



Enfoque psicoanalítico del tratamiento de grupo

Henry Ezriel



A pesar de lo nuevo que es la psicoterapia de grupos, ya se utilizan casi tantas técnicas diferentes como en psicoterapia individual.

Todo trabajo científico debe ser precedido por una fase de desarrollo de métodos y de conocimientos; durante esta fase es muy útil que los terapeutas informen provisionalmente sobre sus experiencias y examinen lo que les parece efectivo y provechoso. Por ejemplo, las publicaciones de Bion (1948-1949) son un buen ejemplo de lo estimulante que pueden ser estas comunicaciones. Después del trabajo de Bion, algunos de los colegas que trabajan con grupos en la Tavistock Clinic intentaron aplicar una técnica estrictamente psicoanalítica.

No hemos tenido ocasión de comparar directamente nuestras técnicas, por ejemplo observando cada uno un grupo dirigido por otro, pero en nuestras discusiones hemos podido comprobar que mucho de lo que hacemos está basado sobre principios comunes. Sin embargo, tenemos algunas diferencias y la descripción siguiente aunque representativa de nuestra tendencia común tiene algunos rasgos que son esencialmente míos.

Mi primer grupo empezó hace un poco más de cuatro años y algunos de los miembros iniciales están todavía en tratamiento. Puedo decir solamente que he tenido un periodo suficiente para seguir algunos de estos pacientes y tener idea de la estabilidad de los cambios en su comportamiento, conseguido por éste método. Quiero precisar que yo no considero actualmente que esta técnica estrictamente psicoanalítica sea la sólo manera de ayudar a los pacientes. Es nada más que uno de los métodos posibles y se puede esperar que los psicoterapeutas del futuro lleguen a tener a su disposición un cierto número de técnicas efectivas y económicas para casos particulares en condiciones particulares. A menudo se cree que la terapia grupal ha sido imaginada principalmente para hacer accesible la psicoterapia a un mayor número de pacientes de este modo hacerla menos onerosa en tiempo y energía. Sin embargo, dudo que este factor sea el principal motivo del desarrollo de la psicoterapia grupal. Creo que el interés de los psicoanalistas para la aplicación de su método a grupos de pacientes deriva directamente del desarrollo de la teoría y práctica psicoanalítica, la cual llegó a un punto donde este paso era una consecuencia lógica. Dos tendencias principales psicoanalíticas parecen estar en relación con el desarrollo de la técnica grupal.

Tengo la intención de describir en otro artículo una teoría de la interpretación y de la personalidad basada sobre el concepto de relaciones de objeto.

En el presente artículo quiero mostrar solamente como he intentado aplicar estos dos conceptos psicoanalíticos teóricos y prácticos a los grupos.

La suposición básica subyacente a la utilización constante de las interpretaciones transferenciales es la siguiente: los pensamientos y actos en apariencia incoherentes producidos por los pacientes en una secuencia temporal forman un todo dinámicamente. Es decir, existe una fuerte dinámica común, una necesidad que provoca una tensión en la mente del paciente; éste busca descargarla estableciendo un cierto tipo de relación con su analista en el aquí y ahora de la sesión. Esta tentativa se considera como un caso particular de una tendencia más general, como una de las numerosas tentativas inconscientes hechas por cada individuo para establecer este tipo de relación con su medio ambiente. Tales necesidades están basadas sobre las fantasías inconscientes de sus relaciones con sus objetos internos (restos de sus conflictos infantiles no resueltos) transferidos a los objetos de su medio ambiente actual. Transferencia. En este sentido los fenómenos de transferencia son algo que cada uno de nosotros presenta, en diverso grados, en cada momento de su vida nuestras: interpretaciones particulares o, a veces, nuestras distorsiones del medio ambiente físico-social, son motivadas por nuestro sistema personal de necesidades inconscientes. Nuestro comportamiento es, por lo tanto, gobernado no solamente por necesidades conscientes o demandas ambientales pero también por necesidades inconscientes. El individuo busca disminuir las tensiones provocadas por estas necesidades inconscientes sea por actividades que sirven solamente este propósito, tales como síntomas o sublimaciones (ver por ejemplo el placer provocado por trabajos artísticos) o sea por actividades superpuestas a las que satisfacen sus necesidades conscientes o las demandas ambientales.

Los trabajos manuales pueden satisfacer a la vez necesidades prácticas y conscientes y además proveer gratificaciones «artísticas», es decir gratificar las necesidades inconscientes. De nuevo, los rasgos de personalidad que se expresan en las varias maneras de los individuos para llevar a cabo la misma tarea representan tentativas para disminuir las tensiones surgidas de las relaciones de objeto inconscientes; éstas se superponen a cualquier tarea consciente que el individuo puede querer realizar.

En la situación analítica aceptada por el paciente para satisfacer sus necesidades conscientes de tratamiento, la actitud no directiva del analista permite el surgimiento de todas estas necesidades inconscientes en las tentativas del paciente para establecer relaciones apropiadas con el analista. Strachey enfatiza esta relación aquí y ahora «que representa una interpretación mutativa o sea una interpretación que puede producir un cambio permanente en la personalidad del paciente» o como prefiero decir yo, cambiar sus necesidades inconscientes.

Strachey (1934) opinaba que las interpretaciones extratransferenciales (o sea las que no están en relación al «aquí y ahora») tienen cierta utilidad porque provocan situaciones en las cuales interpretaciones transferenciales pueden ser dadas.

Después, varios analistas (en especial Rickman, 1945, al cual sigo) tendieron gradualmente al uso exclusivo de las interpretaciones transferenciales.

Para ilustrar la aplicación de esta técnica, creo que es útil considerar primero algún material clínico de una sesión individual. Este material mostrará también como el comportamiento aparentemente irracional de un individuo puede ser explicado suponiendo la existencia de necesidades inconscientes surgidas de una relación de objeto incosciente. El paciente estaba en tratamiento desde más o menos dos años. En las sesiones anteriores habíamos discutido sus temores depresivos despertados por su conflicto de ambivalencia entre su deseo de proteger una pareja que él necesitaba por la satisfacción de necesidades diversas y su deseo de destruirla porque despertaba sus celos, frustrando sus deseos sexuales y excluyéndolo de la vida sexual de ellos. Se había hecho patente en la relación transferencial, que esta pareja, inicialmente la pareja parental, estaba ahora representada por la que formábamos mi enfermera y yo, en la fantasía del paciente.

La sesión empezó con referencias del paciente a mis comentarios de la sesión anterior sobre esta relación transferencial. Dijo que mis deducciones le parecían «extremadamente lógicas» pero que no estaba para nada conciente de sus deseos hacia «mi mujer». Entonces empezó a contar un episodio ocurrido durante el último fin de semana, cuando paseaba la tarde sobre el río con unos amigos. Una pareja, un amigo y su esposa, estaban remando y el hijito de ellos daba saltos en el bote y casi le hizo volcar. Añadió que esta escena le había trastornado mucho: de volcarse el bote, hubiese sido un verdadero desastre, la mujer no sabía nadar y el marido era mal nadador. Dijo «Aunque me hubiera tirado al agua para salvar al niño ¿que hubiera sido de la vida de la criatura si sus padres se hubiesen ahogado?». Después de un cierto silencio cambió de tema y se quejó de haberse metido en líos con sus amigos casados últimamente; al parecer provocaba problemas conyugales por lo que él llamaba su «pervertido sentido del humor». En forma jocosa flirteaba con la mujer delante del marido, convencido que las relaciones de la pareja estaban tan bien que su comportamiento sería tomado como un chiste, como era su intención. Sin embargo parecía tener una terrible habilidad para caer justo sobre algún punto delicado de la relación matrimonial y con frecuencia su inocente flirteo provocaba una situación de gran incomodidad. En la sesión cuando hablaba de este tema estaba acostado en el diván con los dedos entrelazados e intentando separarlos. Después mencionó que recientemente le había aparecido un ceremonial molesto: antes de dormirse siempre había puesto el despertador y su reloj pulsera en la misma mesita de luz, separados por algunos centímetros. Últimamente, no podía dormirse sin prender la luz varias veces para asegurarse que el reloj pulsera no tocaba el despertador. Se daba una explicación racional de este comportamiento suponiendo que las

