PSICOANÁLISIS GRUPAL

CUANDO, COMO, POR QUE

LIC. LAURA BLEGER - DR. NÉSTOR PASIK

Al ***Dr. Héctor J. Fiorini***, por su constante estímulo, su cálida lectura del original de estas páginas y sus invalorables sugerencias.

Al ***Lic. Gregorio Bachrach***, quien en entrañables y fecundas charlas ayudó a que esta ilusión se hiciera realidad.

A la ***Lic. Alicia González***, a través de quien conocimos el universo de lo grupal.

ÍNDICE

PROLOGO

CAP 1. INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LOS GRUPOS

Grupo, definición y origen del término. El ámbito intersubjetivo grupal y el ámbito intrasubjetivo grupal. Relaciones. Problemas a explorar.

CAP 2. PSICOTERAPIAS GRUPALES

La génesis grupal del psiquismo. La psicoterapia grupal. Definición. Clasificación.

CAP 3. AGRUPABILIDAD

Criterios en relación al paciente, al grupo y al terapeuta. Indicadores favorables y desfavorables. Oportunidad de la indicación. Un ejemplo clínico.

CAP 4. ENCUADRE

Definición. Lugar. Composición. Frecuencia. Duración. Sistema de reglas. Entrevistas individuales.

CAP 5. PROCESO GRUPAL

Fantasmática grupal. Modalidades de acoplamiento. Organizadores grupales. Transferencia en los grupos. Los cuatro objetos transferenciales. Liderazgo y Resistencia.

CAP 6. TEORÍA DE LA TÉCNICA

Intervenciones grupales e individuales. Recursos verba-

les y no verbales. Rol del terapeuta. Interpretación de la acción y con acción. Clasificación de las técnicas de acción.

CAP 7. RECURSOS TÉCNICOS

Las técnicas de acción. Ejemplos.

CAP 8. LA COTERAPIA

El terapeuta y el observador La “unidad funcional”. La coterapia. Fundamentación. Funciones. Intervenciones.

CAP 9. CASOS CLÍNICOS

Una sesión grupal. Un laboratorio.

BIBLIOGRAFÍA

PRÓLOGO

Los estudios sobre lo Grupal constituyen una de las zonas privilegiadas para que un pensamiento tradicionalmente centrado en la noción de individuo (la de un psiquismo explicable por las vicisitudes de una organización dotada de relativa autonomía) encuentre aperturas, campos dinámicos expandidos, nuevos objetos de investigación. Los desarrollos sobre lo grupal revelan el juego de las interacciones, diseños que trazan redes . Insinúan así algunos pasos de un camino teórico hacia la compresión de la complejidad.

Esta indagación, que logró fundamentos en Pichon Rivière, Moreno, Langer, Rodrigué, Moccio, Pavlovsky, Kesselman, Bauleo, Anzieu, Kaës, entre otros, encuentra nuevos apoyos en Epistemologías actuales como las que han formulado Novin, Prigogine, Deleuze y Guattari. Estos estudios revelan mundos entre seres (un inter-ser), mapas que oscilan y reverberan en espacios de límites comunes a todos los sujetos-objetos que allí convergen, divergen se oponen y complementan.

Los trabajos de Laura Bleger y Néstor Pasik reunidos en este volumen estudian cuidadosamente facetas de esa compleja trama; encuadres procesos, teoría de la técnica, relevamiento del diseño y alcances de los recursos técnicos. Realizan así un recorrido por los pilares de una clínica grupal y lo hacen articulando instrumentos, nociones y acciones con el más amplio campo de las Psicoterapias Psicoanalíticas. Con esta orientación los autores tienen una valiosa participación en los equipos de trabajo del Centro de Estudios en Psicoterapias, institución en la que llevamos veinticinco años trabajando teoría y clínica de los procesos individuales, familiares y grupales.

Los autores abordan los pasajes de intra- intersubjetividad. Distinguen con claridad problemas de orden teórico, metodológico, clínico y epistemológico. Contribuyen a profundizar en el grupo como es-

pacio multiplicador de dimensiones, terreno vivo de creación, y van a la clínica a buscar acciones concretas y efectos constatables.

Sostienen modelos de un terapeuta activo, comprometido trabajador del mundo que va indagando. Eficacia del compromiso unido a la reflexión crítica. Esta dirección se subraya en estas búsquedas y la valoramos especialmente ya que este enfoque del orden grupal alienta una comprensión rigurosa y abarcativa para muchos de nuestros abordajes en Salud Mental.

Dr. HECTOR FIORINI
Facultad de Psicología de
la Universidad de Buenos Aires.
Junio de 1997.

CAPITULO 1.

INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LOS GRUPOS.

