupal: Como ya se ha resaltado, la experiencia grupal es un campo directamente accesible solo a los integrantes del grupo y no a los observadores o coordinadores. Estos pueden tratar, como terreno propio, la estructura que subyace a la mencionada experiencia, pero no a ella misma. Sin embargo, en la práctica inferimos este "clima común", llamado experiencia grupal a través de varios caminos: a) El emergente; b) El significado, como reflexión de la experiencia; y c) Los contenidos latentes.

La experiencia grupal es un producto tanto intelectual como afectivo -pero predominantemente afectivo- de los contenidos latentes de los miembros del grupo, de los mensajes grupales -emergentes- que a modo de *feedback*, suscitan otras tantas experiencias y de la interpretación de estas experiencias -significado- que por el

mismo mecanismo anterior, recrean otra secuencia nueva de experiencias. Simultáneamente, como en todo proceso dialéctico, la experiencia grupal produce emergentes -manifestación de la experiencia- da lugar a significados -aprendizaje grupal- y suscita y reverdece contenidos latentes.

La experiencia grupal es uno de los exponentes de la asimetría en la relación coordinador -observador- integrantes del grupo. Por otra parte es la piedra de toque en la comunicación entre estos dos equipos. La experiencia aparece, es explicitada, y a la vez interpretada. Todo ello teniendo como marco referencial a la tarea. La experiencia grupal se podría describir burdamente como aquel conjunto de sensaciones, vivencias y preconceptos que son claramente provocados por la presencia y el actuar grupal. En esta circunstancia, cuando la experiencia surge, cada sujeto vive al otro como participante de alguna manera en la situación. El otro es tenido en cuenta como totalidad, en la medida en que esa totalidad es tenida en cuenta en uno mismo. La experiencia grupal aparece por tres caminos diferentes:

- a) Por la libre asimilación -sin que medie interpretación alguna- de los emergentes.
- b) Por la concienciación grupal -preverbal- de los diferentes niveles de latencia.
- c) Mediante la interpretación de una experiencia grupal que provoca una nueva experiencia. Esta interpretación es en todo caso a la colectividad y puede ser realizada por el coordinador y siempre por el observador.

La explicitación de las experiencias grupales y su constante enfrentamiento con la tarea, permiten proceder colectivamente a un aprendizaje grupal.

El significado: El significado no es sólo objeto de conocimiento de la experiencia grupal o de los emergentes; dicho en otras palabras, la conceptualización de lo manifiesto. Se trata de la síntesis entre lo noético y lo emocional, rompiendo las viejas dicotomías pensamiento-acción-emoción, o las de tinte más social: ética-praxis, realidad social-frustración. Parece obvio que el significado en este contexto no puede ser un producto artificial del pensamiento aislado de la dinámica grupal de la que emerge. El significado no es un producto final, sino instante de concienciación-vivenciación posibilitador del desarrollo. El significado no es un *estar ya*, sino un *estar siendo hacia*.

En el modelo representado en los esquemas III y IV utilizamos como sinónimos la palabra *significado* y la frase *para qué*.

Esto es así porque el significado conlleva de forma inevitable un proyecto, de ahí que consideremos conceptos equivalentes la explicitación de significados con momentos de aprendizaje. La aprehensión meramente intelectual del significado implica su desvinculación del consiguiente avance grupal e introduce un mecanismo dicotomizador. El sentido del significado -para qué- viene marcado por la tarea. Los distintos niveles de maduración del significado denuncian otros tantos estados grupales frente a la tarea elegida. La explicitación de los diferentes significados expresan el cumplimiento de las respectivas subtareas que surgen en el acontecer grupal.

La interpretación.: Es común llamar interpretación a la proposición hecha por el terapeuta, que pone de manifiesto el sentido latente, tanto del decir, como de las conductas del sujeto interpretado. Al mismo tiempo, la interpretación aclara el tipo de defensa puesto en juego en la situación analítica. La primera "utilidad" de la interpretación grupal, consiste en permitir acceder al sentido latente de los mensajes. (Aquellos contenidos no explícitos, que se constituyen en el por qué profundo). A nivel puramente descriptivo, podríamos añadir que el proceso consiste en una traducción del lenguaje que una veces es simbólico y otras simplemente opaco, a términos más acordes con la lógica formal. Sin embargo, no es suficiente con la mostración de lo que acontece y ello por varias razones, en primer lugar, porque no existe una manera unívoca de interpretar y, por tanto, no podemos hablar de interpretaciones correctas e incorrectas sin previa mención del contexto al que nos referimos como parámetro. En segundo lugar, y como consecuencia de lo anterior, la interpretación será siempre una aproximación parcial. Captaremos un momento de la dinámica grupal o quizás aún la estructura psíquica subyacente que opere en ese caso, pero sin abarcar la totalidad del proceso. Cuando tenemos en cuenta esta circunstancia, evitamos polemizar sobre interpretaciones que aparecen como distintas y que pueden complementar ángulos diferentes de la misma realidad.

La interpretación de los emergentes tiene fundamentalmente como marco de referencia lo grupal, no el individuo. Y lo grupal-objetivo es la tarea. Consideramos que el individuo produce o se bloquea con otros, por otros, ante otros y para otros. En el momento de la interpretación su realidad es grupal y no procede hacer abstracciones de su contexto inmediato. Es la mejor forma de generar algo distinto a la relación bipersonal de la terapia individual. El referente es la tarea y los contenidos, tanto latentes como manifies-

tos, se enfrentan con ella. El grupo interno aparece como el lastre-posibilitación de la tarea.

Mención especial merecen los contenidos latentes. Con ellos es fácil abordar la problemática individual teniendo al grupo como espectador. Hemos visto que su profundidad varía. La conveniencia de traerlos a colación viene dictada por la oportunidad de la atmósfera emocional que susciten. En la dialéctica del desarrollo grupal lo emocional se niega en la elaboración posterior y ésta precisa negarse en una nueva irrupción emocional. Cualquier situación que impida el paso del contrario es inmovilista.

El contenido latente interpretado proporciona a la vez un *insight* individual y una experiencia grupal. En cada momento y atendiendo al rol dinámico que desempeñe el individuo en cuestión, será preciso decir la pertinencia de la interpretación predominantemente individual o colectiva (grupal). La interpretación, en cualquier circunstancia, debe posibilitar una praxis actual. Es la praxis, a fin de cuentas la que avalará o desestimarán la calidad de la interpretación. Es cierto que ello precisa de una previa evaluación de las posibilidades prácticas del grupo y no mediante un mero apriorismo, sino por la concienciación constante de los momentos dinámicos del grupo.

La interpretación grupal ha de significar para el individuo en el grupo y facilitar -crear- la tarea del grupo. Aunque la interpretación no sea el único factor. Supuesto que la tarea es la realización del individuo en el grupo y del grupo en el individuo, la interpretación referida a ella conlleva la doble vertiente individual-grupal.

La interpretación individual en el grupo con otro marco distinto, vgr., conflictos provenientes del grupo interno es sólo pertinente si posteriormente tiene lugar una reconversión del esclarecimiento individual a lo colectivo (tarea). Finalmente, la interpretación entraña algo más que el descubrimiento del acontecer psíquico. La interpretación implica significado y significante y en este último aspecto es el germen de una dinámica de cambio. Interpretar es un proceso con una triple vertiente: Emocional-Intelectual-Práctica.

Los roles grupales: Un rol es una actitud-función que adquiere cierta consistencia y que es detectable por los demás como tal. El rol, en tanto en cuanto es detectable, representa por lo menos la encarnación de ciertos aspectos sociales bien diferenciados y de esa característica se puede inferir que rol y resistencia al cambio, si bien no son términos sinónimos, guardan relaciones mediatas entre sí. Resulta que el rol remite al grupo y éste, a su vez, al rol. El gru-

po, además, representa el emergente de un determinado momento social. El rol es, por tanto, algo distinto a la simple expresión de una funcionalidad abstracta, es un constructo posible aquí y ahora y posibilitador de un proyecto concreto.

La primera concepción de rol entraña ideas estrechamente ligadas a lo estático. Rol elemento de estructura, ya que no rol integrante de dinámica. De hecho, se formulan preguntas tales como: ¿qué atributos precisa poseer tal o cual rol?. O bien para un rol específico, ¿qué cualidades son necesarias?

El rol es función (producto y productor) de las interrelaciones grupales. Emerge necesariamente de una situación o conjunto de situaciones. Antes, el análisis recaía en las cualidades "innatas" que adornaban al sujeto-actor del rol. Ahora hacemos recaer el acento en la interrelación grupal como causa y efecto a la vez de los roles. Una situación dada permite la presencia del líder, del chivo emisario, e incluso si afinamos más, la situación explica el surgimiento del líder inicial, del líder de cambio, de los gregarios, etc., etcétera. A su vez la mayor o menor facilidad de cada uno de los miembros para encarnar determinados papeles, viene dada por todo un cúmulo de experiencias pretéritas que deben ser convenientemente aclaradas. La peculiaridad de los roles y su valoración como profuncionales y disfuncionales, cae por su peso cuando desentrañamos en qué consiste la tarea y cuál es su sentido. El rol hace siempre referencia a la tarea, pero la tarea no siempre aparece claramente dibujada, por lo que no puede extrañarnos entonces que los perfiles se desvanezcan.

Veamos algunos ejemplos: el líder inicial. En términos de interacción, el líder inicial es aquel miembro del grupo que toma la conducción del proceso, precisamente de un determinado proceso, y ello debido a que se adueña mejor de la vivencia emocional del grupo y sabe transmitirla. Pero, si hacemos preguntas elementales, tendremos que dar respuestas sorprendentes. ¿Qué inicia? ¿Por qué lo inicia? ¿Hacia dónde va encaminado ese inicio? Estas respuestas nunca se pueden proporcionar en abstracto, funcionalmente. En rigor, lo que está sucediendo es la asunción, verbalizada o no, de una determinada subtarea. En ella adquiere su valor concreto el llamado líder inicial.

Otro ejemplo: el chivo emisario. El sujeto que desempeña este rol, es objeto de la proyección de los conflictos de los restantes miembros del grupo. En todo caso, y dejando a un lado la ocasional inclinación de un determinado individuo a asumir ese rol, queda en pie sobre todo la no concienciación -actitud persecutoria del grupo- y procede en ese caso el análisis de la totalidad del grupo en rela-

ción con la tarea.

Aparece claro que la caracterización de los roles grupales no puede efectuarse ni desde el estatismo primitivo en que los atributos del rol venían dados de manera esencial y misteriosa, ni tampoco desde la interrelación descontextuada. La opción puede ser considerar roles de cambio y roles de resistencia al cambio. El cambio, a su vez, sólo se puede verificar si poseemos un referente explícito, que en este caso será la tarea y más concretamente el momento actual de desarrollo de la tarea. Únicamente así podemos afirmar que la tarea está siendo el auténtico líder del grupo, por más que acuda una y otra vez a expresarse mediante el concurso de líderes situacionales. Planteado el problema de esta forma, advertimos fácilmente que los roles concretos de cambio no son títulos otorgados de una vez para siempre, sino que mudan su naturaleza con el desarrollo del proyecto grupal.

Dinámica del grupo operativo.: Tratemos ahora de esbozar más aún el movimiento real de todos los elementos que hemos analizado, separándolos artificialmente. El conjunto de individuos que formarán un grupo operativo se congrega y la sesión comienza con una serie de intervenciones cuya característica más destacada es la individualidad. Los diferentes sujetos utilizan con mayor peso el referente de sus propias experiencias previas, que la tarea presuntamente adoptada; la cual, por el momento, no pasa de ser un simple lema. Todo ello se traduce en la adopción de roles de resistencia al cambio. Las primeras dicotomías que podemos visualizar son de un lado realidad-actual-proyecto (insumido en una pretendida tarea). De otro, resistencia para preservar la individualidad-intento de cooperación-fusión grupal. Esta dos dicotomías se pueden sintetizar en la separación inicial entre lo afectivo y lo intelectual, sin que, por ello se pueda predecir cuál de las dos vertientes va a aparecer en cada instante ejerciendo una función regresiva.

La alusión a la tarea es marginal, por lo tanto, el grupo es aún inexistente.

El decurso de este intercambio de posiciones defensivas engendra su propia contradicción: el avance. El avance se concreta a través de una *subtarea*. En ella aparece, la reciprocidad y la apertura a nuevas perspectivas. El hacer de los sujetos gira contradictoriamente en torno a ella. Lo personal cede paulatinamente terreno ante un constructo surgido en la colectividad, esta colectividad por boca de sus miembros, accede, rechaza, crea. Estamos ante un emergente.

El emergente viene así marcado por la dinámica recíproca

de los sujetos que al construirlo se constituyen en grupo. Los emergentes representan otros tantos puntos de inflexión en el proceso que el grupo traza para la consecución de la tarea.

El emergente procede de los niveles de latencia y de las experiencias grupales y significados y da lugar en el quehacer conjunto del grupo con el equipo coordinador a otros tantos elementos análogos, pero no iguales, procediendo así al desarrollo de la espiral dialéctica.

En cada paso cumplido afloran los contenidos latentes y, a la vez, se abren paso situaciones creadas primariamente por el grupo. La realidad permitida por el grupo interno cede ante la realidad que posibilita el trabajo grupal presente.

Las sucesivas situaciones engendradas en el grupo, permiten que cada vez las experiencias previas -en sus aspectos defensivos- pierdan capacidad proyectiva, con la consiguiente codificación del otro, para adquirir de forma gradual más importancia el relanzamiento al grupo de lo aprendido en éste. Todo ello representa un avance progresivo en la interacción *Grupo Interno - Experiencia Personal Previa - Experiencia Personal en el Grupo - Experiencia grupal*. El peso determinante pasará de lo primero a lo último. Así el sujeto, siendo grupo, deshace las conductas conflictivas, aprendiendo en el grupo, y como grupo, nuevas pautas de cambio que tienen su base concreta, entre las diversas posibles, en la tarea elegida.

Hasta ahora hemos hablado de la práctica grupal en los aspectos de avance-retroceso cara al logro de la tarea. Ahora bien, a la vez se están sucediendo otras tantas construcciones paralelas de vivencias grupales. Momentos de sensibilidad común edificados en un primer paso, a partir de sentimientos individuales -mejor diríamos extragrupales.

Sigamos con la interacción de elementos significativos. Sabemos que tras el emergente existen unos niveles de latencia I y II, que representan otros tantos porqués. Contenidos inconscientes o semiconscientes no verbalizados, que son también expresión de sujeto portavoz del emergente. En la medida que la interacción va siendo un hecho, las latencias son ya temas pertinentes para el grupo. Los niveles de latencia permanecen, al menos inmediatamente, desconocidos para el grupo a no ser que medie la propuesta interpretativa del coordinador. De existir ésta, la experiencia grupal será modificada sustancialmente.