vibraciones del despertador podían dañar al reloj pero él mismo se daba cuenta que no era la verdadera razón de su conducta por que se angustiaba demasiado cuando a veces quería renunciar a controlar la posición del reloj. Además, estaba preocupado por la naturaleza compulsiva de este control porque el número de veces que tenía que hacerlo iba creciendo. En este momento de la sesión empezó a fumar y a poner el fósforo en el cenicero, maquinalmente apartó el libro que estaba cerca de este último. Finalmente, me pidió que despidiera a mi enfermera porque no le gustaba su cara de «idiota». Empezando por las suposiciones mencionadas anteriormente, siempre me pregunto ¿qué motivos tiene este paciente para comportarse (actuar o hablar) consigo de esta manera, en este momento? En otras palabras, ¿qué papel busca inconscientemente hacerme representar, qué tipo de relación intenta establecer conmigo inconscientemente? Si intentamos descubrir alguna pauta común en los pensamientos y otras manifestaciones de este paciente podemos ver que excepto en las dos primeras asociaciones tiende a separar dos objetos, sus dos manos, el libro y el cenicero, el despertador y el reloj pulsera, el marido y la mujer, yo mismo y la enfermera. Aunque no hubiese hecho esto tan evidente al mencionar la enfermera, hubiera sido justificado afirmar que estaba intentando separarme de «mi mujer» con tal que la suposición básica mencionada anteriormente sea correcta, es decir que su comportamiento manifiesto total durante la sesión se refiera de cualquier manera a la relación en el «aquí y ahora» y conmigo.

La primera comunicación de este paciente en esta sesión se refiere también a esta relación, así indica que está inconscientemente preocupado por los conflictos que le provocan los celos despertados por la presencia de una pareja. La segunda asociación describe el desastre que debe acaecer a un chico que da libre curso a sus deseos de poner en peligro la vida de sus padres. En las dos primeras asociaciones describe una relación de objeto en la cual alguien (él mismo) se enfrenta con una pareja. En la primera, muestra su preocupación por los celos que inconscientemente intenta negar mientras que, en la segunda revela una actitud destructiva frente a esta pareja y sus posibles desastrosas consecuencias. Tanto tiempo como no se debe materializar tal relación de objeto (la expresada en las dos primeras asociaciones y capaz de llevar la pareja a su destrucción) el paciente permite que la segunda relación de objeto, el deseo de separar la pareja se lleve al acto. Vinculando estas dos relaciones de objeto de manera dinámica, podemos decir que el paciente siente la necesidad de separar la pareja porque al verla unida le despierta celos que lo impulsan a actos destructivos de consecuencias desastrosas. Así podemos explicar la necesidad del paciente de separar dos cosas, una necesidad para la cual no puede dar ningún motivo racional valedero, suponiendo la existencia de su mundo de las siguientes fantasías inconscientes: estar delante de una pareja que le provoca celos y que desea destruir.

TENSION COMUN DE GRUPO Y PAPELES INDIVIDUALES EN EL GRUPO

Traje este relato de una sesión individual para ilustrar la aplicación de una técnica de interpretación rigurosamente transferencial y para mostrar la hipótesis de que un individuo, encontrándose con otro, intentará establecer un tipo de relación tendiendo a disminuir la tensión provocada por sus relaciones con sus objetos inconscientes. ¿Qué pasa cuando varias personas se encuentran, como en la reunión de unos pacientes en un grupo terapéutico? Cada uno trae a la sesión su relación con los objetos de su propia fantasía inconsciente, relación que es dominante en su psique en este momento; él, inconscientemente desea «actuarla» manejando los otros miembros del grupo y colocándolos en ciertas posiciones, como peones de su particular juego de ajedrez.

a) Ya se planteó el caso del tratamiento individual en el cual el analista (excepto cuando intenta hacerle asumir «su rol» que le permite descargar sus tensiones inconscientes (del analizado).

b) La situación grupal es en cierta forma diferente; porque, si bien es cierto que el analista asume un papel pasivo, los otros miembros del grupo no son en ninguna forma pasivos. Entonces, ¿qué significa el comportamiento de un compañero para otro miembro del grupo? Aún en la práctica individual, hay a veces incidentes que nos permiten ver cómo, «actuaciones ocasionales» por parte del analista, se incluyen en las fantasías inconscientes del paciente. Por ejemplo: un paciente individual, una vez que le hice esperar varios minutos, inició la sesión diciéndose que uno de sus parientes había estado en la lista de espera de un hospital durante mucho tiempo y se largó en una diatriba contra la administración de los hospitales. Después se quejó que tenía que esperar colectivos y que el chofer le impedía subir cuando por fin llegaba el vehículo. Después, me contó que la noche anterior había tenido un sueño de angustia en el cual salía con un amigo y una joven conocida que le gustaba a los dos. De repente el amigo y la joven se alejaban y les decía que iban a volver pronto; pero le hicieron esperar hasta que, impaciente, salió al pasillo para buscarlos. Llegó a una puerta cerrada y oyó que los dos estaban teniendo relaciones sexuales detrás de la puerta. Se disgustó y sacudió el picaporte, pero de repente vio a su amigo detrás de él emenazándolo con un gran palo. (Dejo de lado varios detalles en el relato de esta sesión que no me parece necesario transcribir).

Recalqué el deseo del paciente de interferir con las relaciones sexuales entre otro hombre y una mujer y su miedo a realizar este deseo porque el hombre le iba a atacar. Le dije que parecía tener algo que ver con nuestra relación, por el énfasis que había puesto sobre el esperar despertando celos. El esperar jugaba un papel en sus asociaciones sobre los hospitales en los cuales no se le atendía, los colectivos en los cuales no se podía viajar por las objeciones del conductor, en su sueño, y finalmente yo le había hecho esperar también este

día; quizás me tenía celos pero temía ventilar sus sentimientos por lo que yo le podía hacer. Su contestación fue: «Pensaba, cuando Ud. salió del consultorio con su paciente, ¡ qué linda chica era y qué bueno debe ser, ser médico y tener conversaciones íntimas con chicas así !» Después de un corto silencio agregó: «Cuando entré esperaba que me iba a olvidar de este pensamiento pero en realidad no estaba enojado con Ud., hoy , por haberme hecho esperar». Después de otro silencio añadió: » Ahora pensándolo mejor., estaba enojado con Ud. la semana pasada cuando me hizo esperar, pero no se lo dije».