Grupo, definición y origen del término. El ámbito intersubjetivo grupal y el ámbito intrasubjetivo grupal. Relaciones. Problemas a explorar.

Definición y origen del término

Etimológicamente, la palabra grupo parece derivar de distintos orígenes. En su fuente en lengua provenzal, era groppi-nodo, a su vez derivado del alemán, kruppo, que designaba una masa redondeada, de alguna manera asociado al concepto de cosa circular, círculo. Del italiano, "gruppo" o "groppo" originalmente designaba el concepto "nudo". En el renacimiento se utilizó en Italia este término para designar un número de figuras pictóricas o escultóricas que configuraban un conjunto. Recién hace sólo un siglo y medio que se comenzó a asociar a personas reunidas.

Como ejemplo histórico, en esta línea de significados, en la tradición celta, los Caballeros de la Mesa Redonda, en la corte de Arthur Pendragon, estaban ubicados en círculo, a la misma distancia del centro, y pertenecían a un grupo con organización particular y objetivos místicos.

Nos hemos internado en el rastreo de los orígenes de esta palabra, no por preciosismo académico, sino porque los conceptos de "nudo" y "círculo", están presentes en la idea de "grupo", tal como in-

tentaremos desarrollarlo.

Desde los criterios epistemológicos clásicos, el abordaje de los grupos es una tarea ímproba, una posible "teoría de los grupos" es casi imposible de constituirse como objeto teórico. Es más probable conceptualizarla como "espacio de conflictos", atravesado por un sinnúmero de instancias de deseo históricas, institucionales, sociales, por lo que se hace imposible un intento de explicación desde una sola disciplina. Se hace necesario introducirse en su estudio en toda su complejidad, aceptando que de estos múltiples atravesamientos, sólo podemos ver los nudos que se producen del entrecruzamiento de estos innumerables "hilos deseantes", que permanecen ocultos, tal como sucede en un tramado textil. Los hilos están, pero permanecen invisibles. Es el anudamiento lo que se constituye como observable.

Este modo de abordaje marca una ruptura epistemológica con los criterios de los originales conceptos de la dinámica grupal, que concebían al grupo como una entidad aislada de su contexto social-institucional, real o imaginario (K Lewin). Consideramos que los fenómenos sociales-institucionales en los que el grupo se encuentra inserto son constituyentes del fenómeno grupal y no meros factores que influencian, sino, al decir de del Cueto y Fernández, "el contexto en realidad es texto del grupo".

Pero este "ser texto del grupo" no significa que el grupo sea un reflejo especular de las instituciones en las que está inscripto. Se producen en su seno formas propias, aquello que le es particular, el fenómeno grupal, la dramática, como lo ha definido Bauleo.

El ámbito intrasubjetivo y el ámbito intersubjetivo. Relaciones.

Nos proponemos aquí profundizar el estudio de este tema desde una perspectiva multidimensional, que incluye ámbitos de lo grupal que coexisten e interactúan: el ámbito intersubjetivo grupal y el intra-

subjetivo grupal.

El ámbito intersubjetivo grupal comprende los fenómenos vinculados a la reunión de individuos. Una cierta cantidad de personas reunidas en un lugar y un tiempo determinados no necesariamente constituyen un grupo. Es necesario que se defina un objetivo común para que de la serialidad se pueda pasar a un grupo. Entendemos este pasaje como un eje dialéctico entre el polo de la serialidad y la constitución del grupo, en el movimiento perpetuo de lo no terminado. Si bien es cierto que en este ámbito los grupos se constituyen contra la serialidad existe una tendencia a volver a ella. En la misma formación de un grupo está la semilla de su disolución. Los grupos son temporarios y, en su esfuerzo por perdurar, deberán reforzar su contrato permanentemente, no importa la índole del grupo. Estos fenómenos son similares en grupos terapéuticos, de aprendizaje, laborales o de cualquier otro tipo.

Quizá entonces deberíamos proponer que un grupo se conforma en la medida en que ciertos procesos se van consolidando; las identificaciones, los mitos, las ilusiones, la inscripción de y en las instituciones y la concientización de la estructura significativa del grupo, es decir, el surgimiento de una representación interna del mismo en sus integrantes.

Con esto, en parte definimos un grupo como una forma de organización de vínculos intersubjetivos, pero además, los distintos elementos constitutivos del psiquismo se organizan como un grupo interno, es esto lo que hemos dado en llamar el ámbito de lo intrasubjetivo grupal, conceptualización que permitirá comprender claramente algunos de los fenómenos del proceso grupal, en especial de los efectos movilizadores de estructuras arcaicas que esta situación estimula.