La movilización efectuada por la presencia de los emergentes no se detiene aquí, ya que apunta a un determinado objetivo (contenido aún no desarrollado y, por lo tanto, potencial). Cuando

un miembro del grupo dice algo no lo hace sólo por un determinado motivo -que habrá de ser esclarecido en la relación existente entre el emergente y los niveles de latencia- sino para algo. En ese *para algo* estriba el liderazgo de la tarea. Los diversos porqués -niveles de latencia- precisan fundamentalmente de la historia personal de cada uno. La función interpretativa encaminada a delimitar el sentido tiene que ser exclusivamente grupal. De no incidir ésta, el grupo puede llegar a una experiencia basada únicamente en el emergente. Con la inclusión de la interpretación grupal, contamos con un elemento de nueva cualidad que actúa sobre la realidad compartida -grupo y tarea- y no sólo sobre el individuo. En la práctica concreta, los individuos tienden, en un principio, a ubicarse en papeles definidos ante su propia fantasía de grupo -decir o hacer algo para que el grupo me apoye, me proteja, me justifique, me gratifique-. Más adelante, cuando la realidad grupal se impone a los fantasmas del sujeto y cuando el máximo referente es aprender la tarea, los "para que" -significados- suelen situar al sujeto y al grupo frente a aquélla y acaban siendo susceptibles de ser clasificados en significados de avance o de retroceso. Decir, hacer algo para progresar en la tarea o para bloquearla, para retroceder.

Los significados nos remiten otra vez a la experiencia grupal, que viene a ser una vivencia fundamentalmente común del grupo, provocada por su hacer y surgida en torno a un emergente o bien a la conciencia, dada por los terapeutas, del por qué o del para qué del emergente. La experiencia grupal, a su vez, tiene las contradicciones que permiten la prosecución de la dinámica.

Dinámica del aprendizaje : Hasta aquí hemos revisado las vías de expresión grupal separándolas artificialmente, mediante un artificio expositivo de la dinámica del aprendizaje, que justamente irán dotando al grupo de contenidos. El proceso de aprendizaje se realiza a través de la paulatina invalidación colectiva de las pautas de conducta individuales que proceden de conflictos no resueltos. La tarea y la construcción que el grupo exige de sí mismo, se alcanza en, al menos, dos grandes etapas. Una primera de toma de conciencia práctica de la inadecuación de los viejos modos de acción y de expresión; seguida de otra durante la cual el nuevo hacer grupal genera el aprendizaje operativo -que no imitativo- de distintas posibilidades de conducta.

Observemos que no hay un único momento de aprendizaje; tampoco representa un a modo de síntesis teórica que recapacite las sucesivas vicisitudes grupales. El grupo se ha ido enfrentando a la tarea en forma operativa, no académica, las experiencias grupales

aparecen en virtud de un hacer común y conflictivo siempre cuestionado. Esta exigencia de solución que él mismo se ha marcado, no puede llevar a una "formula mágica", teórica y cerrada, en la medida en que ésta no sería operativa para cada sujeto. El aprendizaje global se realiza en varias etapas, que para ser operativas, vienen marcadas por una serie de subtareas. Las subtareas representan otras tantas señales de los respectivos aprendizajes parciales que un grupo necesita para alcanzar el objetivo que se ha marcado. Por ello las subtareas variarán de grupo en grupo por más que la tarea general pudiera ser la misma. De hecho, la primera subtaska que en la práctica se presenta, es construir el grupo, asumiendo la realidad en la que se va a emprender la tarea.

El aprendizaje de una subtaska sucede como resultante de varias experiencias grupales de distinto signo, que han girado en torno al mismo problema parcial. En efecto, ante uno de estos problemas, el grupo vive en conjunto experiencias distintas, opuestas, conflictivas; una suerte de acontecer dialéctico provocado por el mismo enfrentamiento. Llega un instante en que el grupo queda libre de una serie de barreras -resistencias al cambio-, es la hora de afrontar una nueva subtaska, con un problema parcial que le será privativo. Resulta casi ocioso decir que la mayoría de las veces el grupo no es consciente de todo esto, pero alcanza a vislumbrar que ha vivido algo que, por alguna razón, lleva a cambiar de "tema". Este punto de inflexión debe ser marcado por el observador. Aquí se trata de hacer consciente al grupo del paso dado para cumplir con ello dos funciones fundamentales:

a) Afianzar el aprendizaje realizado con el refuerzo de la consciencia-reflexión.

b) Abrir cauces a la asunción de una nueva subtaska, planteando al grupo como piensa llevar a cabo lo ya aprendido. Se trata de provocar la apertura de un cauce, cuyo caudal, es necesario recalcarlo, pertenece exclusivamente al grupo y a su peculiar manera de acceder a él. Solo el grupo "sabe" lo que necesita aprender para resolver adecuadamente la tarea. Vivencia y aprendizaje; aprendizaje y práctica. Esta puede ser la representación de uno de los ciclos de una secuencia potencialmente ilimitada.

Hasta aquí este acercamiento a las aportaciones teóricas y técnicas al Grupo Operativo. La infinitud de aplicaciones y derivaciones de esta técnica en los entornos clínico-comunitarios y de formación escapa a los límites de este trabajo y es abordada en otros específicos.

**VII. Criterios diagn3sticos de
accesibilidad a la psicoterapia
psicoanal3tica de grupo (1978,
1980, 1993)**

Criterios diagnósticos de accesibilidad a la Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo

Alejandro Avila Espada¹

I. Una aproximación teórica a los criterios

Realizaremos en primer lugar un análisis de las variables que pueden tener importancia en la formación de un grupo terapéutico y que posibilitan que su acontecer ulterior pueda evidenciarse como propiamente terapéutico. Nos situamos dentro del conjunto de trabajos que desarrollan los fundamentos teóricos, técnicos y prácticos de la psicoterapia grupal a partir de las concepciones de la psicopatología vincular, entendiendo la psicoterapia de grupo como una psicoterapia profunda que actúa sobre los núcleos psicóticos de base y las organizaciones vinculares de los sujetos en el seno de la estructura grupal.

Cualquier aproximación a la formulación de "criterios", para los que se pretenda un poder discriminativo de utilidad diagnóstica y predictiva, adolecerá de numerosas limitaciones. Efectivamente encontraremos que una utilización estática de criterios clínicos implicará resultados muy pobres frente a una apreciación estructural y dinámica de la información disponible en torno a las posibilidades de formación del grupo. Por ello ha de considerarse muy limitada cualquier predicción sobre el funcionamiento grupal que se desgaje de la efectiva observación de su proceso. Un grupo nunca podrá definirse como la resultante de la integración matemática de un conjunto de variables, por complejo que este sea. Sin embargo podemos aprovechar, salvando sus limitaciones, las evi-

¹ Trabajo elaborado a partir de la integración y revisión de partes de dos artículos previos: AVILA, A. (1978) "Criterios diagnósticos para la formación del grupo terapéutico" (*Clínica y Análisis Grupal*, 3, (12) pags. 38-45) y AVILA, A. (1980) "Selección de integrantes y proceso terapéutico en grupos periódicos" (*Clínica y Análisis Grupal*, Año 5, (24) pags. 562-579)

dencias constatadas por los grupalistas que han observado las peculiaridades de ciertas interdeterminaciones de factores "a priori" en el proceso grupal.

Este trabajo revisa y pone a prueba parte de estas determinaciones. Los criterios diagnósticos que permiten señalar un conjunto de indicaciones positivas y negativas para la inclusión de un sujeto en un grupo terapéutico, o bien determinadas características del grupo mismo, se establecen a partir del análisis de las variables específicas, pueden agruparse en cuatro áreas: I) Los integrantes del grupo; II) Características de los terapeutas; III) Contexto institucional; IV) Condiciones y características del proceso terapéutico.

Respecto de la primera, los integrantes del grupo, puede considerarse la incidencia de factores como sexo, edad, extracción social y cultural. El papel que juega la personalidad y características estructurales psicopatológicas de los integrantes puede estudiarse tanto de acuerdo a criterios clásicos, bien fenoménicos como el "diagnóstico clínico" o dinámicos como el "nivel de integración de la personalidad", pero también desde la perspectiva vincular en la que se analiza la conducta del sujeto en su pluralidad fenoménica (cuerpo, mente, acción-relación) en un eje estructurante que resulta en un núcleo prevalente de personalidad (Esquizoide, Confusional o Melancólico) y con unos patrones relacionales que a partir de los vínculos fundantes básicos determinan las formaciones de personalidad y patología, estructuras de conducta, en las que tanto el sujeto como el grupo son pensados como totalidades concretas en su acción.

Si consideramos las "variables de los terapeutas" habrá de analizarse la incidencia de ciertas características "estáticas" de representación (género, edad, imagen social) pero principalmente el modo en el que su propia personalidad y patología se incluyen en el proceso grupal, factor que generalmente no se analiza pero que es de capital importancia.

El contexto institucional en el que el grupo se inscriba habrá también de analizarse en la triple vertiente de la imagen, tarea y proyecto institucional en el que se encontrará incluido el grupo terapéutico, determinando de forma muy directa algunas condiciones y características del proceso terapéutico tales como la dinámica transferencia / contratransferencia en el grupo y la evolución de la tarea grupal.

Asumiendo la imposibilidad esencial de categorizar todas estas variables, se ha efectuado una aproximación a su especificación con fines didácticos, que se incluye en los cuadros anexos. Teniendo en cuenta esta información, aceptando el "juego" de diseñar

un grupo mediante la utilización de parámetros, un grupo terapéutico teóricamente viable podría ser seleccionado así:

Incluiríamos integrantes de ambos sexos en número similar (número ideal para un grupo periódico: 8/10 integrantes), con edades relativamente homogéneas, con lenguaje y cultura común. Respecto a las características estructurales y dinámicas de su personalidad procuraríamos la presencia equilibrada de núcleos esquizoides, confusionales y melancólicos, con manifestaciones conductuales en las tres áreas y un cierto predominio de la acción. Respecto a sus tipos de personalidad y sistemas vinculares básicos procuraríamos contar con la posibilidad de reproducir los vínculos históricos en el sujeto, pero también la de presentar vínculos alternativos recreando en el contexto grupal un medio diferente al histórico. Haríamos asimismo hincapié en la capacidad del sujeto para establecer relaciones vinculares, capacidad para elaborar la frustración y tomar contacto con la realidad.

Los terapeutas de este grupo "ideal" trabajarían en coterapia (con presencia de ambos sexos, y manteniendo una suficiente distancia con el grupo en cuanto a imagen); Estarían capacitados por su formación y psicoterapia personal (individual y de grupo) para reconocer, controlar e instrumentar los factores de su personalidad y patología relevantes al proceso grupal.

Este "grupo ideal" se desarrollaría en el seno de una institución clínica que dispusiese de otros dispositivos terapéuticos, permitiendo así la simultaneidad y/o alternancia de recursos para aquellos casos en que fuere aconsejable. Es especialmente relevante cuidar la articulación entre los dispositivos de psicoterapia individual y los grupales. La selección de los integrantes para este grupo se habría realizado tras considerar la idoneidad de la inclusión tras un período de trabajo individual, bien psicoterapia individual propiamente dicha, bien mediante un período de entrevistas individuales. De todas formas, se consideraría que la decisión de inclusión emerge de un proceso en el participan terapeuta y sujeto, y que sin obviar el necesario trabajo de las resistencias activadas, se trata de una opción cuya idoneidad se evaluará en el seno del proceso grupal, donde podrá ser eventualmente revisada.

Pero recordemos que hemos estado jugando al "grupo ideal". El hecho de no contar con algunas -o muchas- de estas características no supone la imposibilidad teórica de formar un grupo terapéutico, sino la necesidad de plantearse el análisis de los sesgos en los que "este grupo" desarrollará su proceso. Pero el proceso grupal ha de ser vivido por el grupo y conceptualizado por los terapeutas, no podrán nunca ser descrito *a priori*.

AREAS DE VARIABLES	VARIABLES ESPECIFICAS	CRITERIOS DIAGNOSTICOS	INDICACIONES POSITIVAS	INDICACIONES NEGATIVAS	OBSERVACIONES
I.a. CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS INTEGRANTES	SEXO	alternancia o paridad de sexos	grupos mixtos, sin claro predominio de sexo	grupo con un solo sexo o con predominancia masiva de un sexo	Reproducción del vínculo autoridad-sumisión Grupos de mujeres: límites en la tarea
	EDAD	posibilidad de comunicación posibilidad de reproducir el contexto real relativa homogeneidad	grupos homogéneos (niños, adolescentes, jóvenes, adultos, seniles)	clara disonancia entre las edades de los integrantes	posibilidad de trabajar el conflicto generacional en grupos mixtos jóvenes adultos
	EXTRACCION SOCIAL	lenguaje común contexto histórico similar	integrantes de contextos socio-económicos-culturales similares	integrantes de diferentes culturas o de extracción socio-cultural muy distante	interés meramente situacional en el conflicto de clases
I.b. PERSONALIDAD Y PSICOPATOLOGIA DE LOS INTEGRANTES	SUB-CULTURAS	no crear grupos sub-culturales dentro del grupo	grupos específicos para subculturas (p.e. adicciones) solo al inicio del proceso	inclusión de integrantes tendientes a la marginación intragrupal	Grupos de alcohólicos, drogadictos, marginales, sólo con tarea específica y limitación temporal
	DIAGNOSTICO CLINICO (Criterios observables)	alternancia de cuadros clínicos criterios pronósticos positivos aprehensión de la realidad tolerancia a la frustración	trastornos caracteriales depresión neurótica, fobias border-line ps. esquizofrénica carácter masoquista rasgos de pasividad, dependencia, timidez, masoquismo	Neurosis obsesivo-compulsiva Hipocondría Psicopatías (esquizoide) Paranoia N. histérica (conversión) Psicosis maniaco-depresiva perversiones, hostiles, etc.	No es un criterio estético, depende de la forma de manifestarse en cuadro
	NIVEL INTELLECTUAL Y CAPACIDAD DE INSIGHT	capacidad de insight capacidad de asociación libre	buena o normal capacidad de insight y asociación libre	baja capacidad (border line) intelectuales, délficis)	Escaso interés del C.I. inteligencia práctica y abstracta