Lo que quiero recalcar aquí es lo siguiente: aunque este paciente me había esperado en varias ocasiones y que muchas veces me había visto salir del consultorio con la misma paciente, estos actos míos han tenido especial significación este día por la fantasía inconsciente dominante en este momento, la cual había encontrado su expresión en el sueño de la noche anterior; también el comportamiento de los compañeros de grupo parecen tener un efecto similar ante las actuaciones del analista; actúan como el estímulo de un test proyectivo, por ejemplo las láminas del Rorschach o del T.A.T. que hacen aparecer en la mente del testado reacciones nacidas de sus fantasías inconscientes. El contenido manifiesto de las discusiones en un grupo puede abarcar prácticamente cualquier tema. Pueden hablar de astronomía, política, filosofía o también de psicología, pero la suposición básica esencial del trabajo psicoanalítico en grupo es la siguiente: cualquiera que sea el contenido manifiesto se desarrolla rápidamente un problema grupal común subyacente, una tensión grupal común inconsciente para el grupo, pero que determina su comportamiento.

Esta tensión grupal común parece representar la que me gustará llamar el denominador común de la fantasía inconsciente dominante de todos los miembros. Al principio de la sesión siempre hay algún tanteo cuando algún miembro del grupo que parece sentir una necesidad especial para hablar, promueve uno que otro tema. Probablemente, porque nadie puede encajarlo dentro de su fantasía inconsciente en este momento. Si al contrario, el comentario puede encajar (como el incidente de la espera y de mi salida del consultorio con una paciente en el ejemplo anterior y «tomar contacto» con la fantasía inconsciente de algún otro y, quizás en la de un tercero, entonces gradualmente el tema «prende» y llega a ser el tópico inconscientemente determinado del grupo hasta que la interpretación siguiente provoque el cierre de esta fase particular de la sesión.

Parece ser que esto se produce cuando algún aspecto del tema en discusión representa algo en relación con la fantasía predominante en la mente de cada miembro. Desde mi punto de vista, al enfrentarse con esta tensión grupal común (en una sesión o parte de ella) cada miembro del grupo asume un rol particular determinado por la estructura de su personalidad y por sus fantasías personales de las relaciones del grupo. Es por el análisis del rol que cada

participante adopta cuando se enfrenta con la tensión común grupal, en el «drama» representado en esta sesión por el grupo como un todo, que podemos mostrar a cada participante sus particulares mecanismos de defensa para enfrentarse con su propia tensión inconsciente dominante; lo hacemos de la misma manera que en una sesión analítica individual.

Para dar un ejemplo: en la primer parte de una sesión una paciente había hecho una observación sobre el comportamiento del grupo, observación que yo ratifiqué cuando di una interpretación a todo el grupo más tarde. En seguida que terminó de hablar un hombre hizo notar inmediatamente mi conformidad con lo dicho por esta paciente y agregó que yo la estaba favoreciendo. Después hubo un silencio de varios minutos y de repente un paciente sugirió que se podría hablar de política. Otro hombre agarró la propuesta y comenzó una discusión sobre los méritos respectivos del comunismo y del socialismo y aunque tales ideas fueran completamente inhabituales en este grupo, en esta sesión particular todos los hombres y una mujer parecieron haberse vuelto comunistas. La conclusión principal era que la democracia «política» sin democracia «económica» era en realidad una forma disfrazada de dictadura. Remarcaron especialmente que el director de una fábrica podía siempre echar gente como quería y aún seducir a su dactilógrafa. La paciente de la cual hablé antes quedaba silenciosa pero parecía turbada y molesta. Otra paciente, estuvo de acuerdo con los hombres; la tercera paciente, sin embargo, discutió; pensaba que estas ideas comunistas eran solamente una forma disfrazada de codicia que no se debía tener, que toda la miseria del mundo y todas las disputas y las guerras derivaban solamente de la codicia porque la gente no podía tolerar que otro tenga algo que ellos no tenían. La discusión se hizo cada vez más calurosa y de repente se cortó. Después de un breve silencio, alguien empezó a burlarse del paciente más débil del grupo y pronto estas burlas se transformaron en ataques muy desagradables. ¿qué problema inconsciente estaba tratando el grupo en esta sesión? Cuando me hice mi habitual pregunta analítica: ¿Porqué dicen estas personas estas cosas en éste momento? la contestación fue obvia. El problema común grupal era mi «flirteo» con la paciente «favorecida». El director de la fábrica que podía echar el personal y también seducir a su dactilógrafa era obviamente yo mismo «favoreciendo» (como alguno lo señaló) una de las pacientes. El del señalamiento, sea dicho de paso, era el mismo paciente que en muchas ocasiones anteriores, había puntualizado que no se me podía criticar porque podría yo denegar el tratamiento a cualquiera que me hubiese criticado, eliminándole del grupo e impedir además que integre cualquier otro grupo de la clínica. Estaba claramente en la fantasía de los hombres que yo podría «seducir» una paciente con mi posición de terapeuta (el propietario de los medios de producción, el que podría dar o negar tratamiento) y al parecer estaban ofendidos de estar ellos impedidos de hacer lo mismo. Además, las mujeres del grupo parecían preferirme por ser yo «el propietario de la fábrica de tratamiento», que tenía para ofrecerle algo que ellas necesitaban mucho.

La paciente que había seguido la opinión de los hombres, era una mujer que en muchas sesiones anteriores había abiertamente manifestado afección por mí; al parecer estaba muy fastidiada y celosa que yo le prefiera otra mujer. Dicha paciente «favorecida» parecía sentir inconscientemente que el ataque iba dirigido no solamente contra mí pero también contra ella y por eso guardaba silencio incómodo. Y, finalmente, la paciente que acusaba a los otros de voracidad (codicia) tenía grandes problemas con la propia voracidad inconsciente, expresada en un síntoma: su inhibición para comer delante de ciertas personas. Su comportamiento grupal era claramente una formación reactiva, una tentativa para negar la propia voracidad, para combatir esta parte suya que sentía tan voraz que podía ponerla en apuros. En fin, el ataque contra el miembro más débil del grupo después de la discusión política era un claro desplazamiento de la hostilidad que yo provocaba, porque el grupo temía menos las consecuencias del ataque a este individuo que a mí. Cuando hice estas interpretaciones al grupo, la mujer que había adoptado las ideas comunistas admitió abiertamente sus celos; por otra parte los hombres se largaron contra mí abiertamente también y empezaron a criticar mi tratamiento, su «inutilidad», mi llegada tarde ocasional a una sesión, etc.

Antes de seguir con las conclusiones teóricas y prácticas, traeré otro ejemplo clínico que al mismo tiempo mostrará como manejar el grupo en una primera sesión. Es un apunte taquigráfico, abreviado pero no alterado. Este grupo es el solo que empecé presentando los miembros del grupo uno al otro y diciendo unas breves palabras sobre lo que esperábamos del tratamiento de grupo: Aclarar los motivos de las dificultades de los pacientes; agregué que todos los tópicos de discusión estaban permitidos. El grupo está compuesto por cuatro hombres (M) y cinco mujeres (F). M2-F2 y F5 son casados, los otros, solteros. Mi introducción estuvo seguida de un silencio de tres minutos (M1 entra durante este silencio).

F2 – Supongo que esperamos que alguien diga algo.

F3 – ¿Qué quiere que hagamos? ¿Quiere que larguemos todos nuestros problemas? ¿Que expliquemos todas nuestras dificultades? ¿O no tenemos que hacer eso? Si es así, el primer problema que quiero resolver es ser capaz de hablar en público, de dar conferencias. ¿Quiere que expliquemos nuestras dificultades o ya las conoce Ud.? ¿Algún otro tiene problemas para hablar en público?

M2 – Pienso que es bastante común en la mayoría de la gente. No gusta en general ponerse en evidencia.

M4 – Pero tiene que admitir que es una cosa muy molesta. En ciertos trabajos se debe corregir esto de cualquier manera sino no se podrá ir lejos...