Este concepto no es original, ya que una relectura de Freud descubre que desde sus primeras obras de metapsicología, conceptualizaba el aparato psíquico como un grupo. Ya en el “Proyecto...” habla de

los “psychische grupps”. Para Freud la psique es un conjunto de elementos ligados entre sí por investiduras recíprocas, donde se establecen relaciones de equilibrio y de tensión con algunos de sus componentes desligados, que pueden alterar la homeostasis psíquica. Este grupo interno, o grupo psíquico con sus ligazones, es la primera definición del Yo.

En el marco de la segunda tópica, en la segunda definición de las identificaciones, menciona más explícitamente el modelo grupal. Es decir que ya desde los comienzos de la obra de Freud, el grupo intersubjetivo le sirve de metáfora para describir el aparato psíquico.

Así la grupalidad psíquica describe una organización y un funcionamiento del aparato psíquico; las formaciones y procesos intrapsíquicos están organizadas por una estructura de grupo entre los elementos que los constituyen. La estructura grupal define a la fantasía, al sistema de relación de objeto, al yo, a la estructura de las identificaciones y a las imago.

De acuerdo a esta conceptualización es posible establecer relaciones entre los ámbitos inter e intrasubjetivo grupal, es posible articular la realidad psíquica interna con la realidad psíquica del grupo. El grupo externo ofrece a la puesta en escena de los grupos internos una predisposición, una forma en la que van a jugar los procesos primarios; los objetos internos podrán ser allí desplazados de un sujeto a otro, condensarse en una figura de compromiso, difractarse en varios miembros del grupo. El grupo externo adquiere valor de prolongación o de una extensión de los grupos internos. En este sentido lo que ocurre en el grupo es también experimentado y elaborado como pertenencia intrasubjetiva. Lo que cada sujeto pone en el grupo pertenece a configuraciones de grupos internos, recíprocamente el agrupamiento contribuye a la construcción de algunos grupos internos.

La relación entre estos dos grupos, el intersubjetivo y el intrasub-

jetivo, crean un campo de estudio invalorable en la comprensión de los dinamismos psíquicos subjetivos que aborda el psicoanálisis aplicado.

Problemas a explorar

Esta relación de los grupos intersubjetivos con los grupos internos del psiquismo, plantean la necesidad de explorar problemas en el campo del psicoanálisis.

Siguiendo la metodología propuesta por R. Käes, los cinco aspectos a estudiar son:

a) Un problema teórico cual es la posición del inconciente en el campo de intersección de los grupos intersubjetivos y el grupo intrapsíquico.

2. Un problema metodológico, que está en relación a las condiciones que es necesario establecer para que se produzcan efectos de conocimiento de lo inconciente en condiciones analíticas. Adelantamos brevemente que básicamente esto se logra a través de la estimulación de procesos asociativos en un marco de resignificación de fenómenos transferenciales y contratransferenciales.

3. Un problema clínico, que se puede definir como la búsqueda del sujeto singular en la situación que el grupo privilegia, es decir, que sea movilizado como sujeto del grupo y como sujeto del inconciente.

4. Un problema institucional, como la transmisión del psicoanálisis y la formación de analistas en un contexto donde lo transferencial sea relevante. No podemos dejar de mencionar que las instituciones, en general, y las psicoanalíticas no son excepción, son también grupos.

5. Por último, aunque no por ello el menos importante, un problema epistemológico, que es el de las transformaciones que el estudio de los grupos introduce en el campo del conocimiento del psicoanálisis.

En las páginas siguientes, abordaremos, cuatro de estas cinco cuestiones que se nos presentan como desafío a quienes trabajamos con grupos, para seguir creando teoría de fenómenos que observamos cotidianamente, pero a los que aún falta definir metódicamente, creando un cuerpo de conocimiento metapsicológico desde la perspectiva de lo grupal.

El tema de lo institucional no será desarrollado en estas páginas, ya que creemos que merece ser tratado específicamente. En este trabajo nos centraremos en los aspectos relacionados a la clínica, la teoría, la técnica y la teoría de la técnica del psicoanálisis grupal.

CAPITULO 2

PSICOTERAPIAS GRUPALES

La génesis grupal del psiquismo. La psicoterapia grupal. Definición. Clasificación.

La génesis grupal del psiquismo

La organización tópica, dinámica, económica y estructural de cada sujeto son determinadas en parte, en tanto sujeto de un conjunto (la pareja, el grupo, la familia). No se trata aquí de la hipótesis de un inconciente del conjunto, sino de lo que R. Kaës ha dado en llamar el "aparato psíquico grupal" que produce un "trabajo de ligazón, de transmisión y de transformación" a través de procesos psíquicos específicos. Este concepto permite pensar la constitución del sujeto singular, en su realidad psíquica, a partir del lugar que ocupa, que le es asignado en la economía, la tópica , la dinámica y la estructura psíquica del conjunto. El sacrificio narcisista de ciertas partes del si mismo en relación a la renuncia pulsional, la represión de ciertas representaciones o el rechazo de ciertos afectos son necesarios para que la vida en común sea posible; el mantenimiento de los vínculos reclama la renuncia de ciertas fronteras a través de las identificaciones, la negatividad de lo subjetivo es el precio de la positividad del vínculo. La díada madre-hijo primero y luego la familia en su totalidad producen un sujeto restringido en su propia subjetividad.