NIVEL DE PERSONALIDAD (Esquizoide/Melancólico)	AREAS DE PREDOMINIO DE LA CONDUCTA	TIPOS DE PERSONALIDAD Y VINCULOS FUNDANTES	INDICACIONES POSITIVAS	INDICACIONES NEGATIVAS	OBSERVACIONES
1. AREA DE LA MENTE 2. AREA CORPORAL 3. AREA RELACIONAL	alternancia y equilibrio de núcleos E.C y M. gran influencia del área de predominio conductual necesidad de tener muy en cuenta el sesgo que introducen los terapeutas	PERSONALIDAD ESQUIZOIDE	Equilibrio entre núcleos esquizoide y melancólicos Presencia de conflictos activos	Claro sesgo hacia el núcleo esquizoide o melancólico	El sesgo hacia N.E. da tendencia a la racionalización; hacia N.M., a la sumisión; hacia N.C., tendencia al bloqueo-explosión
		P.NARCISISTA	presencia no dominante en el grupo de Area 1	predominio grupal en Area 1 (grupos en bloque y racionalización)	grupo de predominancia verbal
		P.AGRESIVA	somatizaciones esquizoideas y confusionales, con predominio Area 2	predominio hipocondríaco	grupos "sintomáticos" grupos de expresión corporal
PERSONALIDAD ESQUIZOIDE	alternancia de tipos de personalidad	si, por la salida terapéutica a través de la acción	predominio grupal en Area 3 (acción)	predominio grupal caracterológico o psicopático	grupos de acción
P.NARCISISTA	posibilidad de reproducción de vínculos presentes e históricos en la patología del sujeto	si, en caracteres leves, para reforzar la autoconstrucción	si, en caracteres leves, para reforzar la autoconstrucción	no, en caracteres acusados (intolerancia a la frustración)	tipo de personalidad: retraída activa
P.AGRESIVA	posibilidad de reproducción de vínculos alternativos, de recrear un medio diferente al histórico	si, en caracteres leves, por la posibilidad de insight depresivo	si, en caracteres leves, por la posibilidad de insight depresivo	no, en caracteres acusados, con proyección masiva	pers. independiente pasiva
P.CONFLUSA	capacidad de los sujetos para establecer relaciones primarias (que históricamente las haya mantenido)	si, para reducir la intensidad de las fases	si, en grupos muy activos (Dominante Area 3)	no, en grupos pasivos y racionalizadores (Area 1)	pers. independiente activa
P.EXPLOSIVO-BLOQUEADA	capacidad de los sujetos para establecer relaciones primarias (que históricamente las haya mantenido)	si, para romper la relación simbólica	si, para romper la relación simbólica	no, en casos border-line con la psicosis	pers. retraída pasiva
P.SUMISA	tolerancia a la frustración	si, en caracteres no graves	si, en caracteres no graves	no, en casos border-line con la psicosis	pers. ambivalente activa
P.HISTERICA				no, en caracteres graves (terapia individual)	pers. dependiente pasiva
P.OBSESIVA (RIGIDA)			si, para evidenciar la rigidez y posibilitar insight depr.	no, en personalidades graves (intensa racionalización)	pers. dependiente activa

AREAS DE VARIABLES	VARIABLES ESPECIFICAS	CRITERIOS DIAGNOSTICOS	INDICACIONES POSITIVAS	INDICACIONES NEGATIVAS	OBSERVACIONES
Ib. PERSONALIDAD Y PSICOPATOLOGIA DE LOS INTEGRANTES (cont.)	TECNICAS INSTRUMENTALES DE DEFENSA DEL YO	facilitación a través del grupo de la socialización capacidad de elaborar la frustración fortaleza mínima del YO desarrollo del SUPER-YO	PROYECCION IDENTIFICACION NEGACION RACIONALIZACION (acusada) (en grupos con dominio en Area 3)	PROYECCION (masiva) REGRESION (intensa) CONVERSION AISLAMIENTO YO/SUPER-YO muy débiles	Evaluación de la plasticidad de los recursos y de la capacidad de maduración
	MODOS DE INTEGRACION DE LA PERSONALIDAD	aprehensión de la realidad	sin alucinaciones o delirios grupos especiales (no verbales)	grupos con dominante en Area 1 o 3	En estrecha relación con el área de predominio conductual
	PSICOPATIAS	capacidad comunicativa y de contacto manejo del otro, tendencia al acting	neurosis en general y rasgos neuróticos psicopatías o caracteropatías no graves	Neurosis histérica y Neurosis obsesiva Psicopatías esquizoideas super-yo muy débil acting masivo	
II. CARACTERISTICAS DE LOS TERAPEUTAS	NUCLEO DE PERSONALIDAD Y AREA DE PREDOMINIO CONDUCTUAL	cualquier núcleo, en Area 1 o 3, sin predominio masivo verniales de la co-terapia sesgo según el área de predominancia y el núcleo en consonancia equilibradora de la dominante del grupo	diferentes núcleos y áreas (en co-terapia) tendencia a la acción	igualdad de núcleos (en co-terapia) pasividad en Area 1 masivo bloqueo o explosión en Area 3	Atención al sesgo que introduce la presencia de terapeutas individuales de los integrantes del grupo. Conveniencia de terapeutas diferentes (excepto en pers. esquizoideas, narcisistas y agresivos)
	SEXO Y EDAD	ambos sexos en co-terapia factor para equilibrar el sesgo del grupo en sexo edad homogénea al grupo	terapeutas de ambos sexos edad ligeramente superior a la media grupal	igual sexo (sobre todo femenino) edad netamente superior o inferior a la media del grupo terapeutas de aspecto muy joven	
	IMAGEN-ROLES	facilitación de lo transferencial posibilidad de desempeño de padre y madre	buen desempeño y toma de distancia respecto a roles de padre y madre	rigidez en el desempeño de roles parentales	

III. EL CONTEXTO INSTITUCIONAL	IMAGEN DE LA INSTITUCION TRANSFERENCIA INSTITUCIONAL PROYECTO INSTITUCIONAL	sesgo en la imagen institucional hacia subculturas o ideologías criterios institucionales de salud y curación límites al proceso terapéutico papel de los terapeutas en el proyecto institucional	imagen institucional coherente con los integrantes (y viceversa) buen marco terapéutico con límites claros independencia de objetivos extra-terapéuticos (con inclusión de lo ideológico)	meta disonancia entre institución e integrantes interferencias entre áreas terapéuticas y docentes en el contexto institucional instituciones con un solo grupo	Necesidad de la presencia de distintos componentes grupales dentro del marco institucional
	TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA (La derivación individuo-grupo)	conflictos con la figura del terapeuta dificultades transferenciales derivación a grupo tras una exploración específica	necesidad de dominar al terapeuta excesiva dependencia temor a la transferencia	neurosis de transferencia inclusión aleatoria de integrantes y terapeutas	Sesgo que introduce la presencia del terapeuta individual en el grupo El análisis de la derivación como fase de la terapia
IV. CONDICIONES Y CARACTERISTICAS DEL PROCESO TERAPEUTICO	LA TAREA DEL GRUPO	análisis del modo de inserción de los integrantes en la tarea tareas grupales/tareas individuales tareas que formulan un proyecto	tareas: el aprendizaje de la interacción, el descubrimiento del otro, de lo real tareas pendientes de incorporar la praxis externa, y creadoras de grupos finitos	sustitución de la realidad por la ficción grupal tareas tendientes a crear grupos cerrados	manifiesta/latente
	LA TEMATICA CONFLICTIVA	temáticas de cambio, temáticas de resistencia inserción de las temáticas en el proyecto grupal grupos institucionales: temática común	dependencia, inseguridad inhibición bloqueo comunicacional, problemas relacionales rivalidad (fraterna) (hijos únicos) proyecto vital	suicidio síntomatología hipochondríaca	
FUNCIÓN DEL PROCESO TERAPEUTICO GRUPAL		la psicoterapia grupal como psicoterapia profunda protección contra el daño psicológico	como terapia exploratoria como terapia de prueba como terapia de cierre como terapia exclusiva como terapia paralela	como terapia superficial como paso previo o de espera ante la terapia individual	

II. Una investigación clínica de corte empírico

De la primera parte de este trabajo se desprende el interés que tiene realizar investigaciones clínicas acerca de cómo se seleccionaban de hecho los integrantes de los grupos terapéuticos periódicos, y de qué manera dicha selección incide o no en el proceso grupal. Para recoger información sistemática sobre esta cuestión diseñamos una investigación consistente en estudiar la formación de grupos terapéuticos durante un ciclo anual completo (en torno a 9 meses), y comparar los datos relativos a las entradas y salidas de integrantes con el acontecer ulterior del grupo de acuerdo a dos tipos básicos de parámetros: a) las altas suscitadas voluntariamente por los integrantes, motivadas por aspectos resistenciales, y b) las altas propiamente terapéuticas, señaladas por los coordinadores. Obviamente, el desarrollo de la tarea grupal marca un importante referente para la contextualización de lo anterior.

La investigación se diseñó apenas iniciado el ciclo de trabajo anual con los grupos terapéuticos en la institución clínica que acoge el proyecto². Dicho ciclo abarca de mediados de setiembre a mediados de julio, es decir nueve meses, y se evitó toda contaminación de la selección de integrantes para dichos grupos en función de los propósitos de la investigación. Se estudiaron los nueve grupos periódicos que funcionaron en la institución regularmente a lo largo del ciclo anual 1979-80. Las características comunes de todos los grupos fueron:

- a) Una pareja (igual o distinto sexo) de coordinadores, actuando en co-terapia. En estos grupos no hubo observadores.
- b) Sesiones de periodicidad semanal, de 75' de duración.
- c) Era posible la tanto la inclusión como el alta de integrantes durante el ciclo anual del grupo.
- d) El encuadre espacio-temporal era fijo; el encuadre económico era variable inter-integrantes y fijo intra-integrantes. No asistir a las sesiones devengaba igualmente pago.
- e) Todos los integrantes procedían de alguno de estos tres supuestos: 1) Sujetos que ya habían participado en períodos anteriores en un grupo terapéutico; 2) Sujetos que estaban realizando psicoterapia individual en la institución, y que bajo indicación terapéutica pasaban a grupo, continuando -o no en algunos casos- con las sesiones individuales; y 3) Sujetos que

² La investigación se llevó a cabo en el Grupo Quipú de Psicoterapia, institución clínica madrileña de naturaleza privada que desarrolla desde 1976 programas sistemáticos de psicoterapia individual y de grupo.

acudían a la institución con una demanda bien de psicoterapia de grupo o individual, y que tras unas sesiones diagnósticas se les indicaba la conveniencia del grupo³.

f) Ninguno de los grupos estudiados era "continuación" del mismo grupo del ciclo anterior. El porcentaje de integrantes del grupo, que habían hecho grupo juntos el año anterior no superó en ninguno de los casos el 30% para un grupo dado, por lo cual el conjunto del grupo era "nuevo", a dichos efectos.

Para la recogida de datos se diseñó un protocolo de investigación que constó de tres fichas. 1) La *Ficha de Composición del grupo*⁴ en la que se hicieron constar los datos generales acerca de la estructura del grupo; 2) La *Ficha de Selección de integrantes de grupo* en la que se recogía información pormenorizada de cada integrante, clasificada a su vez en función de que el sujeto procediese de terapia individual, de otro grupo terapéutico, o de sesiones diagnósticas; 3) La *Ficha de datos de los terapeutas de grupo*, en la que se recogen datos de autoevaluación del terapeuta de grupo, así como la evaluación por el co-terapeuta. Veamos a continuación los aspectos más importantes que caracterizaron a cada uno de los nueve grupos.

Grupo 1. Se trató de un grupo homogéneo respecto de edad y sexo, de características estables, con una sola alta resistencial casi al inicio del grupo. La *fórmula de personalidad*⁵ era tipo compensada E.3 - C.2 - D.4.⁶, con predominio relativo de la expresión en área 3. Un 30% de los integrantes tenía experiencia grupal, lo que actuó como facilitador de la tarea, incluyendo la contención - muy positiva- de un sujeto psicótico. El proceso grupal fue evaluado como muy positivo cara a los objetivos terapéuticos, incluyendo un clima dominante en la acción grupal. No se plantearon problemas de encuadre. La fórmula co-terapéutica, evaluada positivamente, es C-3/D-3⁷. Los niveles de insight grupal, así como la emergencia de lo transferencial en el grupo son positivos. No hay una clara tendencia al *acting out* grupal.

³ Algunos de los integrantes de los grupos eran además alumnos al inicio del programa de formación de psicoterapeutas de la institución, si bien apenas superó el 5% del total de los pacientes de grupo.

⁴ Consúltense los modelos de las fichas de la investigación en *Clínica y Análisis Grupal*, año 5 (24), pags. 575-577.

⁵ Se denomina *Fórmula de personalidad* del grupo a una fórmula en la que se resumen las proporciones de sujetos del grupo adscribibles a cada uno de los núcleos básicos de personalidad.

⁶ Las fórmulas de personalidad que se consideran son: 1) Compensada: relativa paridad

Grupo 2. Se trata de un grupo ligeramente heterogéneo respecto de la edad de los integrantes, con más mujeres que hombres. Hay movilidad en su composición, con dos altas resistenciales en el cuarto mes, y un alta terapéutica en el quinto, y las consiguientes incorporaciones de nuevos integrantes. La fórmula de personalidad era de tipo alternante E.1-C.4-D.5 con neto predominio de la expresión en área 3, extremo éste potenciado por el hecho de que un 60% de los integrantes tenía algún tipo de experiencia grupal. Los niveles de *insight* en el grupo eran homogéneos y muy positivos. Lo transferencial -latente- se manifestó a través de componentes claramente positivos. El proceso grupal fue evaluado como terapéuticamente positivo, con 3 altas terapéuticas al cierre del grupo. La fórmula coterapéutica, evaluada favorablemente, fue C-1(3)/D-1(3). El grupo mostró cierta tendencia al *acting out*, en lo relativo a las temáticas transferenciales.

Grupo 3. Grupo homogéneo en edad, sesgado ligeramente hacia predominio del sexo femenino. Escasa movilidad del núcleo fundamental del grupo, con 3 altas resistenciales espaciadas a lo largo del proceso grupal. La fórmula de personalidad era de tipo alternante E.1-C.4-D.5 con episodios alternantes de acción y de reflexión grupal. Tendió, sin embargo, a ser un grupo más reflexivo que actuador, que trajo a nivel manifiesto contenidos transferenciales y que permitió el trabajo terapéutico de los mismos. La resistencia se explicitó básicamente a través de aspectos del encuadre económico, sin mayor relevancia en la importancia de los episodios. La capacidad de *insight* en el grupo era heterogénea, dominando un proceso de incorporación más lento a través de la reflexión. El proceso terapéutico grupal fue evaluado como muy positivo, con 3 altas terapéuticas al cierre del grupo. Sólo un 30% de los integrantes tenía alguna experiencia grupal, lo cual no fue un obstáculo para el desarrollo del grupo, permitiendo a la vez la lenta incorporación de integrantes nuevos sin experiencia grupal. La fórmula coterapéutica, evaluada positivamente, fue C-3/D-1. Hubo cierta tendencia al *acting out* de los temas transferenciales, siendo posible su reincorporación al trabajo en el grupo.