M2 – No. ¿Hay diferencia entre hablar sobre un tema técnico o hablar a la gente personalmente?

M4 – No pienso que sea importante si Ud. conoce el tema... Claro, si Ud. no sabe de qué habla... es más difícil... Alguien que tiene tendencia a ser algo nervioso delante de la gente no piensa realmente lo que dice... Tiene tendencia a ponerse algo confuso... como me estoy

poniendo yo ahora...

M2 – Dr. E... ¿su papel es pasivo o podemos contar con Ud.?

Dr. – F, ¿Qué le parece?...

M2 – Me parece que sería muy buena idea que Ud. actúe como punto de referencia. Entonces si llegamos a oponernos podría Ud. arbitrar...

M4 – Eso debe hacer más fácil la situación...

F2 – No piense que el Dr. quiere eso... Pienso que si llegamos a pelearnos el Dr. quiere que nos arreglemos solos... Alguien – ¿Por qué pelear? ¡ Esto no es la Conferencia de la Paz !

M2 – Entiendo que en este grupo podemos hablar de cualquier tema. Ningún tema así prohibido. Por lo tanto , hablar de temas que habitualmente la gente no trata, temas sobre los cuales hay más desacuerdo. (corto silencio)

F2 – Disculpen ...He cortado la discusión...

M4 – No... Todos lo hemos hecho, supongo...

M2 – No quiero cambiar el tema... Volviendo a la dificultad para hablar. Yo sigo pensando que es diferente según el tema que hay que tratar...

F5 – No creo. Porque uno no piensa realmente en lo que está diciendo... Uno piensa todo el tiempo alrededor de sí mismo, entonces vuelto a casa uno piensa en todo lo que hubiera podido decir... Alguien- Una especie de complejo de inferioridad...

M2 – Cuando se dice que alguien tiene un complejo de inferioridad se dice en el sentido que tiene un sentimiento de inferioridad. ¿Pero en qué sentido es uno inferior? ... (Al Dr. E.) Tenemos que considerar eso como un complejo alrededor de una cosa especial , ¿o no?

F4 – El grupo no sabe si debemos adoptar una cierta conducta durante la primera fase del tratamiento. Siento como si quisiera ser arrastrada durante los primeros pasos. (Parece un poco resentida)

(Negándose a contestar las preguntas y devolviéndolas al que pregunta, evito que el grupo me ponga en rol de líder autoritario, lo que intentan hacer....)

Señalo al grupo que desean la presencia de una persona responsable de lo que podría pasar. Temían que, de no existir tal resguardo, la libre expresión de sus problemas podría llevar a luchas peligrosas en el grupo. Agregué que les molestaba el hecho de que yo no aceptase el papel de esta figura controladora. Señalo especialmente que M2 parecía temer más que el resto del grupo, sus propios impulsos hostiles.

F2 – No se puede esperar que actuemos con espontaneidad. Desde nuestra más tierna infancia nos están repitiendo que uno debe controlarse, que no se debe hablar antes de que nos hablen, etc... Por eso adultos, nada de lo que hacemos es un acto espontáneo y es muy poco habitual en nuestra civilización decir algo espontáneo o impensadamente. Estoy de acuerdo con el Dr. E.. Hay un leve resentimiento contra él. Siento que Ud. hubiera tenido que hablarnos un poco más...

F4 – Pienso que estamos todos de acuerdo que nos dejó sobre ascuas, a la intemperie...

M2 – Esta sensación que tenemos puede provenir de que el Dr. E. está sentado aquí y no dice nada. Como si estábamos todos amontonados delante de un altar... (Dios – la esfinge) aumento de asimetría.

(Estas y otras observaciones similares sobre la actitud más observaciones ligeramente ansiosas y molestas provocan risas).

M2 ó M3 – Después de todo, yo sé que el Dr. E. sabe mucho más que nosotros sobre estas cosas particulares y entonces nosotros podemos estar resentidos de que no diga nada, con la idea de que quizás está revolviendo en su mente lo que decimos... (Persecución) (Silencio sorto)

F2 – ¿Encontaremos un tema que nos de un camino para ir adelante?

M2 – Pienso que es una idea excelente pero no veo como vamos a elegir un tema... (Silencio muy prolongado)

F2 – Esto se está transformando en un test de paciencia...

M1 – ¿Alguien puede decir en qué tiene interés? Yo llegué tarde y por eso no se realmente lo que se supone que debe ocurrir...

F2 – No sabemos nada más que Ud.

M1 – Supongo que no debemos hablar de política...

F2 – Nada está prohibido... bueno, ¿que es lo que le interesa a Ud.?

M1 – La música clásica...

Esta respuesta estuvo seguida por más o menos veinte minutos de discusión sobre la música, cómo clasificarla, si el jazz debe estar puesto al mismo nivel que la música clásica o no...

Tres pacientes F1 – F3 – F4 quedaron silenciosas. Las comunicaciones que me parecieron dar especial luz sobre las personalidades de lo que las hicieron, fueron sobre todo las de M1 y M3. M1 se sometía a cada uno que «le buscaba», intentaba abrigarse siempre detrás de algún protector fuerte, supuestamente responsable de las actuales opiniones de M1.

Cuando por ejemplo, agredido por M3 que dijo que la definición de música clásica podía aplicarse también a la músicaailable, M1 replicó excusándose:» Aprendí eso de mi profesor de música en la escuela. ¿Piensa Ud. lo mismo? No estudié eso en realidad suficientemente para ser capaz de aplicar esta definición a la músicaailable». O cuando M3 le preguntó (siendo él partidario del jazz) de manera provocativa, por qué M1 prefería la música clásica contestó: » Cuando tenía 9 años mi maestro en la escuela puso un disco de Mozart que me gustó mucho. Esta semilla que recibí a los 9 años quedó y poco a poco me gustaron otros compositores». M3 por otra parte se revoltaba contra algunos «potentados» privando supuestamente al «pueblo» de algo bueno que se reservaba para ellos como privilegio (hizo por ejemplo varias reflexiones sobre la restringida difusión de la música clásica entre la «clase baja») y por otra parte apoyaba el jazz contra la música clásica opinando que el jazz era un medio de expresión de emociones sin freno especialmente para los «oprimidos» con los cuales se identificaba: «la base del jazz es la siguiente: hay una orquesta y cada ejecutante

expresa sus sentimientos propios con su instrumento; no hay tema» y » se puede dar sentido político a la música. El jazz es el medio de expresión del oprimido y del proletariado pero en la clase media se conoce y desarrolla la música clásica».

Refiriéndome a las comunicaciones de varias personas pero especialmente de M1 y M3, dije al grupo que habían decidido hablar de música porque querían evitar cualquier tema que pudiera hacer surgir la hostilidad en el grupo. M1, por ejemplo, había dicho: «No debemos hablar de política». Mi señalamiento permitió a M1 expresar más claramente sus sentimientos y me interrumpió diciendo: «Cuando pienso de política, pienso que podríamos hablar tres cuartos de hora sin llegar a nada. Podemos hablar más tranquilamente sin gritar y probablemente llegar a algo».