Esta concepción alude a lo que Piera Aulagnier ha llamado el contrato narcisista. Cada sujeto es portador de un lugar en el conjunto

en el que adviene y , para asegurar su continuidad, el conjunto debe investir narcisísticamente a este elemento nuevo. Así el individuo es para sí mismo su propio fin y al mismo tiempo es miembro del conjunto al que está sujeto. Los padres constituyen al niño en portador de sus deseos no realizados, y el narcisismo primario de él se apuntala en el de los padres. El primer contrato narcisista se establece en el grupo primario a través de los enunciados y las referencias identificatorias.

La psicoterapia grupal

La psicoterapia grupal abre un espacio de lo posible, tomando en cuenta lo que no se pudo constituir en las investiduras y en las representaciones por carecer de un lugar en la estructura psíquica del conjunto familiar originario. En esta línea se ha complementado el concepto de Piera Aulagnier del contrato narcisista con la postulación de un segundo contrato narcisista que se establece en grupos secundarios, en relaciones de continuidad, complementariedad y de oposición con el primero. En ese contexto se inscribe la psicoterapia grupal como ocasión de una reactivación, de un resurgimiento, más o menos conflictivo, del sujetamiento narcisista a las exigencias del conjunto originario. "El grupo trabaja como un aparato de transformación que vuelve posible el apuntalamiento de la investidura, la formación y la transformación de pensamientos, un espacio donde se pueden poner a prueba posibilidades inéditas de representaciones y de afectos"(R. Kaës). Esto es posible por el desarrollo de identificaciones, la circulación de los fantasmas inconcientes y la escenificación de los grupos internos. "La cualidad terapéutica de un grupo reside en esta aptitud para contener, para desintoxicar, para volver posible la constitución de formaciones y de procesos que no se han producido en la realidad psíquica del sujeto a través de la desligazón de lo que ha sido transferido al grupo y al vínculo de agrupamiento."

Los desarrollos de la psicoterapia grupal tienen como fundamento esencial la comprensión de los dinamismos grupales intrapsíquicos

y vinculares y la utilización de los mismos como agente específico en el tratamiento de la psicopatología individual.

Definición

La psicoterapia grupal es aquí entendida en su sentido más amplio. Se refiere a un grupo de personas que son reunidas por un profesional en salud mental, con algún objetivo psicoterapéutico. En este sentido se definen como grupos artificiales.

En el contexto de los grupos terapéuticos a los que nos referimos debemos hacer una distinción: en todos los casos se trata de pequeños grupos, con un máximo de hasta ocho o diez pacientes. Los fenómenos grupales que describiremos se refieren a ellos, ya que en los grandes grupos, como en el caso, por ejemplo, de comunidades terapéuticas, se observan fenómenos diferentes.

En especial en la literatura se ha destacado el hecho de que en los grandes grupos se produce una escición de la transferencia; la posibilidad de interactuar o de vincularse de cada persona es reducida por lo que tienden a formarse subgrupos en los cuales se depositan los aspectos positivos de la transferencia, mientras que los aspectos negativos son transferidos al gran grupo.

En relación a los pequeños grupos Charles Cooley, en 1909, definió los grupos primarios como aquellos que están centrados en la formación de la naturaleza social del individuo, en el cultivo de su carácter y en la constitución de la identidad. Las relaciones en su seno son cara a cara, prevaleciendo en ellas el intercambio afectivo. El grupo primario por excelencia es el familiar, y su efecto principal es permitir y promover la inserción del recién nacido en un contexto simbólico.

Los grupos secundarios fueron caracterizados por Cooley como

de “relaciones frías, impersonales, contractuales y formales de sus miembros”. Es un conjunto de personas que se une a los fines de realizar una tarea determinada. El interés y la motivación de cada individuo se asocia con el de otros, y a través de un acuerdo conciente de todos, se reúnen para el cumplimiento de esta tarea. Los sentimientos entre los miembros del grupo son secundarios, y el rendimiento es mensurable.

Ciertas características como la relación cara a cara, la gran intimidad, la expresión total de la personalidad de los integrantes, les confiere a los grupos terapéuticos carácter de primarios, pero el encuadre los institucionaliza al darles un referente contractual, con objetivos más específicos y afectos más laxos.