Grupo 4. Grupo relativamente homogéneo respecto de edad y sexo, con escasa movilidad de sus integrantes. No se produjeron altas resistenciales, con dos altas terapéuticas a lo largo del proceso y otra más al cierre del grupo. La fórmula de personalidad fue de tipo compensada E.2-C.3-D.4, con predominio

entre los tres núcleos; 2) Alternante: paridad entre núcleo esquizoide y confusional o entre confusional y melancólico; 3) Descompensada: Claro sesgo hacia un núcleo, sin presencia significativa de los otros. Las abreviaturas utilizadas son: E=Esquizoide; C=Confusional; y D=Depresivo o melancólico. Los números que siguen a las letras indican el número de sujetos de cada categoría.

⁷ En la fórmula co-terapéutica las letras remiten a los núcleos, y los números al área de expresión predominante de la conducta según las categorías de J. Bleger (1: área de la mente; 2: área somática; 3: área interpersonal).

alternante de la reflexión y de la acción grupal. Los niveles de *insight* y movilización transferencial en el grupo fueron positivos, si bien hubo cierta tendencia al *acting out* de la transferencia negativa. No hubo problemas de encuadre. Pese poco la experiencia grupal anterior (apenas un 25% de los integrantes la tenían). La evaluación del proceso terapéutico fue positiva. La fórmula co-terapéutica, evaluada positivamente en su funcionamiento, fue C-3/C-1.

Grupo 5. Grupo heterogéneo en edad y homogéneo en sexo; con un escaso número inicial de integrantes, y una lenta incorporación de nuevos integrantes hasta completar el total. Diversos niveles de *insight*, con tendencia a la pasividad y a la dependencia de los terapeutas, que trabajaron el grupo básicamente a través de técnicas dramáticas. La fórmula de personalidad fue de tipo compensada E.1-C.2-D.5, con predominio de la pasividad reflexiva y/o sumisa. Fue un grupo sesgado claramente por la ausencia de experiencia grupal, pese a que un 40% de los integrantes la tenían en intensiva. La evaluación del proceso terapéutico fue relativamente positiva, expresándose la resistencia grupal a través de las ausencias a las sesiones de algunos integrantes. La fórmula co-terapéutica fue C-3/D-3, que se considera necesitada de revisión, si bien la evaluación global de su funcionamiento fue positiva.

Grupo 6. Grupo heterogéneo en edad y sexo, que evidenció muy alta movilidad en sus integrantes. Se registraron dos altas resistenciales en el tercer mes, y tres más en el quinto, pese a las nuevas inclusiones. Se evaluó que se habían cometido errores en el proceso de selección del grupo inicial, así como la necesidad contratransferencial de los terapeutas de mantener a ultranza el funcionamiento del grupo, cara a proteger el proceso terapéutico de los integrantes. Se actuaron numerosos problemas de encuadre a través de lo temporal y económico. Se dió una sola alta terapéutica en el segundo mes, debida a la focalización en la elaboración de aspectos finales de su tratamiento. La fórmula de personalidad fue descompensada E.2-C.2-D.6, con bloqueo y pasividad en lo melancólico -y/o *acting-* y *acting* esquizoide predominante, sin dejar apenas espacio para la reflexión posterior de lo actuado en el grupo. Hubo bajo nivel de *insight* en un sector del grupo, que lo sesgó inicialmente, mejorando en la última etapa del grupo. Incidió asimismo la baja experiencia grupal de los integrantes, así como su escasa cohesión ante la tarea terapéutica. La evaluación del proceso terapéutico es parcialmente negativa, debiendo revisar a fondo la incompatibilidad de la fórmula reseñada. La fórmula coterapéutica es C-3/C-1, de cuyo desempeño no puede hacerse propiamente una evaluación, dadas las características del proceso de este grupo.

Grupo 7. Grupo poco numeroso, homogéneo en edad y dispar en sexo. El grupo tuvo una corta duración (cinco meses), debido a re-encuadres terapéuticos relativos en parte a la mala formación inicial del grupo dado que no se evaluó con precisión, ni se trabajó correctamente la oportunidad de la derivación de individual a grupo. También incidió el relativo mal funcionamiento de la pareja coterapéutica (C-3/D-1) debido más que a una deficiente fórmula (teóricamente

se estima correcta) a la incidencia no adecuadamente controlada de aspectos personales de los terapeutas. La ansiedad predominante en el proceso grupal fue confusional y paranoide muy acentuada, lo cual aceleró el cierre del grupo. Se evaluó el proceso grupal negativamente, no tanto por la selección "teórica" de los integrantes, como por la precipitación de la derivación a grupo de un sector de los mismos. Asimismo la experiencia grupal anterior de los integrantes era prácticamente nula, lo que impidió compensar los sesgos. No hubo problemas de encuadre, y se trabajaron contenidos transferenciales de carácter resistencial.

Grupo 8- Grupo homogéneo en edad y sexo, de siete meses de duración. Escasa movilidad grupal, con un alta resistencial casi al inicio, una derivación posterior a individual, y un progresivo crecimiento del número de integrantes, estabilizándose al tercer mes. Buen nivel de *insight* y de trabajo de lo transferencial en el grupo, con alternancia de reflexión y acción. La fórmula de personalidad es de tipo alternante E.3-C.5-D.1 con notable predominio de la acción. La ansiedad predominante en el grupo era alternantemente paranoide y depresiva. No se plantearon problemas del encuadre. La evaluación del proceso terapéutico es positiva, con 4 altas terapéuticas al cierre del grupo. La baja experiencia grupal anterior de los integrantes no incidió significativamente. La fórmula coterapéutica, evaluada positivamente, fue C-3/E-3.

Grupo 9- Grupo homogéneo en edad (sujetos adolescentes) y dispar en sexo, sesgado hacia el predominio del sexo masculino. La tarea del grupo era específica para temas adolescentes. Se inició tardíamente (el grupo duró solo 5 meses y medio) y como tal grupo continuó en el siguiente ciclo anual. Destaca el escaso número de integrantes (primero cuatro y luego cinco), con cuidadosa selección, surgiendo el grupo desde la necesidad de trabajar aspectos específicos de estos sujetos. La fórmula de personalidad era compensada E.1-C.2-D.2, sin incidencia de experiencia grupal anterior. Cierta resistencia grupal que se manifestaba a través de la ausencia a sesiones, fue desapareciendo paulatinamente. La fórmula coterapéutica, evaluada positivamente, fue E-3/D-1. Se apreció en este grupo una mayor tolerancia a la presencia de sujetos con una mayor desestructuración patológica.

Recapitulando lo reseñado acerca del funcionamiento de cada uno de los grupos⁸ pasamos a esbozar las conclusiones derivadas de esta investigación. Es de resaltar que el grupo de diagnósticos clínicos más frecuente en los integrantes de los grupos fue el diagnóstico estructural dinámico de Psicopatía o Trastorno de la Personalidad. Entendemos dicho grupo de diagnósticos en un sentido más amplio que el clásico, como patología de la relación, según

⁸ La tabla de datos con los resultados por categorías para cada uno de los grupos puede consultarse en *Clinica y Análisis Grupal*, año 5, (24) pag. 572

se desarrolla en otros trabajos⁹, reservando los grupos diagnósticos de Psicosis y Neurosis para la presencia de síndromes clínicos muy específicos, y como tal poco frecuentes, o menos accesibles a su abordaje en grupos terapéuticos.

Hasta aquí todo lo reseñado es relativo a los grupos terapéuticos periódicos semanales. En el curso de nuestro trabajo terapéutico fuimos también concediendo particular importancia al trabajo con técnicas intensivas de grupo, en particular el denominado "laboratorio social"¹⁰, de veinte horas de duración, repartidas en un fin de semana, formulado entonces con el objetivo terapéutico de profundizar en aspectos corporales o de acción, a través de técnicas de movilización específicas, para poder después recuperar dichos contenidos y elaboraciones en la psicoterapia individual o de grupo que el paciente está realizando. Hemos ido rechazando progresivamente la técnica del "Laboratorio Social" como hecho terapéutico aislado, precisamente para evitar su función catártica, y convertirlo en un espacio de profundización y movilización de aspectos para los que esta técnica es más idónea que la psicoterapia individual o de grupo periódico. Desde estas premisas seleccionamos a los integrantes de los "Laboratorios" entre pacientes que ya están haciendo psicoterapia individual -o en su caso de grupo periódico-, para que posteriormente lo movilizado y elaborado en el grupo intensivo pueda ser recogido para su reflexión y contextualización en la psicoterapia individual o de grupo de cada sujeto. A título de ejemplo, y para poder comentar convergencias y divergencias con los fenómenos de los grupos periódicos en lo relativo a la selección de integrantes, procedimos a revisar cuatro de los grupos intensivos¹¹ desarrollados en ese mismo ciclo anual, con especial énfasis en estudiar la influencia de la fórmula de personalidad en el proceso grupal de la intensiva. Las evidencias subrayaron el interés de revisar esta relación.

En efecto, un grupo intensivo¹² de fórmula particularmente descompensada E.3-C.4-D.15, con claro sesgo de lo melancólico, tendió básicamente a la producción verbal, inhibió lo creativo, y

⁹ Vease p.e. el trabajo de N. Caparrós (1979) "Psicopatología Vincular: Las Psicopatías, 2ª Parte" en *Clinica y Análisis Grupal*, Madrid, nº 18, pp. 510-528, que recoge el nivel de conceptualización teórica utilizado en la época de la investigación.

¹⁰ Una re-conceptualización actualizada de la técnica del Laboratorio Social ha sido incluida como capítulo 11 de este volumen.

¹¹ En la tabla 2 (*Clinica y Análisis Grupal* nº24, pag. 573) pueden consultarse las variables de los grupos intensivos estudiados.

bloqueó muchos aspectos de la acción y el sentir grupal, requiriendo de la utilización por los coordinadores de técnicas específicas que permitiesen compensar dicho sesgo. Ello permitió constatar la evidencia de que a través de tareas dramáticas realizadas por grupos diseñados con un sesgo claro hacia cada uno de los núcleos de personalidad, puede constatarse características esenciales de su estructura y dinámica.

El *sesgo esquizoide* en un grupo permite estructurar una temática y acción grupal en lo dramático y en lo reflexivo, caracterizada por el pensamiento simbólico abstracto, por la plasticidad y la presencia de lo absurdo.

El *sesgo confusional* en un grupo crea situaciones de alta movilidad, en las que la temática y/o acción cambia constantemente, con cambios de roles en los personajes, en las que lo importante no es la elaborada resolución de un tema sino la expresión de las ansiedades inmediatas. Se incorpora el contexto actual, pero se transforma, incluyendo aspectos maníacos y fóbicos. Puede haber un tema angustioso o dramático, pero el clima es hilarante o explosivo.

El *sesgo melancólico* en un grupo crea situaciones más estáticas, apegadas a lo convencional, en las que prima una ejecución fidedigna o una expresión precisa de pensamientos o sentimientos. El distanciamiento puede incluirse a través de la ironía. En las consignas dramáticas les cuesta elaborar el cierre, predominando el estatismo, la permanencia de la situación anterior. Cabe pues señalar que la fórmula que permite una mayor productividad en un grupo con tarea limitada temporalmente, es una situación compensada de los tres núcleos, sin clara predominancia de aspectos melancólicos. Este aspecto se ve confirmado por el desempeño grupal observado en tres de los laboratorios¹³ incluidos en la investigación.

Nos ha interesado también analizar de qué manera incide en el funcionamiento grupal la formación de las parejas co-terapéuticas. De la observación de los nueve grupos periódicos y de los cuatro laboratorios, podemos proponer algunas conclusiones sobre la co-terapia:

1- La co-terapia es un instrumento esencial en el funcionamiento grupal. Permite una mayor devolución de identidad al grupo.

2- El grupo no promueve la escisión en la pareja de coordinadores, excepto si la pareja de coordinadores no está bien confor-

¹² El laboratorio 4 de la tabla anteriormente citada.

¹³ En los laboratorios 1, 2 y 3 de la mencionada tabla.

mada.

3- Los coordinadores pueden ser del mismo sexo, sirviendo así de contraposición al sesgo que el grupo tenga hacia un sexo, fundamentalmente el habitual sesgo hacia lo femenino.

4- Las fórmulas coterapéuticas que se evidencian como más inductoras de la productividad grupal son -a título de propuesta- las siguientes:

- a) D-3/D-1 (Coterapeutas de carácter depresivo, con predominancia en área 3 y en área 1 respectivamente).
- b) D/C (Coterapeutas depresivo y confuso, principalmente con predominancia en área 1 y 3 respectivamente y secundariamente ambos en área 3).
- c) D-3/E-3 (Coterapeutas depresivo y esquizoide, ambos en área 3).
- d) C-3/E-1 (Coterapeutas confuso y esquizoide, principalmente con predominancia en área 3 y 1 respectivamente y secundariamente ambos en área 3).
- e) E-3/E-1. (Coterapeutas esquizoides, con predominancia en áreas 1 y 3).
- f) C-3/C-1 (Coterapeutas confusos, con predominancia en áreas 3 y 1).

5- Las fórmulas co-terapéuticas que se evidencian como menos inductoras de la productividad grupal son las siguientes:

- a) D-1/D-1 (Coterapeutas depresivos, ambos en área 1, inducen bloqueo al grupo).
- b) C-3/C-3 (Coterapeutas confusos, ambos en área 3, inducen permanente acción sin reflexión al grupo).
- c) E-1/E-1 (Coterapeutas esquizoides, ambos en área 1, favorecen lo simbólico, la incomunicación, y el desarrollo de lo paranoide).
- d) D-1/C-1 (Coterapeutas depresivo y confuso, ambos en área 1, favorecen la inhibición grupal).
- e) D-3/E-3 y aparecen también como parejas problemáticas, aunque menos C-1/C-1 significativamente, los primeros, en caso de rasgos narcisistas acusados.

6- El *training* en co-terapia es un factor determinante del buen funcionamiento de la pareja coterapéutica, dependiendo en última instancia de aspectos personales y particulares de la relación.