Continué diciendo que la música quizás reemplazaba a algo que deseaban mantener para ellos pero que no podían conseguir por culpa de alguna autoridad. (Por ejemplo, lo dicho por M3 sobre «la restringida difusión de la música clásica en las clases más bajas»). Debían sentir que su pretensión despertaría agresividad entre ellos especialmente contra mí también, la figura autoritaria del grupo. Por esta razón sentían más fácil disfrazar sus deseos hablando de música, un placer socialmente aceptado porque sus deseos reales no estaban quizás, por alguna razón, tan admitidos socialmente. Finalmente señalo las actitudes particulares de varios miembros del grupo mientras discutían el problema M1 y M3 representaban los polos opuestos mientras otros se colocaban varias distancias entre ellos. Después de la respuesta de M3: «Mucho de esto es muy cierto», la discusión siguió:

M1 – En nuestro club de música hay un individuo que está loco por Sibelius y si alguien dice que le gusta Tchaikovsky inmediatamente se larga contra él. «Oh, puede Ud. escuchar esto, llama Ud. a esto música !!! Yo no puedo hablar tan bien como él porque no se nada del lado técnico. Esto es el primer punto. El segundo es: ¿Es justo que algunos tengan capacidad para hablar?

M4 – Eso es más importante que saber algo alrededor del tema.

M2 – Pagamos 5,000 libras por año a genta para hablar mucho de cosas que no entienden...

M1 – ¿Piensa Ud. en el gobierno socialista?...

M2 – No... A veces hablan de lo que saben...

M1 – Pienso que mucha gente sabe mucho sobre muchos temas sin embargo no pueden hablar. También al revés. En la oficina hay un individuo con acento de Oxford y con eso puede adelantar. Otros saben tanto como él y pueden hacer tanto como él; pero él tiene esta manera de hablar y con esto impresiona a la gente. Me dí cuenta de algo: si en el trabajo uno dice: » No se de este tema», no le dan bolilla... Pero uno da una opinión como si sabía de que se trata, entonces le dejan hacer lo que quiera... No es que he sido capaz de poner este sistema en práctica yo mismo... Pueden pensar que estoy haciendo exactamente lo mismo ahora... Habló demasiado rápido... Pero estamos aquí para decir lo que pensamos y el Dr. E. me deja hacer... Así... Aguántese... (Risas).

M2 – ¿Podemos continuar nuestra discusión donde la hemos dejado?

F2 – Podemos hacer lo que queramos...

M1 – ¿Para qué estamos aquí?... Estamos aquí para hablar de lo que queremos...

M2 – Siento que el Dr. E es un estorbo para el grupo... Sería mejor que estuviera escondido detrás de la pared; nos observaría a través de una ventanilla o algo así...

F5 – Pero sabríamos también que está aquí y escuchándonos...

F2 – Si no no tendríamos nadie para recoger lo que decimos...

M2 – Lo que molesta tanto es justamente eso...

M1 – Lo tiene que hacer, sino no necesitaría estar aquí...

M2 – Bueno, no sabemos exactamente porqué está aquí...

M1 – Tiene que hacer eso, sino sería un miembro más del grupo y alguien tendría que tomar su papel...

M3 – Si hacemos un «elogio fúnebre» del Dr. E. después de cada frase dicha, entonces los silenciosos quedarán en silencio y los que hablaron se quedarán tan ofuscados que no dirán más nada...

M1 – ¿A que vamos...? Yo se que todos tenemos algo que anda mal...

F2 – El Dr. E. nos habló algo antes de que Ud. llegara (Repita un resumen de mis palabras iniciales).

M1 – En otras palabras, tenemos que modelar este grupo a nuestras vidas cotidianas... (Aquí hay una observación de alguien alrededor de ser anormal).

F2 – No me gusta la palabra anormal... El médico que me mandó aquí dice que probablemente el 99% de las personas que le vienen a ver están desubicadas y la ayuda psiquiátrica es lo que realmente necesitarían...

M1 – ¿Cree Ud. que es así?...

F2 – Si. Hay mucha gente como yo o peor pero no hacen nada para cambiar...

M3 – (Enojado) Está buscando excusas para ser neurótico y no veo porque tenemos que excusarnos...

M1 – Pensando que hay personas peores que yo pero que no hacen nada para curarse me hace sentir mucho mejor...

F2 – Sabía que el número de gente que tendrían que tratarse psiquiátricamente es elevado pero no tanto como el 99%...

M4 – ¿No son todas las enfermedades principalmente psicológicas?

F4 – Es lo mismo que con las enfermedades de la vista... Mas o menos el 10% de la gente que cree tener una vista normal no la tienen, teniendo en cuenta que «normal» no es equivalente a «término medio».

M1 – ¿No creen que estamos aquí porque sino un día, haríamos una locura como tirarnos de un puente?

F4 – Es por esto que estoy aquí, justamente...

M4 – No tengo ninguna idea de tirarme de un puente pero pienso viniendo aquí mejorar mi eficiencia. Uno siente que necesita un poco de reajuste y pide ayuda...

F5 – ¿Quiere decir que eso no le molesta?...

M4 – Claro que sí... Pero no todo el tiempo. Creo que nunca me tiraría de un puente tampoco; solamente me iría a un país extranjero para vivir una vida sin sentido. Eso no es ningún propósito de suicidio...

F5 – Ninguno... Claro....

M4 – Sin embargo, digo yo, es escapar de esta vida si es asustado de ella...

F2 – ¿Alguien vino aquí para un problema físico?

M1 – Lo mío es parte psicológico y parte físico... El cambio de temperatura me afecta. Cuando el tiempo es pesado muchas veces me pongo a transpirar... Se agravó después de haber ido a India...

F5 – Esto me molesta también...

M4 – ¿Le gusta un día frío con viento?.

F5 – Sí...

M4 – En seguida que uno se acalora y hierve se corta la corriente del pensamiento y uno se pierde...

M1 – Pensaba que sería una buena idea si cada uno decía por qué viene aquí... así podríamos ponernos a trabajar en serio.

M4 – Sí, podría ayudar...

M1 – El 90% de la gente piensa que somos destornillados. Frecuentemente la gente me lo dice... si estamos al tanto, dejaríamos de preocuparnos...

F5 – Uno piensa que es ridículo pero no puede sobreponerse...

M1 – He tenido una depresión nerviosa hace tres años y luché duro desde entonces para no recaer.

F5 – Todo el tiempo uno está pensando en eso... Aquí está el problema: intentar luchar todo el tiempo. Si se podía olvidar sería mejor.

M1 – No sirve. Estaba en otro trabajo y odiaba el lugar. Estaba mucho peor mi problema. Pero de daba lo mismo contarle o no. Ahora tengo un buen empleo y todo es diferente. Necesito solamente un poco de ayuda para volver a la normalidad de antes...

En este punto, llamé la atención al grupo sobre el dilema en el cual se encontraban en su relación conmigo y del cual intentaban salir ocupándose de sus neurosis. Por un lado, sentían envidia, celos y hostilidad hacia mí, por mi «alta posición» de líder del grupo, posición privilegiada con una autoridad que me permitía según ellos conseguir ciertos placeres que yo les vedaba a ellos la «clase baja», los miembros comunes del grupo (Ver anteriormente «el hombre con el don de la palabra», que obliga a la gente a escuchar sus discursos «el hombre con el raro acento de Oxford que «camela» (engaña) a la gente»etc.. Por otra parte esta hostilidad que les lleva a desear deshacerse de mí les da miedo (F2 – «Desearíamos no tener nadie para enregistrar lo que decimos») porque me necesitan mucho como «el Doctor», el hombre que puede tomar a su cargo el grupo y darles ayuda, protección, salud es decir, felicidad. Escapan de este dilema hablando de sus síntomas. El sentimiento de culpa que les

provoca su neurosis y el énfasis que ponía durante la conversación anterior en su lucha contra los síntomas parece entonces deberse a lo siguiente: la neurosis tapa los sentimientos agresivos contra mí, nacidos de sus deseos de recibir gratificaciones prohibidas a sus necesidades antisociales. «Antisocial» y «prohibido» pero que yo, el poseedor de la autoridad no les permito (en su fantasía) la gratificación ; esta se volvería posible solamente después de derrotarme.