Acordamos con M. Bernard en que es útil considerarlos grupos secundarios primarizados por un estado de regresión característica, que permite el acceso a niveles primarios de funcionamiento grupal e individual.

Los procesos de interacción en los grupos terapéuticos, comienzan con el acuerdo que significa el objetivo que los convoca. Desde esta instancia, se va tejiendo la compleja trama de identificaciones y proyecciones que se soportan en la fantasmática que circula en el grupo y que produce el fenómeno de resonancia en sus integrantes.

Clasificación:

Si bien es cierto que estos fenómenos son comunes a cualquier grupo terapéutico, la tarea específica de cada uno hace que se entiendan, estimulen o inhiban y que se signifiquen de distinta manera. El objetivo terapéutico puede variar y esta variación determinará diferencias técnicas en relación al encuadre, a los procesos intrapsíquicos y vinculares que se favorezcan y a la manera en que el o los terapeutas intervienen en relación a ellos.

Una línea teórica formulada por H. Fiorini en relación a las psicoterapias individuales, propone la delimitación técnica de distintas psicoterapias sobre la base de la coherencia entre los objetivos terapéuticos, las estrategias y los instrumentos particulares que se utilizan. Siguiendo este desarrollo, hemos retomado esta formulación adaptándola para su aplicación en el campo de las psicoterapias grupales. Desde esta perspectiva, diferenciamos tres tipos de psicoterapia grupal: la psicoanalítica, la de esclarecimiento psicodinámico y la de continencia y orientación.

El objetivo de la psicoterapia psicoanalítica grupal consiste en una reestructuración lo más amplia posible de la personalidad. El encuadre, que incluye una duración ilimitada y una frecuencia intensiva, posibilita la emergencia de estados regresionales profundos acompañados de ansiedades confusionales y de desintegración . Esto favorece el despliegue de la fantasmática individual y de fenómenos de resonancia que reactualizan los pactos narcisistas originarios y las identificaciones imaginarias. Las separaciones e interrupciones (vacaciones, alta de algún miembro del grupo) son entendidas e interpretadas en función de dicha fantasmática individual y sus resonancias grupales. La actitud abstinente del o los terapeutas promueve fenómenos transferenciales que se suman a las transferencias que se favorecen en relación a la presencia de los otros y al grupo como totalidad. En este contexto, a través de interpretaciones sistemáticas (en especial de las transferencias y de las redes de identificación), el proceso terapéutico deviene en dos direcciones fundamentales: la primera es la elucidación de la correlación de los conflictos, ansiedades y defensas con las formaciones y los procesos psíquicos constituidos dentro de los vínculos intersubjetivos primarios (“allí donde estaban las alianzas inconcientes alienantes, el yo pueda advenir”). La segunda dirección es la desestructuración de las identificaciones imaginarias, y su sustitución por identificaciones narcisísticas estabilizadoras primero, y por identificaciones simbólicas renovadoras luego.

La psicoterapia grupal de esclarecimiento psicodinámico tiene como objetivo la mejoría sintomática a través del favorecimiento de cierta capacidad de autoobservción para el manejo más discriminado de los conflictos ligados a ciertas áreas de descompensación. El encuadre suele incluir desde el inicio una limitación temporal y en general la frecuencia es menos intensiva que en la psicoterapia psicoanalítica. Estas condiciones limitan los fenómenos regresionales, y desde esta perspectiva, las separaciones o interrupciones son entendidas en un sentido prospectivo referido a las posibilidades adaptativas que pueden desarrollar los pacientes. La actitud del o los terapeutas está más vinculada a la preservación de ciertos aspectos transferenciales de idealización, a través de un cierto grado de presencia que transmite una actitud cálida y contenedora, a la vez que preserva la función interpretante pero en un plano de cierta simetría en relación al grupo de pacientes. La relación entre los compañeros de grupo se orienta hacia una atenuación de las transferencias y hacia una definición de "compañeros de tarea". El señalamiento y la interpretación de los "efectos transferenciales" * y las identificaciones que surgen en el seno del grupo, como repetición de situaciones actuales e históricas en la " dramática grupal", permite la comprensión de las constelaciones conflictivas, lo que favorece la mejoría sintomática.