Tras lo expuesto, vamos a formular una serie de premisas, a modo de *conclusiones generales*, que recogen los aspectos más importantes que inciden en el proceso grupal, según se desprende del análisis de los datos de los grupos investigados.

1. *Derivación de pacientes de individual a grupo periódico*: En la fase de la psicoterapia individual en la que el trabajo de los contenidos transferenciales movilizados -positivos o negativos- es aún muy insuficiente, la derivación a grupo podrá ser vivida con un especial incremento de la ansiedad persecutoria, incrementando notablemente la resistencia. El grupo no debe ser el espacio reservado para los pacientes que traen contenidos que son difícilmente trabajables en psicoterapia individual. Así mismo el grupo no es el espacio más idóneo para resolver la transferencia negativa de un paciente, derivado a grupo bajo dicho clima transferencial. De igual manera los contenidos de la transferencia de carácter erótico deben ser confrontados, clarificados y elaborados previamente en la terapia individual, al menos parcialmente. Resumiendo:

- a) No hay temáticas "especiales" por las que derivar a grupo, ni tampoco para prescribir psicoterapia individual, sino más bien momentos específicos del trabajo con los pacientes que aconsejan una u otra, o simultanear ambas.
- b) La psicoterapia de grupo incide más específicamente sobre los aspectos relacionales y no verbales, mientras la psicoterapia individual es más focal sobre los aspectos ideacionales; pero estas delimitaciones no son exclusivas, ni presuponen mayor profundidad a una de las dos aproximaciones.
- c) Desde la indicación de la derivación a grupo hasta el momento de la incorporación al grupo debe mediar un proceso temporal en el cual, en las sesiones individuales se pueda elaborar las ansiedades específicas que genera el cambio. A veces es aconsejable mantener las sesiones individuales (en el caso de que fuesen a ser suspendidas) durante un período, simultaneándolas con las primeras sesiones de grupo, hasta que la inserción del paciente en el grupo sea efectiva.
- d) La dinámica de las primeras sesiones de grupo de un paciente son indiciarias de si la derivación a grupo y/o a ese grupo ha sido correcta o no. Hay pues que analizar los emergentes de su inclusión en el grupo, para confirmarla, o en su caso plantear la posibilidad de cambio de grupo, desde el contexto de lo que significa en el repertorio defensivo del paciente. Se dan negativas resistenciales de los pacientes, pero hay también errores en la elección de un grupo para un determinado paciente. Es evidente pues que no puede considerarse inmodificable el criterio de derivación que se formule en primera instancia.
- e) Es posible que tras un período de trabajo en grupo, un sujeto tenga que seguir trabajando aspectos en individual, o

bien simultanear ambas técnicas. Los criterios no deben funcionar de manera rígida, incorporando las propias necesidades del proceso de los pacientes.

2. *Derivación a grupo tras entrevistas diagnósticas*: El pedido inicial de algunos pacientes de hacer psicoterapia de grupo, debe ser considerado a través de una evaluación de la oportunidad de dicha indicación, así como de si es pertinente en el momento actual de su proceso personal. Un conjunto de dos a cuatro entrevistas diagnósticas puede ser suficiente -y en todo caso necesario- para poder tener en cuenta los principales aspectos que incidirán potencialmente en la inserción del sujeto en el proceso grupal. Hay también elecciones resistenciales y/o contrafóbicas del grupo como medio terapéutico que deben ser señaladas y trabajadas en la psicoterapia individual. Hay experiencia positiva de utilizar, en los casos en los que se plantean problemas diagnósticos, la comparación de los datos recogidos mediante la observación en las entrevistas, con los obtenidos a través de indicadores aportados por las técnicas proyectivas, básicamente el T.R.O. (Phillipson) y el T.A.T.; ambas técnicas han evidenciado su poder pronóstico sobre el desempeño grupal de los sujetos, a través del análisis de sus tramas vinculares, y de la resolución de las situaciones grupales evocadas por las láminas temáticas.

3. *Continuación del proceso terapéutico de grupo*: Trabajamos con éxito la técnica de no mantener necesariamente a los sujetos en un mismo grupo terapéutico durante más de un ciclo anual (9 meses), revisando al término de cada temporada cuál es el grupo más pertinente para el momento particular del proceso terapéutico de cada sujeto. Es importante que un cierto sector de cada grupo tenga experiencia grupal previa, pero sin que domine significativamente el proceso grupal respecto del sector sin experiencia. No es conveniente formar grupos con predominio de sujetos con experiencia y una minoría de nuevos integrantes, pero solo si estos tienden a la inhibición de la acción. También es destacable la incidencia positiva de trabajos grupales anteriores de carácter intensivo (p.e. "Laboratorio Social"), para un mejor desempeño grupal de los integrantes.

4. *La fórmula de personalidad del grupo* que se ha mostrado más rica en el proceso grupal observado en los grupos investigados ha sido la Compensada entre los 3 núcleos E-C-D, admitiendo ligero sesgo hacia lo depresivo. También han evidenciado ser productivas las fórmulas Alternantes E-C ó C-D. Se advierte escasa tolerancia mútua de varias personalidades fóbicas o explosivo-bloqueadas juntas, que tienden a "expulsar" del grupo a alguno de

ellos, favoreciendo un incremento del clima fóbico en el grupo. Así mismo, si hay dominancia esquizoide en el grupo, con presencia de elementos explosivo-bloqueados, se acentúa la competencia en el grupo. La temática de competencia deviene en latente si el sesgo del grupo es melancólico. Es también interesante destacar una tendencia significativa observada en cuanto a dar altas terapéuticas prematuras a personalidades esquizoides, narcisistas y explosivo-bloqueadas, por lo cual deben revisarse más detenidamente los criterios de alta en estas personalidades, por la mayor probabilidad de que la contratransferencia positiva no detectada sesgue la valoración del proceso terapéutico de estos pacientes, negando o desvalorizando los elementos de falso Self que en su inserción grupal les puede hacer aparecer sobre-adaptados, remedando un funcionamiento sano y evolutivamente integrado.

**VIII. Estructura y cohesión del
grupo terapéutico. Un breve
ejemplo clínico (1994)
(Con M.L. Rubí)**

OSCAR ALVAREZ
(Coordinador)

LOS ATAQUES AL VINCULO GRUPAL

Quipú Ediciones
Madrid 1994

ESTRUCTURA Y COHESION DEL GRUPO
TERAPEUTICO: Un breve ejemplo clínico.

María Luz Rubí Cid y Alejandro Avila Espada

En la ontogénesis del psiquismo juega un papel crucial la capacidad de *rêverie* aportada por la función materna estructurando una relación continente-contenido. Ya desde Bion (1963) conocemos esta formulación por la cual se explica cómo se posibilita la transformación de las identificaciones proyectivas del bebé favoreciendo la maduración e integración de los elementos de la experiencia que no pueden ser pensados ni representados (a los que Bion denominó elementos *Beta*) en unidades mentales integradas, que son dotadas de significación en el mundo interno del sujeto (las representaciones *alfa*). Winnicott (1953) había efectuado también contribuciones a la clarificación de este proceso al describir el papel esencial que la *preocupación maternal primaria* juega en la construcción del objeto transicional, eje por el que discurrirá el desarrollo psicológico a través de sucesivos y evolutivamente más complejos fenómenos transicionales que atraviesa el sujeto en su construcción. Los procesos vinculares de la ontogénesis de la individualidad han sido descritos reiteradamente (véase Caparrós, 1992) por lo que no los incluiremos aquí de nuevo.

El denominado "grupo familiar" es el dispositivo natural de contención y ámbito privilegiado para que los fenómenos transicionales conformen el escenario del crecimiento psicológico, que hace posible la estructuración de un sujeto e historiza la individualidad. Esa "familia de origen", con su peculiar transmisión de lo histórico, estructurada en torno a presencias y carencias, será soporte para la constitución de la constelación de representaciones / significados que incorporarán los sujetos que se "crían" en ella, deviniendo a través de la

integración de relaciones de objeto en *grupo interno* que se diferenciará en el desarrollo psicológico normal del *grupo externo* en el que se inscribe.

Y así el dispositivo "artificial" que denominamos *grupo terapéutico* (véase Avila, 1993), reactualización en la transferencia del grupo familiar, y por extensión de todos los demás grupos, ofrece una serie de posibilidades de experimentar escenas privilegiadas que remiten a aspectos centrales del desarrollo psicológico, re-actualizando total o parcialmente fenómenos transicionales y experiencias cuya integración y elaboración no pudo ser completada en lo vivido en el pasado por el sujeto.

Efectivamente, si el grupo terapéutico adquiere una estructura y cohesión es porque se incardinan fenómenos propios del grupo (sus roles psicosociales y funcionales, la historia grupal), con la contribución de elementos no integrados ni adecuadamente representados que a su estructura imaginaria aportan cada uno de los integrantes. Así el grupo es a la vez una historia social y un complejo escenario para la fantasmática individual.

¿Cómo adquiere estructura el grupo terapéutico y qué nos dice esto de la neo-estructura que posibilita el vínculo grupal? Pasaremos revista a algunas proposiciones fundamentales:

1. El grupo terapéutico es convocado desde la transferencia que se ha revelado en el encuentro terapéutico "individual"; la falsa "individualidad" de la sesión bipersonal ya se ha cuestionado desde el momento en que analizamos que quienes estamos allí (v.g. paciente y terapeuta) aportamos nuestros respectivos grupos internos y que el vínculo terapéutico es una efectuación, en el plano transferencia-contratransferencia, de las posibilidades de compartir escenas sostenidas por imaginarios de "cada uno" pero ahora de todos.

2. El encuadre formal y las eventuales consignas que configuran los límites del grupo terapéutico, no son más que explicitaciones derivadas de las exigencias básicas de base segura para la confianza, que deviene en última instancia de los aprendizajes vinculares precoces en torno a los que fundamentar la identidad. Por ello la capacidad que un grupo terapéutico tenga de adquirir estructura contenedora derivará tanto de la disponibilidad inconsciente de sus integrantes para contener y ser contenidos - en la citada acepción bioniana-, como de la capacidad de desarrollar contención -y estar a su vez contenidos- por parte de los terapeutas.

3. La naturaleza del dispositivo terapéutico del grupo como tal se ancla en que adquiera una estructura y cohesión, que es causa y a la vez efecto del proceso grupal. El grupo ha de ser continente seguro para las ansiedades, pero a la vez posibilitar una distancia con los elementos menos integrados de esas ansiedades de manera que se conserve el espacio para pensar, reconocer-se en ellas y elaborarlas. La noción de grupo-continente surge así como eje vertebrador de la estructura grupal.

4. La cohesión que permite que la estructura grupal mantenga sus propiedades contenedoras sin bloquear la posibilidad de pensamiento y elaboración (aprendizaje y cambio), no deviene tanto de la "historia grupal" o experiencia de la trayectoria vivida por el grupo a través de cada uno de sus integrantes, sino de que los terapeutas o coordinadores garanticen que esa articulación de la secuencia *ansiedades-contención-pensamiento-elaboración* permanezca vigente y pueda recuperarse una y otra vez. La función de los terapeutas es esencial a la calidad terapéutica del grupo.

Nuestra ya dilatada experiencia de coordinación de grupos terapéuticos reincide en la observación de algunas *regularidades* en el proceso grupal, sin que ello ataque en lo más mínimo la singularidad irreplicable de todo grupo. Una de esas regularidades observada en los grupos terapéuticos

periódicos es que éstos devienen en dispositivos cuasi-naturales de contención, que posibilitan la reactualización en la transferencia de la función de *rêverie*, desempeñando tanto los terapeutas como algunos integrantes papeles de objetos transicionales para los integrantes del grupo, sometidos todos a la re-experienciación y elaboración de procesos transicionales. Si como ocurre en nuestra experiencia clínica, se combinan dispositivos de grupo terapéutico periódico (con permanencia de los integrantes y terapeutas) con grupos no periódicos, éstos últimos adquieren un valor de indicadores del cambio, verdaderos procesos de diagnóstico y balance de los procesos del cambio en marcha. Se trata pues de la articulación de dos funciones que el grupo desempeña: la estructura que alberga la *función contenedora* que permite re-vivir y crecer a partir de integrar y elaborar lo no-pensado, y la *función de espejo* que refleja los cambios, devolviendo una imagen a la que referir la individualidad, en la re-narcisización secundaria que es el proceso terapéutico.

Examinaremos estas proposiciones a la luz de un ejemplo extraído de nuestra experiencia clínica en el que se aprecia esa doble función del grupo terapéutico. Describiremos una *escena Origen*, ocurrida naturalmente en un grupo terapéutico no periódico, y una *escena integradora y elaborativa*, propuesta por los terapeutas, con la que se activan las funciones de contención y espejo que el grupo terapéutico posee.

La "escena origen" discurre a partir de una tarea de imaginación en situación de relajación, un sábado por la tarde de un grupo intensivo no periódico (que llamamos tradicionalmente *Laboratorio social*). Los veintidós integrantes del grupo están esparcidos por las colchonetas que tapizan el suelo de la sala; ojos cerrados, relajación profunda en la mayor parte de ellos, más superficial en algunos, que no les impide discurrir a través de fantasías construidas a partir de las indicaciones que uno de los coordinadores da al hilo del estado de relajación....

Otro de los coordinadores que observa la escena repara en que Marcio¹ yace boca arriba, con aspecto feliz, piernas entreabiertas y sueltas, y brazos dispuestos de forma amorosa para acoger, uno a cada lado, a Licinio, de quien toma la cabeza que reposa sobre el pecho de Marcio, y también a Susana, que yace boca abajo, protegida por el firme brazo derecho de Marcio. Licinio sonríe con la amorosa quietud de un niño recién dormido tras tomar su papilla. Susana permanece segura del acogimiento que se la presta. La plástica unidad del grupo de tres, que aparecen así "casualmente" unidos en la relajación, nos conmueve. La escena nos dice algo a todos los coordinadores, en lo que de universal tiene, pero también deja un resto que habrá de ser recogido para el análisis.

Licinio se ha mostrado siempre torpe para comunicarse verbalmente con el grupo, en un decurso entre la emoción contenida y la obscuridad de un discurso a borbotones y sin hilo conductor, aunque preñado de intención de transmitir y ser entendido. Marcio es su opuesto: fácil y brillante en su oratoria, se torna encubridor de toda emoción que pugne por abrirse paso, disimulando en lo que "ya sabe" lo que podría descubrir. Susana ataca para mostrar que existe y ser reconocida, demandando afecto a través de una perfrasis de hirientes agudezas.