Cuando terminé mi interpretación estábamos sobre la hora. Después de un corto silencio F2 dijo: «Cuanto tiempo ha pasado hasta que este grupo haya podido organizarse...» (Risas).

M1 – Me puse en lista para este grupo y después de seis meses (no exagero, no quiero agredir a la Clínica) pensé: «Cuando empiecen el grupo me habré curado...» Pienso ahora que he hecho la mitad del camino, pero que necesito seguir todavía...

M3 – Esperé nueve meses...

M4 – Estuve en la lista de espera dieciocho meses y creo que mejoré muchísimo desde entonces. Estuve esperando desde marzo 1947...

Concluí la sesión diciendo que el grupo trataba de disminuir sus sentimientos de culpa por sus neurosis y la hostilidad subyacente contra mí, como el representante en el grupo del «responsable», reprochándome de frustrar sus necesidades (haciéndoles esperar) y de provocar así sus actitudes agresivas neuróticas. Entonces se arreglaban para sentirse menos culpables, desplazando el reproche desde el deseo de ellos de gratificar necesidades «prohibidas» hacia un tema en el cual podían sentirme a mí culpable.

NUEVOS PLANTEOS DE HIPOTESIS Y ALGUNOS PROBLEMAS DE TECNICA

Ahora plantearé las hipótesis sobre las cuales está basado mi manejo de los grupos y también tocaré unos problemas técnicos que derivan de esta hipótesis.

1. La situación transferencial no es algo particular al tratamiento pero ocurre siempre que un individuo se encuentra con otro. El comportamiento manifiesto del individuo tiene además de motivaciones conscientes, rasgos que representan una tentativa de resolver la tensión inconsciente nacida de sus relaciones con los objetos de su fantasía inconsciente, restos de sus conflictos infantiles sin resolver.

2. Cuando varias personas se encuentran en un grupo cada una proyecta los objetos de su fantasía inconsciente sobre varios otros miembros del grupo; intenta entonces manejarlos en consecuencia. Cada miembro aceptará su papel asignado por otro solamente si este papel coincide con su propia fantasía inconsciente y si le permite asignar a los otros, papeles que le convienen a él. De otra manera intentará torcer la discusión hasta que el grupo real corresponda a su fantasía grupal. Resulta de este interjuego de los miembros que finalmente se establecerá un «común denominador», una tensión grupal común», nacida de la

tensión inconsciente dominante individual de cada miembro. Esta tensión grupal común inconsciente lleva a interacciones manifiestas entre los diferentes miembros del grupo, interacciones que tienden a resolver o por lo menos disminuir el aspecto de la tensión individual de cada uno que está incluido en la tensión grupal común. Cada miembro adopta un papel particular en el grupo, correspondiendo a su manera específica de defenderse contra los temores inconscientes despertados por este problema grupal.

NOTA: En los dos ejemplos citados más arriba, utilicé esencialmente el grupo (cuerpo múltiple – para adoptar un término de Rickman) como medio para resolver problemas inconscientes tripersonales de individuos que venían a tratarse individualmente. Tales personas requieren ayuda porque en su vida adulta se encuentran estorbadas por la intrusión desde su inconsciente, de conflictos tripersonales no resueltos, es decir por la situación edípica. En los últimos doce meses, me ocupé mucho de los dinamismos multipersonales, aunque mis observaciones y puntos de vista teóricos sobre esos temas sean todavía demasiado incompletos para ser publicados. Quiero adelantar algunas cosas. Intenté últimamente en mis interpretaciones incluir problemas multipersonales específicos, es decir problemas que pueden solamente presentarse en grupos. Creo que este enfoque por un lado está más adecuado a las complejidades del comportamiento grupal observable y que además amplía considerablemente el alcance del tratamiento; por otro lado, la discusión de problemas multipersonales no hace superfluo el análisis de conflictos inconscientes bi y tripersonales especialmente cuando los integrantes del grupo no han venido ala clínica como grupo sino ocomo individuos (lo inter e intrapersonal).

3. Parece más eficaz adoptar una técnica de interpretación estrictamente transferencial es decir interpretar estrictamente lo que está ocurriendo en el aquí y ahora del grupo. Utilizando tal técnica parece mejor seguir el método adoptado por muchos analistas ingleses en estos últimos años: no imponer al paciente reglas ni prohibiciones. En su lugar, se interpreta la significación inconsciente de todo lo traído al consultorio, hablado o actuado, que sea en relación con el analista o con los problemas de vida del paciente. Prohibiciones como no leer libros de psicoanálisis, no casarse o no tomar otras decisiones importantes durante el tratamiento no están incluidas en el contrato, pero cuando estos temas surgen se interpreta su significación inconsciente.

Entonces lo que ocurre habitualmente es que el paciente pierde la necesidad inconsciente gratificada por la conducta misma que antes los analista hubieran tratado de evitar, al establecer estas reglas. Pienso que tales reglas, de hecho, llevaban a la evasión del análisis de los determinantes inconscientes de las intenciones del paciente. Permitiéndole, por una técnica rigurosamente no directiva, desarrollar estas intenciones en la transferencia, podemos por la interpretación, liberarles de las fantasías inconscientes que , por lo menos en

parte, determinan su comportamiento en situaciones extra-analíticas. Los capacitamos entonces para tomar decisiones basadas sobre una evaluación de la situación real, libre de las influencias de los temores inconscientes. Por esta razón no doy ninguna advertencia y además considero que cualquier tentativa de reaseguramiento o de interferencia activa en los llamados problemas exteriores «reales» de parte mía nace de una técnica defectuosa, debido a mi incapacidad para dar interpretaciones transferenciales tan constantemente y tan bien como me gustaría poder hacerlo. Es atendiéndome a tal técnica que yo no pido más al paciente que me diga lo que se le ocurre sobre algún punto pero al contrario doy por entendido que lo que trae son sus asociaciones «libres». Cuando pienso que el paciente está reprimiendo algo intento liberar sus asociaciones por medio de la interpretación. En consecuencia, empecé todos mis grupos, con una sola excepción, sin dar ninguna explicación, aunque sea la primera vez que yo vea a los pacientes el día de la primera sesión de grupo. (Los pacientes se enteran del propósito general de la terapia de grupo durante las consultas individuales que tienen con otros colegas de la Clínica). Las sesiones iniciales en tal grupo, los silencios, la incomodidad, etc., son el primer material a interpretar y estas interpretaciones llevan a la exposición de las dificultades y reacciones individuales en el grupo. En uno de mis grupos tuve una corta entrevista individual con la mayoría de los pacientes antes de la primera sesión grupal; les presenté uno al otro e hice algunas observaciones introductorias. No puedo decir que este tuvo alguna influencia favorable, experiencia compartida por varios colegas de la Clínica.