El objetivo de la psicoterapia grupal de continencia y orientación es la mejoría sintomática, la recuperación del equilibrio homeostático y la disminución de la ansiedad y la angustia. Eventualmente para el logro de estos objetivos se intenta la modificación de ciertas pautas de conducta, estimulando el ensayo de nuevas formas de comportamientos en un clima grupal continente. El rol del o los terapeutas tiende a delinearse como un reaseguro, alguien que orienta y protege, sustentado en el favorecimiento de procesos de idealización en la transferencia. Se propicia entre los compañeros de grupo un vínculo entendido como de "hermanos solidarios" a través del establecimiento de identificaciones narcisistas, donde el grupo es vivido como un lugar ideali-

zado de sostén y acompañamiento. Las intervenciones prevalentes son del tipo sugestivo-directivas , ya que no se trata de que los pacientes comprendan la naturaleza y el significado de su conflictiva, sino de que recuperen cierto equilibrio perdido. En este sentido las separaciones e interrupciones son negadas como tales a través de ciertas estrategias que permitan la permanencia del vínculo reasegurador y continente.

Como queda dicho, lo que diferencia a un grupo terapéutico de otro no es el material que emerge en la situación grupal, sino la forma en que este es abordado, a partir del favorecimiento de la puesta en marcha de fenómenos comunes a todos ellos. Nuestro interés es ahondar en la especial constelación que estos dinamismos adquieren y la forma de abordarlos en el marco de una psicoterapia psicoanalítica grupal.

* Denominamos aquí "efectos transferenciales" a aquellos aspectos transferenciales que se desencadenan en cualquier relación interpersonal. El encuentro con un

otro siempre de alguna manera reactiva algún grado de transferencia (efecto transferencial) que diferenciamos del término clásico de transferencia que significa una potenciación artificial de este fenómeno propio de las relaciones interpersonales.

PSICOTERAPIAS GRUPALES

	Psicoanalítica	Esclarecimiento psicodinámico	Continencia y orientación
Objetivos	Reestructuración lo más amplia posible de la personalidad	Mejoría sintomática, manejo mas discriminado de conflictos. Aprendizaje de autobservación. Modificación de actitudes	Recuperación del equilibrio homeostático. Alivio de ansiedad. Mejoría o supresión de síntomas
Estrategia Básica	Desarrollo y elaboración de dinamismos intrapsíquicos, reactualizados en la situación interaccional	Comprensión de dificultades operando en el plano de conductas manifiestas y motivaciones latentes en su interacción con la "dramática grupal"	Reaseguramiento a través de la experiencia grupal continente. Ensayo de conductas diferentes con el apoyo y la colaboración grupal.
Encuadre	Finalización indeterminada. Modalidad semiabierta. Frecuencia intensiva. Composición heterogénea.	Finalización frecuentemente predeterminada. Modalidad cerrada. Frecuencia menos intensiva, Composición en algunos aspectos homogénea.	En general con finalización indeterminada. Modalidad abierta. Frecuencia menos intensiva.Composición homogénea.
Dinámica de las transferencias .	Transferencia ambivalente. Emergencia de transferencias vertical, horizontal y grupal. Establecimiento de redes identificatorias. Emergencia de neurosis transferencial.	Refuerzo de aspectos reales de relación con el terapeuta en el rol de experto, y los integrantes como compañeros de tarea. Inhibición del surgimiento de neurosis transferencial	Transferencia divalente. Proyección en el grupo del "objeto bueno". Terapeuta con rol directivo, protector y modelo. Los compañeros como "hermanos solidarios"
Relación terapeuta grupo	Ambigua	Más definida	Claramente definida
Rol del terapeuta	Depositario potencial de múltiples roles.	Guía en la tarea de elaboración.	Continente y orientador, docente.

	Psicoanalítica	Esclarecimiento psicodinámico	Continencia y orientación
Rol de los pacientes	Depositarios potenciales de múltiples roles.	Compañeros de tarea.	Hermanos solidarios.
Actitud básica del terapeuta.	Predominantemente pasivo y distante. Interpretativo.	Predominantemente activo. Más cercano al grupo.	Activo y participante con directivas. Cercano al grupo.
Intervenciones principales.	Interpretación de las transferencias múltiples y de las redes identificatorias en función de la historia individual y grupal.	Interpretación de fenómenos grupales como repetición de situaciones vitales actuales e históricas.	Intervenciones directivas, sugestivas y de continencia.
Sentido asignado a las separaciones.	Regresivo.	Prospectivo adaptativo.	Negadas como tales.

CAPITULO 3

AGRUPABILIDAD

Criterios en relación al paciente, al grupo y al terapeuta. Indicadores favorables y desfavorables. ***Oportunidad de la indicación. Un ejemplo clínico***

Los criterios de agrupabilidad, es decir las condiciones que determinan que un paciente pueda ser beneficiado con una psicoterapia psicoanalítica grupal, son tema de discusión. Probablemente esto se deba a que estas indicaciones dependen de tantas variables que los criterios están muy lejos de poder ser absolutos. Estas variables no son sólo relativas al paciente, sino también al grupo, al momento grupal, a la institución a la que pueda pertenecer el grupo, y también, por que no, a variables relativas a características del o de los terapeutas. En este sentido nos ha resultado sumamente útil la idea de considerar factores favorables y desfavorables, los que resumimos en el cuadro II, de cuya sumatoria se puede inferir la indicabilidad de inclusión para un determinado paciente en un grupo particular.