Reunidos los tres en el azar de las exploraciones "a ciegas" de sus mundos internos, componen en la escena grupal un triángulo que en el fondo no es casual: el hombre-padre que puede fundar y fundarse; la mujer que se entrega confiada a ese hombre-padre; el hijo que finalmente encuentra un lugar de intercambio amoroso con el hombre-padre. Escena neces-

¹ Los nombres que asignamos a las personas que aparecen en estas reflexiones clínicas son desde luego supuestos. Aquí hemos optado por una cierta taxonomía greco-latina porque la persona en torno a la que se nuclea la escena que sirve de eje al relato clínico nos transmitió desde el principio del trabajo grupal que realizamos con él una atmósfera de patricio latino sumido en una cierta dejadez de la trayectoria de su existencia, proclive a mostrarse displicentemente postrado en un triclinio. Él mismo se encargó de aderezar la imagen con algunas citas latinas.

ria, pero ni previsible ni planeable; incluso "invisible", porque sólo una fina observación, nunca exenta del favor del azar, permite reconocerla; sin ella hubiera pasado desapercibida en su lectura consciente, para los terapeutas y para los propios actores. Tras la "lectura" de la escena permanece para los coordinadores el impacto de los múltiples sentidos que contiene, pero hará falta que ellos la recuperen más tarde cuando su vigencia se renueve en un clima grupal que la reclama.

Pero estas reflexiones nuestras son posteriores a la consigna que surge de esta "escena origen" y que da lugar a la "escena propuesta" en la que de una manera u otra todo el grupo va a estar incluido. En el siguiente período (domingo por la mañana) el grupo está inmerso en un clima depresivo (elaborativo) de fuerte connotación emocional. Se está rozando constantemente la pérdida, el abandono, la separación, todo ello matizado por una exhibición de defensas ahora más precariamente instrumentadas. Marcio evoca su atracción por las "mariposas de la luz" que pueblan sus noches y alternativamente esboza y duda de sus ansias de paternidad. Licinio revolotea inquieto. Susana exhibe sus maternidades forzosas derivadas de una unión en la que deviene "madre" de varios hijos de su nueva pareja. Y surge desde la coordinación la consigna:

Se pide a Marcio, Licinio y Susana que se sitúen en las mismas posiciones en que fueron "descubiertos" la tarde anterior, manteniendo los ojos cerrados. Los mismos actores se sorprenden, ahora "despiertos", por la escena que han vivido, incluso les cuesta recomponer la disposición espacial. Marcio conserva una leve idea sobre "su" posición, aunque cree que tenía los brazos de otra manera; Licinio lo ignora todo, sorprendido; Susana, la que maneja más la escena en lo real, introduce algún matiz en su posición, mejorando su veracidad formal. Uno de los coordinadores se ocupa de "dirigir" el movimiento de la escena situándose directamente junto a ella. Los restantes van a continuar la lectura grupal con algo más de distancia. Poco a poco van sumergiéndose en la escena, reencarnándola, ahora partícipes entre la conciencia y sus límites, y a la vez el resto del grupo la visualiza por vez primera, escena que les "trabaja" desde sus latentes.

Licinio vive con especial intensidad su posición en la escena; incómodo al principio ante lo que estima imposible en su conciencia (recostar su cabeza sobre el costado de su padre y rodearle además su pecho con un brazo, mientras el padre le toma amorosamente la cabeza), poco a poco se entrega y goza como un niño pequeño dando paso al deseo hacia el padre; su rostro muestra de nuevo la expresión de placer que habíamos observado el día anterior; y podrá permanecer así un largo período de tiempo sin que aparezca la angustia que le ayuda a escapar...

Marcio recupera sus evocaciones de su lugar en la "escena origen": *Movía los dedos para hacerles ver que estaba allí...*

Uno tras otro todos los integrantes del grupo van entrando en la escena; algunos literalmente, otros ante una indicación de uno de los terapeutas, otros manteniendo la distancia física, pero no emocional; finalmente nadie queda excluido.

Susana, acogida pero entregada, trae su dificultad presente para separarse del padre, con quien mantiene una relación cuasi-simbiótica.

Bruto, narra escenas del conflicto que acabó por separar a sus padres, cediéndole un lugar de hombre culpable que habría que hacerse cargo de una reparación imposible: el reproche por que él se fuera fluye a borbotones.

Lidia tiene así oportunidad de revivir la escena ante su padre muerto en accidente "por exceso de celo en el cumplimiento de su deber" cuando ella tenía sólo 3 años, y expresar en consecuencia un dolor y una rabia que entonces le fue impedida por la madre y su entorno. Necesitaba disponer de permiso para llorarle, y finalmente se lo dió.

Julio, apasionado negador que deriva todas sus emociones al miedo a la enfermedad, y que hace poco ha reparado en la vejez real de su padre, temiendo por su vida,

halla en su inclusión en la escena grupal un lugar de encuentro que no excluye el contacto físico, sorprendiéndose de que éste sea posible.

Livinia, firme en su dureza protectora frente a un padre real al que ha anhelado demasiado, se defiende ante éste rescatando al hombre que hay en Marcio, incluso evocando lo erótico para conseguir entender su emoción, pero más conmovida en el fondo por otro padre - el terapeuta- que la ha incluido "a patadas" en una escena de la que la envidia la excluía.

Augusta, que llora incontenible desde fuera, acompañada por la terapeuta, a un padre perdido precozmente en la pre-adolescencia, que la deja "a merced" de una madre que ocupa todos los lugares femeninos: No hay más mujer que ella. A su lado permanece Justa, que se quiere marchar para no enfrentar las emociones en que se reconoce: desear perder y miedo a la pérdida de los padres.

Marta, que desde la adolescencia ha reprimido eficazmente todo su deso al padre, traducido en síntomas neuróticos, y al que ahora puede empezar a rescatar a través de la curiosidad de re-conocerse en lo femenino.

Popea, que insiste una y otra vez en que "no siente nada" mientras acaricia (o más bien araña) "por prescripción facultativa" la cabeza del padre como si de un busto se tratara; se confronta así con su propia dureza, evocando contenidos ya clarificados pero que requieren una y otra vez ser elaborados de nuevo: su sumisión y dependencia, y el sadismo complementario.

La escena se completa trayendo a madres y hermanos y hermanas imaginarias. César, que primero ha dedicado su emoción a cuidar a los otros hermanos, trae finalmente su soledad haciendo pervivir a un padre intensamente amado y odiado, encarnándolo para que no muera nunca: *No eras malo y pasaste como muy malo...*

El propio Marcio es quien reclama a la madre, desde el darse de cuenta de que casi se las arregla solo con todos los hijos... pero tal vez sea mejor compartirlos, *que me ayude a tenerlos.*

No es una escena inocua para los terapeutas: padres que precozmente abandonaron o murieron son el fundamento de su consonancia con esta escena, que puede ser conducida y analizada desde la propia elaboración que los terapeutas han hecho de sus experiencias de separación y pérdida parental. La contra-transferencia implica aquí una peculiar sensibilidad hacia lo recuperado de la negación de las pérdidas, y permite a la vez que la escena y sus elementos puedan ser contenidos sin obviar que conocida la consonancia de esta temática de pérdidas parentales, ésta puede aprovecharse para facilitar la resonancia grupal.

Hasta aquí este ejemplo de efectos de la estructura y cohesión grupal a través de una escena grupal y su posterior integración y elaboración. La "escena origen" fue posible porque el grupo disponía de la función de contención: los imaginarios cobran escena sin que la conciencia repare en ello; la "escena integradora y elaborativa" se logra desarrollar porque el grupo se siente contenido por los terapeutas, que funcionan como "base segura", pero también por lo vivido de la experiencia grupal anterior, que funciona como evidencia de que la contención perdura. A la vez ello permite que la función de espejo pueda utilizarse para re-conocerse en la escena. Y todo ello permanece en la experiencia que los integrantes del grupo viven: en el grupo es posible abrir-se, ser re-conocido, confrontarse con la huella de lo perdido sin falsos acompañamientos. Al tiempo podemos ver y ser vistos en el continuo tiempo, delatando los estancamientos y los cambios.

Tolerar la propia falta, desde el re-conocimiento que en y por los otros recibo. El grupo es así una opción para conocer-se y dialogar con el cambio.

Bibliografía

Avila, A. (Dir.) (1993) *Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico-Vincular*, 2 Vols. Madrid: Quipú ediciones.

Avila, A. y García de la Hoz, A. (Comps.) (1994) *Aportaciones de la psicoterapia de grupo a la atención pública en salud mental*, Madrid: Quipú ediciones.

Bion, W.R. (1963) *Learning from experience*, Londres: Heinemann [Aprendiendo de la experiencia, Buenos Aires: Paidós, 1975]

Caparrós, N. (1992) *Psicopatología Analítico-Vincular -I*, Madrid: Quipú ediciones.

Winnicott, D.W. (1953) "Transitional Objects and Transitional Phenomena" *International Journal of Psychoanalysis*, 34, pp. 89-97.

**IX. Reflexiones sobre la
contratransferencia en el
proceso de los grupos
terapéuticos (1997)**

Reflexiones sobre la contratransferencia en el proceso de los grupos terapéuticos

Cualquier aproximación que hagamos al conocimiento de los procesos que tienen lugar en los grupos terapéuticos nos sitúa ante el lugar central que ocupan los fenómenos contratransferenciales, ámbito en el que la verticalidad de los terapeutas se entremezcla de manera compleja con la horizontalidad del grupo y las verticalidades de los integrantes. Casi todo ha sido enunciado ya sobre este ámbito, pero nunca suficientemente desarrollado. De nuevo en esta ocasión se van a desgranar algunos conceptos que son familiares a la experiencia de todo terapeuta.

Partamos de definir a qué llamamos *contratransferencia*. Desde 1951, contamos con las destacadas reflexiones que efectuó Margaret Little (1), más allá de lo construido en su relación con D.W. Winnicott. Incluye Little los siguientes elementos, desarrollo de la idea de que la contratransferencia es la transferencia del analista: a) La actitud inconsciente del analista hacia su paciente. b) Los elementos reprimidos no analizados del propio analista que coloca sobre el paciente, de forma idéntica a aquélla en que éste «transfiere» sobre su analista los afectos sentidos hacia sus padres o sus objetos infantiles: el analista considera a su paciente (momentáneamente y de manera variable) como consideraba a sus propios padres u otras figuras destacadas de su infancia. (Hemos de recordar la obviedad de que en el grupo el analista ocupa una posición en la que se fusionan el espacio simbólico y real que ocupa ante los pacientes, lo que aboca a un juego de proyecciones e identificaciones proyectivas más potente y rápido en su presentación que el que se activa en la intervención individual). Pero Little continúa apuntando otros componentes: c) Cualquier actitud o mecanismo específico mediante el cual el analista descubre la transferencia de su paciente. (Encarando así el valor diagnóstico que tiene la contratransferencia, que en una posición radical podríamos entender

como la «única guía» que posee el terapeuta para conocer acerca del paciente). Little cierra su enunciado con una propuesta globalizadora, resumen de todas las anteriores: d) La totalidad de las actitudes y comportamientos del analista hacia su paciente, conllevando esto todas las actitudes conscientes e inconscientes (Little, 1951(1)).

El fenómeno de la contratransferencia aparece estrechamente unido a cualquier reflexión técnica en psicoterapia, ya que implica trazar las fronteras entre técnica y sentido de la experiencia en el terapeuta. Freud no ignoró la importancia y papel crucial del fenómeno, y un sinfín de figuras destacadas (siempre controvertidas) han aportado experiencias de su contratransferencia y el valor que ésta ha tenido en los tratamientos: Ferenczi y Rank, Alexander, Balint, Greenson, Winnicott, Little, Heimann, Rosenfeld, Anzieu, Kernberg, Casement, Bollas, entre muchos otros. Un eje común se refleja en todos ellos: han reconocido que la experiencia subjetiva vivida como terapeutas en la relación con sus pacientes ha sido, a la vez que un vector de conocimiento profundo, soporte y contexto de la técnica, que emana así del efecto de relación que se construye en el plano intersubjetivo del encuentro analítico.

¿Y dónde sino en el grupo la intersubjetividad se volverá no más central —que siempre lo es— sino más evidente? Sobre la contratransferencia en el grupo han venido a hablar todos cuantos han trazado modelos de proceso grupal. Se insinúa en Bion, aparece claramente en toda la línea que evoluciona de lo operativo a lo vincular (Pichon Rivière, Bleger, Bauleo, Kesselman, Pavlovsky, Caparrós, etc.), está privilegiadamente resaltada en Kaës, también en los grupo-analistas (Foulkes, Pines, etc.). Si en la escena bi-personal del encuentro terapéutico la contratransferencia no puede ser delimitada de la transferencia más que como concepto teórico, en el grupo es tarea inabordable e imposible. Los grupos internos de todos los partícipes y el grupo externo como escenario, forman parte así de una misma realidad psicológica a desentrañar en el trabajo grupal.

Aquí se matizan algunos componentes de los fenómenos de transferencia y contratransferencia. La «co-transferencia» (N. Caparrós; «transferencia lateral» en algunos autores), y la «inter-transferencia» (desde René Kaës a su matización más concreta), que definen las corrientes afectivas internas que surgen respectivamente en el equipo terapéutico y en el grupo de pacientes, que com-

pletan el interjuego transferencial que se moviliza en un grupo de psicoterapia analítica.

El interjuego de todos los vectores es múltiple e indefinible. Las interdeterminaciones se dan en todos los sentidos, subrayando la innecesaria distinción entre transferencia y contratransferencia. Las actitudes inconscientes, lo pre-verbal, la sonrisa, mueca o gesto, entonación, mirada, todo es exhibido y recibido en el terreno de las depositaciones e identificaciones entre pacientes y terapeutas. Estamos en grupo, la crisis del narcisismo es inevitable.

La escena grupal activa la voracidad que deriva de la omnipotencia, y pone a la vez los límites contra los que ésta se estrella. Terreno abonado para la reafirmación y gratificación narcisista, y lugar de precaria fragilidad, donde se mezclan las tentaciones de la fácil exhibición con el riesgo inminente de la herida narcisista. Para los terapeutas implica la demanda de una exquisita sensibilidad en cuidar a los pacientes entre dos escollos tan severos, a la vez que ellos mismos evitan desgarrarse en tan estrechos arrecifes de su propia identidad.

Nicolás Caparrós (2) clasificó las distintas relaciones que se dan con el grupo en presencia del Equipo terapéutico, considerando cuatro tipos de encuentros:

- El interpersonal (factor arcaico)
- El terapeuta con el grupo de pacientes (factor totémico)
- El terapeuta con el equipo (factor frático)
- El encuentro entre el equipo terapéutico y los pacientes.