4. Siguiendo una rigurosa técnica interpretativa en el «aquí y ahora» las interpretaciones se dirigen principalmente al común «denominador», la tensión grupal común y cualquier reacción de un paciente tomado individualmente se interpreta solamente si se puede mostrar dos cosas:

a. Que su comportamiento representa su manera específica de afrontar esta tensión grupal común.

b. Por qué elige esta manera de enfrentarse con el problema de grupo. Un paciente en un grupo puede, por ejemplo, intentar con frecuencia conseguir una «sesión individual» en la sesión de grupo ofreciendo material «tentador» al analista: Puede contar un sueño o cualquier experiencia de su vida o sus síntomas con lujo de detalles. En tales ocasiones, saco de este material solamente lo que me parece en relación con la tensión grupal común. Un paciente, por ejemplo, contó una vez un sueño de angustia en el cual un tren tenía un accidente en un túnel. Mencionó muchos detalles del sueño. En mi interpretación me referí a este accidente como representando simbólicamente su deseo de destruir una pareja en relación sexual, representándome a mí y a otra paciente que en la fantasía de la soñadora filtraba conmigo. Los otros detalles del sueño que no parecían tener

relación directa con la situación grupal fueron interpretados como una tentativa de seducirme para conseguir una relación personal conmigo excluyendo el resto del grupo y particularmente la otra paciente. El motivo principal de esta descripción detallada del sueño parecía por parte de su reacción a una situación que despertó sus celos, en esta sesión, cuando pensó que la otra paciente se llevaba demasiado bien conmigo. Para dar otro ejemplo: un paciente que en sesiones anteriores se sentía rechazado por las mujeres del grupo refirió largamente sus dificultades con su cónyuge. Entonces me pidió hacer algo extragrupal para mejorar su situación matrimonial puesto que esto era un problema «real». Al interpretar este material recalqué solamente los rasgos que me parecían relacionados con las relaciones interpersonales predominantes en el grupo en este momento, o sea que él intentaba asegurarse mi ayuda contra los miembros femeninos del grupo, supuestamente dominantes.

En este caso no me referí a diversas otras cosas que él mencionó, las dificultades que tenía con sus hijos, traídas en una sesión individual, hubieran tenido que ser interpretadas de manera totalmente diferente puesto que entonces hubiera sido un material traído en una relación «transferencial bipersonal». En el contexto grupal lo tomé solamente como tentativa de demostrar la «maldad» de su esposa.

Pienso que en este aspecto mi técnica difiere de la utilizada por muchos terapeutas que trabajan con grupos y también de las de muchos psicoanalistas también. Por lo que es posible inferir de sus publicaciones sobre su trabajo con grupos tienden a interpretar las comunicaciones de los pacientes independientemente de la tensión grupal común. Yo, por el contrario, uso el material solamente cuando puede interpretarse en el marco del «aquí y ahora» de las relaciones grupales, es decir, cuando forma parte de la tensión grupal común; no voy más allá.

Analistas con experiencia en psicoanálisis individual a veces preguntan qué pasa con la «tensión» que un paciente puede sentir en un grupo cuando expone un problema suyo con muchos detalles sin recibir del terapeuta una interpretación referida a estos detalles. Pienso que esta pregunta no tiene en cuenta el significado de la transferencia en el grupo (y algunas veces en psicoanálisis individual). Para mí sería no comprender la situación transferencial si el analista tomaba el material comunicado por su valor nominal o sea como el indicador preciso de la tensión que el paciente experimenta en el «aquí y ahora». Antes intenté explicar que, por ejemplo, el contenido verbalizado de varios detalles del sueño de mi paciente no indicaba una verdadera tensión pero que al enumerarlo buscaba ella captar mi atención en un intento para aminorar sus celos.

5) Por experiencia creo que si nos atenemos estrictamente a la regla de interpretar nada más que las relaciones interpersonales en el «aquí y ahora» grupal es no solamente más seguro pero indispensable interpretar la significación sexual simbólica, o disfrazada de otra manera, del material manifiesto. Analistas sin experiencia grupal dudan que el paciente pueda expresar problemas sexuales íntimos o que el analista pueda dar interpretaciones «profundas» delante de otros pacientes. Esta misma duda, la expresan también terapeutas de grupos que no siguen una técnica transferencial rigurosa. He visto reacciones de angustia (por ejemplo irse de la sesión, faltar a una o varias sesiones ulteriores o abandonar el grupo y pedirme por carta sesiones individuales o quedar en silencio durante muchas sesiones) cuando al principio de mi trabajo grupal vacilaba a dar tales interpretaciones; por el contrario cuando me animé a incluirlas he visto solamente resultados beneficiosos.

6) Algunas dificultades de la técnica de grupo:

a. Pacientes silenciosos. Uno de los problemas técnicos más difíciles al cual hasta ahora no encontré solución adecuada es el paciente silencioso en el grupo. Sabemos que el paciente silencioso es también un problema en el análisis individual pero es mucho más frecuente en grupo; frecuentemente encuentran uno o dos pacientes que no pueden hablar durante muchos meses.

Orientado por la estructura del grupo en un momento dado (por ejemplo la formación de subgrupo); por la expresión de la cara de estos pacientes silenciosos, intento salir del paso; las más de las veces interpreto su silencio como una particular identificación con lo dicho por los otros. A veces dentro de estas interpretaciones el paciente silencioso puede hacer una observación corta como : » No siento así». Esto indica que estas interpretaciones deben tener algún efecto y por lo tanto me siento justificado en estos casos para continuar con su interpretación más apropiada del comportamiento de ellos en la situación del » aquí y ahora' . Por ejemplo, una vez que había dado una interpretación de la actitud del grupo, manifestando un gran descontento conmigo, como que necesitaba desidealizarme rápidamente, una mujer habitualmente silenciosa se sintió al parecer obligada a manifestar que no sentía como el resto del grupo. En el encuadre particular de esta sesión esta observación fue suficiente para permitirme dar una interpretación mucho más completa a esta paciente: que ella no solamente temía desidealizarme, por sus fantasías alrededor de las peligrosas consecuencias de esta actitud, pero que también por este medio intentaba congraciarse conmigo excluyendo a los otros miembros del grupo y en especial a las otras mujeres.

Revisando largos períodos de los grupos veo que sin duda estos pacientes silenciosos mejoran sus síntomas y modifican su conducta, pero no pueden dejar de sentir que mis interpretaciones no son más que conjeturas. Problemas similares se presentan con los pacientes que en una sesión no participan lo bastante como para permitir al terapeuta formarse una idea correcta del tipo de relaciones interpersonales que intentan establecer en ese momento. Empleo en estos casos el mismo método que con los pacientes completamente

silenciosos. Sin embargo, tengo la impresión que después de estas interpretaciones forzosamente imprecisas, los pacientes a veces faltan durante una o dos sesiones.

b. Selección de pacientes. En la Clínica Tavistock, todavía no hemos podido formular criterios de selección de pacientes, pero estamos en un período de pruebas y errores. En el curso del tratamiento grupal, hay frecuentes ocasiones de constatar que en la ausencia de ciertos pacientes y por lo particular conformación del grupo este día, se modifica el comportamiento de uno o otro paciente y le facilita la expresión de sus dificultades. Esto podría sugerir que debe hacer una composición óptima del grupo para ciertos pacientes que les permitiría expresar ciertos de sus problemas, acortando considerablemente el tratamiento. Por el momento creo que sería prematuro profundizar este tema y hasta que tengamos más experiencia nos conformamos formando grupos lo más homogéneo posible para que este grupo sirva de pantalla neutra para cada miembro del grupo. Por lo «homogéneo» quiero decir que los miembros tengan el mismo trasfondo educacional, nivel intelectual y edades similares (que no tengan más de cinco o seis años de diferencia por lo menos para los grupos de individuos jóvenes). Por la misma razón nuestros grupos están formados por un número igual de hombres y mujeres (algunos colegas han tratado grupos de como posición diferente, por ejemplo de hombres solamente, a título de experiencia); el número total de pacientes varía entre seis y diez; en grupos más numerosos hay mayor posibilidad que aparezcan más miembros silenciosos o casi silenciosos.