Teniendo en cuenta estos factores como guía general, balanceando aquellos más favorables con los desfavorables, será probable disminuir la posibilidad de enfrentar la triste experiencia de coordinar un grupo donde las deserciones tempranas y la dificultad para generar un clima de intimidad, cohesión y confianza, frustren la utilización de una forma de trabajo psicoanalítico tan rica como es la psicoterapia grupal.

Cabe recordar que una de las primeras situaciones en que se co-

menzaron a agrupar pacientes, era aquella en que por algún motivo se creía beneficioso y más económico en recursos humanos, que un profesional se dirigiera al mismo tiempo a diversas personas con problemas similares. Esto determinó la creación de grupos homogéneos, por lo menos en el diagnóstico, en los que un solo profesional, o un reducido número de profesionales, se dirigían a todo un grupo con indicaciones similares, y el mismo grupo esclarecía a sus miembros, dado que las dudas de alguno podían encontrar respuesta en la experiencia de otros. Las primeras experiencias las pudimos hallar en los grupos de tuberculosos que formó el Dr Pratt.

En trabajos posteriores se comenzó a observar que ciertos fenómenos propios de la condición de estar en un grupo, permitían observar "in vivo" situaciones conflictivas, sobre todo aquellas más vinculadas con lo relacional, y se comenzó a pensar en el concepto de terapia en el grupo. Obviamente, en estos grupos, los criterios para la inclusión de pacientes variaron con respecto a los anteriores, pero en general, el criterio de homogeneidad era el prevaleciente. De este tipo de experiencia datan los trabajos de Bion, con sus primeros grupos de combatientes o ex-combatientes afectados por el trauma de la situación bélica. Observando estos grupos, y otros de formación posterior, es que Bion desarrolló los conceptos de "supuestos básicos". Se denomina así a ciertos estados afectivos inherentes al proceso grupal, que determinan modos de funcionamiento universales.

La escuela argentina, representada por M Langer, E Rodrigué y Grinberg comienza a trabajar el concepto de terapia de grupo en la década del 50, conceptualizando al grupo como la caja de resonancia que facilitaría la asunción y adjudicación de roles correspondientes a las fantasías inconcientes. Esta teoría conlleva la noción de un inconciente grupal, de un psiquismo grupal, a través del cual y mediante proyecciones e introyecciones identificatorias, el grupo se cohesiona y expresa como una unidad. Estos grupos se conformaban de manera heterogénea.

Con nuevos aportes de psicoanalistas de la escuela francesa (J. B. Pontalis, D. Anzieu, R. Kaës) referidos a la observación de fenómenos grupales que de alguna manera facilitaban estados de regresión analizables, y conceptos tales como que el inconciente se estructura en función de grupos simbólicos, de la repetición en la dinámica grupal de procesos fantasmáticos individuales, se trabaja en grupos heterogéneos, donde la circulación de roles fantasmatizados se veía facilitada, en lo que se denominó psicoterapia psicoanalítica grupal.

Esta línea teórica postula un cambio conceptual fundamental, que es la no existencia de un "psiquismo grupal unificado", sino una dinámica de funcionamiento donde los organizadores del grupo van siendo ciertos estados afectivos producidos por la resonancia en cada individuo del grupo, de fantasmas inconcientes individuales por la fomentación fantasmática (Ver capítulo 5).

Criterios en relación al paciente

Cuando se discuten los criterios de selección de un paciente debe recordarse que los mismos sólo tienen sentido en relación a los características de un grupo en particular en donde su participación es considerada. Como ejemplo, la inclusión de un paciente con una estructura border-line, en general contraindicada, sería posible y beneficiosa en un grupo "racionalizador", en función de la percepción inconciente de estos pacientes facilitada por su grado de regresión, si en el momento de la incorporación el grupo puede ser continente de ciertos aspectos de este tipo de personalidad (su alto grado de demanda, por ejemplo).

¿Cuál es la técnica metodológica a emplear en la selección de pacientes para incluir en un grupo terapéutico?