Para este autor, el grupo terapéutico no es ni la extensión del individuo ni un simple microcosmos social. La comparación que se hace a menudo entre grupo familiar y grupo terapéutico deviene así inexacta. Se trata en cambio de los puentes de unión que vinculan grupo interno con grupo familiar, reactualizados en las transferencias, contratransferencias, co-transferencia e inter-transferencias, compleja red que deviene escenario de la intersubjetividad tal como se da el grupo terapéutico. No hay objeción a que el grupo terapéutico depare una complejidad estructuralmente mayor que el encuentro bi-personal.

A las complicadas relaciones entre identidad y grupo interno se les suma ahora el grupo real, espejo multiplicador de la identidad: quién soy y cómo soy visto por el grupo; cómo me vinculo con éste, reactualizando mi grupo interno y transformándolo en el curso del proceso grupal. Todos los mecanismos de defensa primitivos se

reactualizan en este cruce: introyección, identificación proyectiva, escisión, proyección y denegación. Los integrantes del grupo ocupan fantasmáticamente la representación de los objetos, aspectos parciales de los objetos, omnipotentes, escindidos, ambivalentes, pero también permitiendo poner a prueba ensayos de integración. El grupo deviene escena privilegiada para clarificar y confrontarse con las vicisitudes de la construcción objetal de la identidad. Y la escena grupal puede en sí misma, incluyendo la mediación terapéutica, ser el cemento que permite que fragüe la integración de la identidad.

Ante tan compleja realidad, de nuevo la contra-transferencia vuelve a ser «nuestra única guía». Tres lecturas del fenómeno contratransferencial se han ido abriendo camino en la descripción de lo que en definitiva es un proceso complejo, difícilmente clasificable. Tres vertientes contratransferenciales complementarias, que vienen siendo denominadas desde el punto de vista operativo y vincular, *consonancia*, *resonancia* y *disonancia* (2), (3).

El ámbito de la *consonancia* se da cuando la situación grupal o el discurso de uno o varios integrantes nos despierta afectos y representaciones que reconocemos como propios. La frontera entre la comunicación-escucha y la invasión de nuestra propia subjetividad se pierde, siquiera transitoriamente. ¿Nos pertenece? ¿Es idéntico o muy similar a? Lo conocemos bien...

Podemos aceptar que en este ámbito re-conocemos mejor aquellas ansiedades más analizadas, supuestamente controladas. La comunicación empática no está amenazada sino, por el contrario, asegurada, con el principal riesgo de anular el análisis por exceso de identificación. Todo está bien así, no toquemos nada más.... También podrá ser descrito como la situación más operativa, en la que parece fácil inducir la clarificación, potenciar la tolerancia a la confrontación, abriendo la puerta a la construcción interpretativa o a su precursor emocional.

La «estabilidad» del proceso grupal, el inmovilismo, el exceso de sensación gratificante entre los terapeutas, la percepción del grupo como «gran familia» en que todos se quieren y se cuidan ... finalmente todos buenos... apuntan signos de alarma de que los momentos operativos de consonancia en la contratransferencia han venido a ser sustituidos por la complicidad en el mutuo reaseguramiento frente a los riesgos de quiebra narcisista. El descentramiento se hace entonces imprescindible.

En este dominio de la *consonancia* podemos situar lo que Rubí (4) ha denominado *contratransferencia unánime*, o convergencia de afectos y sentimientos unánimes positivos o negativos entre los distintos terapeutas hacia uno o varios miembros del grupo, que resulta en impedir la lectura analítica y la necesaria distancia crítica frente al material. Si esta unanimidad se da con signo positivo es más difícil su detección, corrección y descentramiento, quedando él o los miembros del grupo sobre los que se deposita marginados de la lectura analítica del material. Si es de signo negativo se corre el riesgo de segregar al/los pacientes del grupo, actuándolo mediante intervenciones invasoras o descalificadoras, aunque la misma esencia de la contratransferencia negativa hace más obvia la necesidad de su análisis. Para evitar ambos riesgos ha de analizarse esta complementariedad del equipo terapéutico. La escucha diferenciada de discursos divergentes nos ayuda a encontrar un espacio de construcción de significados en el grupo, mientras que los discursos convergentes pueden llevarnos a la alienación y por lo tanto a la «supresión técnica» del equipo, que cae en un proceso marcado por el narcisismo, el sometimiento y la fusión.

Resonancia es la experiencia contratransferencial en la que el/los terapeutas experimentan afectos ante una situación grupal, perdiendo la capacidad de reconocer-se, sin nexo asociativo ni puente consciente alguno entre conocimiento y origen del afecto. Como ante todo afecto inconsciente activado, el terapeuta oscilará entre fusionarse y alejarse del objeto-paciente, identificación proyectiva pura o escisión. Algo suena en algún sitio, pero no sabemos dónde, cómo, con quién o por qué.

Implica una pérdida inmediata de la distancia analítica, al menos transitoria. Interrumpe toda atención flotante, la escena grupal es ahora «otra escena», en el ámbito del grupo interno inconsciente. En el terreno del grupo externo cabe el peligro del *acting*.

Peligrosa situación, pero también oportunidad de ruptura, donde hemos de esperar beneficiosa ayuda en la co-transferencia que nos permita un «tiempo muerto» interno propio, que nos abra a una escucha nueva, «descarrilada» de la permitida por la consonancia. Así pues, es también un momento de descubrimiento, de exo-actuación en la contratransferencia, que puede devenir en interpretación. Explorar, «dejarse ir» (5), esperar a que los interrogantes cobren sentido en la escena grupal a partir del decurso biográfico.

Disonancia, reflejo de la perplejidad y el bloqueo del terapeuta,

falta de afectos, sentimiento de extrañeza ante la situación grupal, efecto de puesta en marcha de mecanismos típicos ante las ansiedades psicóticas desplegadas: fragmentación, denegación y escisión; el vínculo con el objeto está amenazado o perdido.

Son muy variadas las circunstancias que reactivan estos mecanismos psicóticos en los terapeutas. Uno de los elementos es funcional: la extrañeza, la ajenidad, nos aporta un elemento diagnóstico esencial para detectar la peculiar naturaleza de la comunicación que con lo psicótico se establece. La imposibilidad o dificultad en la comunicación nos sitúa ante la esencia de lo psicótico en el interlocutor o en nuestra posición. Y en cualquiera de ambas posibilidades, detectarlo precozmente es crucial.

Las ansiedades más primitivas cobran cuerpo aquí, y el despliegue del narcisismo es casi la única protección, de ahí sus riesgos para el terapeuta, que habrá de trabajarlo en la co-transferencia, la supervisión o, eventualmente, el análisis personal.

Hay también otra disonancia a nivel superficial, la propia de la distancia social, cultural o generacional, que marca simplemente que el terapeuta es extraño al universo de significados que debería poder compartir con los pacientes, siquiera desde la diferencia. La tarea del terapeuta de grupo aquí es «acercarse» a las realidades que se entremezclan en el grupo. La incorporación del «afuera» y el dominio de sus claves son esenciales para cualquier progreso en la tarea grupal, entrecruce de los vectores de «curación» en los integrantes, y de «crecimiento» del grupo en su capacidad de ser soporte contenedor del desarrollo del proceso individuación-separación.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) LITTLE, M., «Countertransference and the patient's response to it», *International Journal of Psycho-Analysis*, [1951], 32, 32-40.
- (2) CAPARRÓS SÁNCHEZ, N., «Contratransferencia y proceso grupal», en A. ÁVILA (dir.), *Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico-Vincular*, Madrid, Quipú, 1993, Vol. 2, 77-88.
- (3) RIVERO, C., y otros, Resonancia, consonancia y disonancia en el equipo terapéutico, en ÁVILA, A. (dir.), *Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico-Vincular*, Madrid, Quipú, 1993, Vol. 2, 89-98.
- (4) RUBÍ CID, M. L., «Implicaciones de la contratransferencia positiva unánime en los co-terapeutas de grupo», en A. ÁVILA (Dir.), *Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico-Vincular*, Madrid, Quipú, 1993, Vol. 2, 99-108.
- (5) PAVLOVSKY, E., «Historia de un espacio lúdico», en ÁVILA, A. (dir.), *Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico-Vincular*, Madrid, Quipú, 1993, Vol. 2, 175-207.

* Alejandro Ávila Espada, Psicólogo, Catedrático de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Salamanca, miembro titular de la Sociedad Española para el Desarrollo del Grupo, la Psicoterapia y el Psicoanálisis (SEGPA) y del Grupo Quipú de Psicoterapia (Madrid).

**X. La transmisión de la
experiencia grupal y la
supervisión de las
intervenciones de psicoterapia
de grupo en la red pública
asistencial (1994)
(Con A. García y R. Prieto)**

La transmisión de la experiencia grupal y la supervisión de las intervenciones de psicoterapia de grupo en la red pública asistencial

Alejandro Avila Espada¹, Antonio García de la Hoz² y Rafael Prieto Cinto³

1. Planteamiento y ubicación de la experiencia

Esta contribución surge de la experiencia de supervisión desarrollada durante el período 1991/92 con los integrantes de los equipos de salud mental de la red pública asistencial de Málaga que incluían dispositivos grupales de tratamiento, bien mediante grupos terapéuticos abiertos para pacientes ingresados en las unidades de agudos de psiquiatría, mediante grupos terapéuticos periódicos para pacientes ambulatorios de los equipos de Salud Mental, o grupos terapéuticos periódicos realizados dentro del entorno de Comunidad Terapéutica.

Constituye al mismo tiempo la tercera etapa de un proceso discontinuo de formación especializada en Psicoterapia de Grupo, realizado con la mayor parte de los profesionales de la Salud Mental de la red pública malagueña. Una primera etapa -que duró dos años- estuvo dedicada a la formación teórica sistemática, combinada con experiencias de grupo conducidas bajo modelos de grupo operativo y grupo-laboratorio de aprendizaje. La segunda etapa siguió el mis-

¹ Catedrático de Técnicas de Psicoterapia en la Universidad de Salamanca. Miembro fundador del Grupo Quipú de Psicoterapia.

² Doctor en Psicología. Profesor ayudante de la Universidad de Salamanca. Miembro fundador del Grupo Quipú de Psicoterapia.

³ Psiquiatra del Servicio Provincial de Salud Mental de Málaga. Coordinador del Equipo de Salud Mental de Fuen-girola- Mijas.

mo esquema, pero implicó una mayor profundización en las modalidades clínicas del grupo, especialmente aquellas más adecuadas a las exigencias inmediatas que se planteaban a los profesionales en formación en los diferentes dispositivos y teniendo en cuenta las peculiaridades teóricas, técnicas y prácticas de los pacientes atendidos: psicóticos en fase aguda, neuróticos crónicos, trastornos de conducta en niños, o trastornos límites, narcisistas u otros. En esta segunda fase - que duró dos años- comenzó a trabajarse de forma paulatina, a partir de la experiencia real de trabajo en grupo con pacientes.

Un núcleo de profesionales de los dispositivos más interesados en la puesta en marcha o apoyo a programas de psicoterapia de grupo demandó la realización de una tercera etapa en la que continuando con el marco grupal precedente -formación en grupo- posibilitase el intercambio de experiencias, el debate y reflexión sobre la práctica, y la supervisión propiamente dicha de los grupos en marcha, con los profesionales-docentes que habían tenido a su cargo la formación. Se constituyó así, dentro del programa de formación ofertado para los Servicios de Salud Mental por el SAS de Málaga, un "curso" de supervisión-formación caracterizado por los siguientes elementos:

- Lo integran diferentes profesionales de la salud mental: Psiquiatras, Psicólogos, M.I.R. y P.I.R. en las respectivas especialidades, Trabajadores sociales, Enfermería especializada, Auxiliares de enfermería u otros.
- Se cuenta con un coordinador local del "curso" con experiencia en terapia de grupo.
- Proceden de todos los servicios de la red pública asistencial en sus diferentes niveles: Equipos de Salud Mental, Unidades de Agudos, Comunidad Terapéutica, entre otros.
- La supervisión se realiza a través de un dispositivo grupal: La supervisión grupal, que se describe en este trabajo, se ajusta a un esquema de sesión intensiva de cuatro horas.
- Hay dos supervisores, que actúan conjunta o indistintamente, psicoterapeutas de grupo con más de

quince años en la conducción de psicoterapias de grupo en diferentes modalidades.

La puesta en marcha de este proceso de supervisión-formación hizo evidente la necesidad de estructurar algunas pautas que hiciesen más sencilla la elaboración del material con el que se trabajaría en las sesiones de supervisión, reduciendo al tiempo la ansiedad evocada ante el hecho de la transmisión pública de la experiencia grupal vivida como coordinadores u observadores de grupo. Se prepararon así tres pautas-esquema para facilitar la tarea:

- Historia Clínica Individual Pre-Grupal
- Ficha grupal
- Pauta de transcripción de sesiones de grupo

La Historia Clínica Individual Pre-Grupal (véase Anexo I) es una breve ficha-historial que recoge la información clínica básica que se considera necesario conocer antes de incluir al paciente en grupo, y para la debida contextualización del material individual en el entorno de la sesión de grupo.

La Ficha grupal (véase Anexo II) recoge los principales elementos descriptivos del grupo, con especial énfasis en su ubicación institucional y contextual concreta, y las normas de encuadre.

La Pauta de transcripción de sesiones de grupo (véase Anexo III) fue elaborada posteriormente a partir de la experiencia espontánea de registro, transcripción y presentación de sesiones en la supervisión. Se trata de un conjunto de indicaciones para facilitar la tarea de los observadores y para la recogida más fiable de la experiencia grupal, en toda su riqueza. Se asume que el material primario son las observaciones registradas y auto-observaciones, posteriormente recogidas, de los co-terapeutas y observadores, y que sólo ocasionalmente se contará con material proveniente de registros magnetofónicos o en video.

Estos instrumentos de trabajo permitieron facilitar la tarea de supervisión, y pueden ser propuestos como elementos de interés técnico para las supervisiones del trabajo grupal. Consideremos ahora los principales rasgos de esta experiencia.

II. La transmisión de la experiencia grupal

La tarea de la supervisión del trabajo grupal es trabajar a partir de la experiencia grupal vivida por los coordinadores/terapeutas de grupo, con la contribución analítica y sintética de los observadores, para llegar a través de la praxis grupal conducida por el/los supervisores a un aprendizaje que permita re-pensar la práctica y orientar desde la teoría y la técnica las nuevas experiencias.