En cuanto a la sintomatología mi elección es la misma que para el tratamiento individual. Pienso que son los mismos pacientes que se benefician del tratamiento que sea, individual o grupal. Frecuentemente el grupo parece menos eficaz para tratar pacientes graves; creo que no es el grupo que es inadecuado para este tipo de paciente; sino que necesitan una atención más seguida que una o dos sesiones por semana.

c. Frecuencia de las sesiones. Estudiamos ahora con mis colegas el mejor número de sesiones semanales. Mi propia experiencia es con una frecuencia de una o dos sesiones semanales y creo que los resultados son mucho mejores con la segunda periodicidad. Actualmente tiendo a propugnar reuniones todavía más frecuentes. La duración de cada sesión es de una hora o una hora y cuarto y a veces un poco más.

Hasta ahora el trabajo con grupos en la clínica Tavistock no ha pasado del estudio de experiencia piloto para explorar la técnica de la terapia de grupo y por eso no podemos dar una plena evaluación de los resultados del tratamiento. Recien ahora hemos empezado a seleccionar algunos grupos en los cuales los integrantes pudieron estar seguidos cuidadosamente, por equipo, por informes de observadores externos y por tests proyectivos «antes y después».

Como se sabe los resultados terapéuticos en medicina psicológica pueden ser objeto de las críticas más severas, por la ausencia de criterios exactos para definir enfermedad o mejoría por un lado, y por la ausencia de un síntoma para mostrar que cualquier cambio observable

sea realmente el resultado del esfuerzo terapéutico. Espero con mis colegas transmitirían en un trabajo futuro los resultados de un estudio en esta dirección que recién hemos empezado. Por lo tanto, comunicaré ahora nada más que algunas impresiones subjetivas basadas sobre cuatro años de experiencia con esta forma de tratamiento. Al principio de mi trabajo con grupos perdí un cierto número de pacientes, por deficiencia en mi técnica. Si la capacidad para no perder pacientes en tratamiento analítico es tomado uno de los criterios de la eficiencia de la técnica, empleada puedo decir que mi técnica ha rotundamente mejorado aunque como es natural está todavía netamente por debajo de lo que se puede esperar en análisis individual. Del punto de vista de la evaluación de resultados tales pérdidas tienen que ser evaluadas como fracasos. Por otra parte, hay casos que han sido tratados durante algunos años y aunque se puede notar unos cambios, no hay suficiente mejoría para justificar el gasto de tiempo y energía invertido en su tratamiento. Habitualmente estos casos son personalidades muy rígidas y mi impresión es que necesitan más sesiones semanales para aprovechar el grupo como método de tratamiento (para romper sus defensas). Un cierto número de pacientes fueron dados de alta a su pedido porque se sentían «curados». Aunque estaban subjetivamente mejorados, considero que estaban lejos de ser curados si se aplican los criterios analíticos de curación, es decir que se haya logrado un cambio considerable de la estructura de su personalidad. Pienso que en estos casos la resolución de algunas fantasías inconscientes les permitió enfocar con más eficacia (es decir teniendo más en cuenta la situación real) algún problema con su medio ambiente y una vez que este problema haya sido resuelto, se sintiera capaz de seguir viviendo sin más tratamiento pero con más o menos el mismo ajuste neurótico a la vida que antes. Hay algunos pacientes que fueron atendidos durante unos años; se puede observar cambios positivos en su comportamiento tanto afuera como adentro del grupo (por ejemplo, en nuestro club de pacientes, o por las informaciones que traen al grupo sobre su vida de trabajo, su vida sexual y su vida social); encuentro difícil en estos casos discriminar si esto se debe al resultado del tratamiento o si a consecuencia de algún cambio ambiental que proporciona gratificaciones neuróticas a estos pacientes. En ciertos casos se puede observar cambios considerables en ciertos síntomas bastante rápidamente puesto que se analizó en las sesiones de grupo la psicopatología, base de sus dificultades de comportamiento o de sus síntomas, parece justificado atribuir estos cambios al tratamiento. Por ejemplo, un paciente que empezó el tratamiento a punto de caer en un episodio psicótico, con delusiones religiosas, torturado por sentimientos de culpa irracionales y temor a ser condenado al infierno, se liberó de su enfermedad en algunos meses, al analizar en el encuadre grupal sus fantasías infantiles de destrucción dirigidas contra su padre, como aparecieron en la transferencia conmigo, pudo resolver las fantasías subyacentes a sus problemas religiosos. Tengo algunos otros casos en los cuales dudo que el psicoanálisis individual hubiera podido conseguir más, en un tiempo igual. De hecho, me pregunto si la experiencia de la situación transferencial no es más intensa que en la terapia bipersonal y si en este aspecto el grupo no es un medio más potente de terapia psicoanalítica. Otro factor que puede explicar algunos éxitos rápidos del tratamiento

individual, el paciente puede darse cuenta de la realidad de sus sentimientos hostiles hacia su analista, sentimientos que, debido a su ambivalencia intenta esconder detrás de la idealización. podemos muchas veces darnos cuenta como un paciente desplaza sentimientos agresivos de la persona del analista a algún compañero contra el cual se permite experimentar tales sentimientos con su pleno contenido emocional (ver por ejemplo el primer grupo presentado en esta comunicación). Cuando hacemos notar a estos pacientes el desplazamiento contenido en un comportamiento esta experiencia parece ser suficientemente convincente para impedirle que adopte ciertas técnicas defensivas (como ridiculizar la interpretación, aislarla del yo, etc...) que sabemos que se utilizan en estos casos en el tratamiento individual.

CONCLUSIONES

Intenté dar un corto informe sobre la aplicación del psicoanálisis al tratamiento grupal y discutir un cierto número de problemas nacidos de esta técnica. Varios aspectos de estos problemas se investigan actualmente más sistemáticamente en la Clínica Tavistock.

Un resultado adicional de tales investigaciones, aunque estén en principio dirigidas hacia la terapia, es una mejor comprensión de los mecanismos de grupo., Como el psicoanálisis individual utilizado terapéuticamente ha traído mucha luz sobre el comportamiento tanto normal como anormal del ser humano, el psicoanálisis de grupo parece ilustrar también los dinanismos del comportamiento grupal. Pienso comunicar algunas observaciones sobre este tema en un futuro artículo y deseo indicar solamente aquí que este conocimiento de los mecanismos grupales puede abrir posibilidades profilácticas y terapéuticas en muy amplia escala.

Deseo agradecer al Dr. Rickman y a mis colegas de la Clínica Tavistock y del Laboratorio de Relaciones Humanas por las estimulantes discusiones de las que se enriquece mi trabajo actual y esta publicación. Debo especial agradecimiento al Dr. Sutherland por la inestimable ayuda que me prestó en la clarificación y formulación de mis ideas.

(*) A PSYCHOANALYTIC APPROACH TO GROUP TREATMENT, British Jr. of Medical Psychology, 23: 59-74, 1950

1. Una es la teoría de las relaciones de objetos inconscientes (Klein, 1932-1946-1948; Fairbairn, 1941-1943-1944 y otros).
2. La otra es la utilización cada vez más rigurosa de las interpretaciones transferenciales, nacida del trabajo de Ferenczi (1926) y elaborada principalmente por los analistas ingleses

(Klein, 1932-1946-1948; Strachey, 1934 y otros) y aplicada a los grupos por Bion.

Texto del archivo de la Escuela de Psicología Grupal Enrique Pichon-Rivière · Análisis Institucional.