Es relevante deternos en la reflexión sobre las implicaciones que tiene la transmisión de la experiencia grupal. Supone un reto importante. Como casi todos los elementos a estudiar en el grupo, parecía obligado apoyarse de entrada en la experiencia, más consolidada, de la trasmisión de un informe clínico individual, aunque enseguida nos dimos cuenta de la enorme dificultad en seguir cualesquiera de los modelos al uso. Como se puede comprobar en los anexos a este trabajo, la información se ve considerablemente multiplicada, no sólo cuantitativamente, sino por la cualidad del material a abordar.

Siempre nos ha preocupado la transmisión del acontecer de un grupo terapéutico. Hemos realizado incluso algunos tímidos intentos (García de la Hoz, A. 1985 y 1990), siempre con la misma salvedad de entrada: Romper la BRECHA (Rodríguez) verdad/ciencia con la/s descripción/es de la/s sesión/es grupales conlleva inevitablemente una pérdida considerable de matices y de sentido, los cuales son en ocasiones la clave de las intervenciones de los integrantes, tanto de pacientes como de terapeutas de un grupo. Ello es debido a que la VERDAD del acontecer grupal supera con mucho a lo que de él podemos hacer uso para ese conocimiento formalizado que es la CIENCIA. Seguramente en la sesión individual ocurre lo mismo, pero, en nuestra opinión, en un grado mucho menor. Cuando nos proponemos "conceptualizar" lo ocurrido en las sesiones grupales debemos tener siempre presente la pérdida de "experiencia concreta" que ello supone, sino queremos vernos luego sumidos en la frustración de comprobar cómo lo que nos pareció luminoso y vivido, se queda, con una magnitud variable, en un relato frío, seco y oscuro.

Los coordinadores de un grupo han de tener presente las **tres historias** con las que se tienen que enfrentar: La his-

toria de cada sujeto individual, que poco a poco ha de irse reflejando en el grupo; la historia grupal misma desde la primera sesión y por fin, la historia social o microsocia que envuelve a cada integrante y al grupo. Nuestros filtros previos tratan de reflejar la mayor cantidad de información posible relativa a estas historias.

Antes de entrar a describir las circunstancias más sobresalientes de la experiencia de la supervisión, podría ser interesante añadir unas palabras adicionales sobre el hecho de la **transmisión de la experiencia clínica en general**, tanto individual como grupal, o cualquier otro encuadre terapéutico.

Los hechos clínicos son fundamentales para la explicación teórica. La impresión nuestra es que se está empezando a tomar conciencia de la importancia de unos buenos registros, de los que en general carecemos. ¿Qué podemos calificar como un buen registro? La respuesta a esta pregunta es difícil, por lo menos en forma asertiva. Es más accesible responder por el lado negativo. Creemos que no es exclusivamente un diario de sesiones, ni tampoco la teorización posterior del mismo. Pueden ser las dos cosas y algo más. Por ejemplo, propondríamos el famoso historial de Freud sobre el "Hombre de las ratas". Se acerca bastante a lo que queremos decir. Allí, en una lectura atenta, se observan fenómenos transferenciales, contra-transferenciales (lo que es más importante por su rareza), apuntes teóricos, esquemas vinculares familiares, en resumen, todo aquello que al lector le facilita la apropiación del texto.

Freud se quejaba de sus colegas vieneses (ver la "Introducción" al "caso Dora"), por su afición a ver más novelas en clave para entretener que contribución a la psicopatología de las neurosis, en sus historiales clínicos. Más por nuestra parte creemos que la queja no era del todo verdadera, pues Freud se sentía muy satisfecho de su capacidad literaria para relatar sus casos, y nosotros tenemos que sentirnos agradecidos por ello, y no reprochárselo como sus colegas vieneses. No hay más que remitirse al comienzo de la epicrisis del caso "Isabel R." en los "Estudios sobre la histeria", en unas palabras que citaremos por su importancia y porque deberían ser tenidas en cuenta a la hora de las descripciones clínicas:

"No siempre he sido psicoterapeuta sino que, como otros neuropatólogos me formé para el diagnóstico local y las rela-

ciones eléctricas y aun me emociona de un modo singular que las patografías que escribo se lean como novelas y que carezcan, digamos de la impronta seria de la científicidad. Debo consolarme que este resultado dependa manifiestamente más de la naturaleza del objeto que de mis preferencias; la diagnosis local y las reacciones eléctricas no se aplican precisamente al estudio de la histeria, mientras que una exposición minuciosa de los procesos psíquicos, como suele ofrecerla el literato, sí me permite obtener cierta visión de la evolución de una histeria aplicando unas pocas fórmulas psicológicas." (subrayado nuestro; Breuer y Freud, 1895).

"La naturaleza del objeto", es decir, de las patografías, de las historias clínicas en suma, es tal que un literato, un novelista lo alcanzaría mejor. Y Freud, que tenía alma de literato, nos lo da a entender en las palabras transcritas. Cada vez es más evidente que un informe clínico debe parecerse lo más posible a una novela que a unos protocolos fríos destinados a sesiones clínicas o congresos. Los buenos literatos tienen más oficio en el arte de presentar la naturaleza humana que los profesionales de la Psiquiatría o Psicología. Eso Freud lo sabía bien y gozaba en silencio (aunque se le escapasen de vez en cuando palabras como las anteriores), pues era conocedor de su pericia literaria.

Con lo dicho, queda claramente expuesto la dificultad de la tarea de transmitir la experiencia clínica de un grupo. Cara a la supervisión grupal era necesario el constituir un dispositivo que intentara recoger todo lo posible, procurando no perder demasiado en el hecho de la transmisión. Había que tener en cuenta además, que ésta iba a ser pública, presentada ante otros profesionales, a los que también había que implicar. Por eso pensamos en unos informes, más o menos pautados, (ver los anexos), que debían circular entre todos los integrantes del programa *antes* del momento de la supervisión. De esta forma todos conocían con anterioridad un aspecto del "material base" a presentar. Los modelos de informes fueron elaborados conjuntamente por todos los integrantes (supervisores incluidos) y se fueron mejorando a lo largo del desarrollo del programa.

No pensamos haber resuelto, ni mucho menos, LA BRECHA antes mencionada, ni creemos que se pueda resolver alguna vez de manera plenamente satisfactoria. Pero si pensa-

mos haber contribuido modestamente a que ésta sea un poco más estrecha

III. Reflexiones a partir de la experiencia concreta de las supervisiones del trabajo grupal

Por último destacaremos ahora algunos elementos que han aparecido de formar sobresaliente en las sesiones de supervisión efectuadas.

Hay que mencionar, en primer lugar, la necesidad sentida por el equipo supervisor de cierta forma de estructuración del material presentado. Eramos conscientes de la relativa falta de experiencias previas de este tipo en este contexto público, y por lo tanto, de la carencia de material bibliográfico en el que apoyarse. De alguna manera estábamos llevando a cabo una tarea novedosa en el campo de lo grupal. Lo pionero aquí no es, evidentemente, el hecho de supervisar el desempeño de los terapeutas de grupo, sino la articulación de una experiencia en la que se aúna supervisión y formación en grupo, de grupo y sobre grupo.

Una primera fase del programa estuvo constituida por las supervisiones concretas, que se simultaneaban con la labor de gestar unos modelos de registros de sesiones que fueran lo más operativo posibles para todos. La segunda fase correspondió a la puesta en ejecución de las supervisiones en base a dicho modelos, que se fueron mejorando paulatinamente. Pudimos comprobar la mejora en el intercambio grupal de toda la información y una mayor participación del colectivo en la discusión teórico-técnica, y pensamos que vino dada por un mayor grado de organización en cuanto al reparto de los materiales a supervisar.

La distribución previa de la Historia clínica individual pregrupal, la ficha grupal y la transcripción de las intervenciones verbales de pacientes y terapeutas de algunas de las sesiones más significativas a supervisar, contribuyó a facilitar la posibilidad de obtener un conocimiento previo y seguimiento más directo tanto de las sesiones grupales a supervisar como de la historia del grupo y de los integrantes del mismo por parte de los componentes del curso de supervisión.

El esquema de la transcripción de sesiones por el obs-

ervador fué solamente utilizada por alguno de los dispositivos participantes durante las reuniones posgrupales del equipo terapéutico.

Creemos que la utilización de los registros (señalados en los anexos I al III) podría resultar especialmente valiosa para el terapeuta de grupo en formación y para el neófito, dentro de un programa de supervisión.

Lo anterior podría asimismo servir de apoyo a dispositivos de la red pública asistencial que sufran una alta movilidad de sus integrantes. Los registros podrían hacer el papel de historia referencial que posibilitara la continuidad de algún trabajo grupal iniciado o permitir bajo dichas premisas la puesta en marcha de alguno.

En cuanto al lugar donde se realizaron las sesiones de supervisión, el "salón de actos" de la Unidad de Hospitalización breve correspondiente al Hospital Clínico Universitario de Málaga, creemos que lo más adecuado desde el punto de vista del encuadre hubiera sido que hubieran tenido lugar en el espacio físico del dispositivo al que correspondía hacer la presentación del material a supervisar. Aparte de por carencia de espacio físico suficiente por parte de algunos de los dispositivos implicados, no se hizo así por haber priorizado la mayor seguridad de obtener el material de los registros por lo menos en el momento del comienzo de las sesiones de supervisión.

La frecuencia mensual de dichas sesiones, con el paréntesis del verano de por medio, se consideró adecuada. Respecto al tiempo de duración de las mismas creemos que podría haberse extendido un par de horas más. Otros fenómenos grupales que observamos fue la reducción del clima persecutorio, la dificultad -relativamente bien resuelta- de integrar profesionales de distinta categoría profesional y experiencia, la frustración o la satisfacción por la variabilidad de los encuadres -en cuanto al lugar (Unidad de Agudos, Comunidad Terapéutica, Hospital, Centro de Salud, etc.), en cuanto al régimen temporal (frecuencia de sesiones, duración de las mismas: y en cuanto al propio equipo coordinador, no inmune a los cambios.

Referencias

- AVILA ESPADA, A. (1988) "La contribución del Grupo a la Psicología Clínica y Comunitaria" en Varios Autores: *El Grupo, lugar de encuentro y divergencia* Madrid, Ed. Grupo Quipú de Psicoterapia. Pags. 194-224.
- AVILA-ESPADA, Alejandro (Coord.) (1993) *Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico-Vincular*, Tomos I y II. Madrid: Quipú ediciones - Serie Textos.
- FOULKES, S.H. (1975) *Psicoterapia Grupo-Analítica. Método y principios* Barcelona: Gedisa, 1981.
- GRINBERG, L. (1976) *La Supervisión* Buenos Aires: Paidós.
- GRINBERG, L.; LANGER, M. y RODRIGUE, E. (1957) *Psicoterapia del grupo: Su enfoque psicoanalítico* Buenos Aires: Paidós.
- PICHON RIVIERE, E. (1978) *El Proceso Grupal* Buenos Aires: Nueva Visión.

Anexo I - Historia Clínica Individual Pre-Grupal

- Identificación:
- Sexo:
- Edad:
- Estado civil y condiciones asociadas:
- Figuras de convivencia habitual actuales:
- Nivel más alto de estudios cursados:
- Nivel de empleo más alto alcanzado:
- Nivel de empleo actual:
- Descripción del grupo familiar de origen:
- Descripción del grupo familiar de pertenencia actual:
- Diagnóstico clínico actual:
- Motivo de consulta a la admisión o ingreso (indicar fecha):
- Descripción de tratamientos previos a su derivación al grupo (Psicoterapia -modalidades y períodos-/ farmacológicos / ...):
- Salud física (indicadores relevantes):
- Criterios utilizados para su derivación a grupo:
- Factores de estrés actuantes actuales:
- Indicadores observados en anteriores tratamientos de grupo:
- Otros indicadores relevantes:

Anexo II - Ficha grupal

- Centro:
- Tipo de Dispositivo:
 - Atención Primaria
 - Centro de Salud Mental
 - Unidad Residencial de Agudos
 - Comunidad Terapéutica
 -
- Tipo de Grupo:
 - Abierto / Cerrado
 - Periódico / Ocasional
 -
- Características psicopatológicas dominantes en los integrantes:
 - Psicóticos / Límites / Neuróticos
 - Estados agudos / Intervención en crisis / Trastornos crónicos
 -
- Indicadores socio-demográficos del grupo:
 - Infantil / Adolescentes / Jóvenes / Adultos / Tercera Edad
 - Empleados / Parados / Amas de casa / ...
 - Analfabetos / Estudios Primarios / Secundarios / Formación profesional / Universitarios / ...
 - Edad media del grupo:
 - Rango de edades en el grupo:
 - Número de varones: / Número de mujeres:
 -
- Elementos de encuadre:
 - Periodicidad: Dos sesiones semana/ Semanal/ Quincenal/ Mensual/...
 - Duración: Horas cada sesión
 - Terminación: Prefijada a los x meses/ No fijada /....

Reglas, Garantías y condiciones expresadas:
 Secreto / Asociación Libre / Acting-Out / Abstinencia /

- Selección de integrantes:
 - Entrevistas previas / Derivación directa por los terapeutas / Derivación por admisión / ...
 - Procedentes de otros equipos / Procedentes del mismo equipo
- Equipo Terapéutico:
 - Co-Terapeutas: Identificación / roles profesionales y años de experiencia
 - Observadores: Identificación / roles profesionales y años de experiencia
 - Orientación teórico-técnica dominante en el equipo: Psicoanalítica (Bion/Foulkes/Operativa) / Gestáltica / Psicodramática / Conductual / ...
- Relación de integrantes:
 - (Nombre o identificador / Sexo / Edad / Diagnóstico clínico a la derivación / Fecha de entrada al grupo / ...)

Anexo III- Pauta de transcripción de sesiones de grupo

- Historia previa del grupo
- Encuadre formal inicial latente y manifiesto
- Elementos contextuales y de encuadre especiales en cada sesión (si los hay)
- Mapa de la sala de grupos y de la ubicación sesión a sesión de los integrantes y terapeutas⁴
- Transcripción de las intervenciones verbales de pacientes y terapeutas
- Indicadores no verbales recogidos por los observadores y te-

⁴ Véase el Anexo IV.

Esta obra compila una selección de los trabajos que derivan de cuarenta años de práctica grupal continuada. Se han incluido trabajos publicados entre 1978 y 2010, elaborados personalmente o en colaboración, y también en la preparación como compilador de algunas obras. En ellos se muestran nuestros referentes teóricos y técnicos, procedentes del pensamiento grupal vincular y latinoamericano sobre la praxis grupal en diálogo con las huellas de nuestra propia experiencia práctica. Se ha escogido una selección integrada por diez trabajos, en los que se despliega una progresión conceptual, técnica y aplicada.

Alejandro Ávila Espada (2020)