Desde criterios tan rigurosos como los propuestos por George

Bach, que incluyen tests proyectivos, evaluación psiquiátrica, entrevistas previas con el terapeuta y con el grupo, hasta otros que prefieren conocer al paciente en el grupo, es decir que explícitamente evitan el contacto fuera del ámbito grupal como M. Langer, E. Rodrigué y Grinberg, la posibilidad es vasta. En última instancia, la experiencia personal, la formación y el criterio de cada terapeuta seguramente encontrarán apoyo bibliográfico para sustentar su propia metodología. Particularmente nuestro equipo realiza entrevistas individuales con uno de los terapeutas que coordinarán el grupo donde puede ser incluido el postulante, para evaluar el tipo de personalidad y de patología, la "situación" (H. Fiorini), y para establecer el encuadre cuando el ingreso se haga en un grupo ya en funcionamiento. Raramente hemos necesitado material proyectivo para aclarar alguna duda diagnóstica. En general nos basta con tres o cuatro entrevistas, aunque en ciertas ocasiones, por ejemplo en situación de duelos recientes, podemos prolongar las entrevistas por un lapso variable de tiempo, casi nunca más largo que tres meses.

Factores desfavorables

Diagnósticos

* ***Psicosis:*** Tienen insuficiente contacto con la realidad. Ansiedad excesiva y fuertes sentimientos de soledad pueden surgir por no poder seguir el hilo del discurso grupal.

* ***Psicopatía y Perversión:*** Tienen dificultades con el encuadre por falta de desarrollo superyoico y pueden arrastrar a otros en sus actings transgresivos. Si bien los psicópatas más moderados pueden ser beneficiar a un grupo porque lo movilizan, fascinan al grupo porque parecen capaces de obtener todos los placeres prohibidos. La atención del grupo suele centrarse en el juicio de sus conductas.

Situacionales

* ***Crisis agudas y duelos recientes:*** Este estado absorbe la atención del paciente lo que puede dificultar la posibilidad de comprender el carácter intrapsíquico de sus conflictos. Los miembros del grupo se identifican con la emergencia, tratan de ayudar y la imposibilidad de hacerlo los sumerge en la frustración, lo que ocasiona tensión y luego hostilidad. El paciente comienza con esperanzas de ayuda, cuando descubre que el grupo es impotente, se puede sentir abandonado y experimentar hostilidad. Otra razón es que las tensiones ambientales acaparan la atención del grupo y lo alejan de sus propias relaciones intersubjetivas. Sólo pueden agruparse aquellos pacientes en crisis en lo que se pueda percibir conciencia de su participación de la tensión ambiental aguda. De no ser así pueden ser agrupados en grupos homogéneos y específicos.

* ***Imposibilidad de cumplir con la asistencia periódica:*** Existen algunas situaciones, por ejemplo ciertos trabajos como azafata, viajante, etc que no hacen posible que el paciente se pueda comprometer a cumplir con la frecuencia contratada por el grupo. Esta imposibilidad de seguir el proceso grupal con continuidad hace que sea desaconsejado, la inclusión en un grupo.

* ***Vínculos previos con otros integrantes:*** La existencia de un conocimiento previo entre integrantes de un grupo hace que la indicación sea inadecuada ya que este conocimiento dificulta las proyecciones e identificaciones imaginarias que se espera que surjan en el proceso grupal por el previo conocimiento de las circunstancias vitales de los miembros que se conocen.

Disposicional

* ***Tendencia al acting-out:*** Se trata de pacientes con un grado de impulsividad importante, y una cierta dificultad en distinguir claramente la fantasía de la realidad. No comprenden el “como

si" de la situación grupal y confunden las proyecciones de sus aspectos internos con situaciones reales lo que los lleva a actuaciones grupales que no les permite la elaboración de sus contenidos intrapsíquicos.

* ***Monopolista crónico:*** Son pacientes que son presa de ansiedad cuando otro se convierte en el foco del grupo y que como defensa contra su ansiedad y sus celos están compelidos a asumir el centro de la escena no importa por que medios. Esta conducta es una defensa contra la ansiedad y el temor al aislamiento. Pueden incluirse en grupos fuertes con training para evitar ser acaparados.

Factores favorables

Diagnósticos

* ***Neurosis obsesiva:*** Un superyo demasiado estricto es posible que se distienda al hallarse en un clima grupal permisivo y al experimentar el apoyo que el grupo otorga a la expresión de la impulsividad y la agresión.

* ***Neurosis histérica:*** Se debe evaluar si el ámbito grupal es un espacio terapéutico o un escenario de actuación.

* ***Proyección defensiva:*** Pacientes que culpan a otros de sus fracasos y responsabilidades. Los otros pacientes manejan con bastante eficacia este mecanismo y debido a que no representan la autoridad pueden provocar la confrontación y la elaboración . El grupo mediante sus reacciones ayuda a activar situaciones traumáticas tempranas que dieron origen a la proyección.

* ***Psicosomáticos:*** El grupo facilita la psicologización, ya que se distingue del acto médico y la presencia de otros pacientes en diferentes etapas de elaboración favorece las condiciones

analíticas. El grupo aboga por la psicologización del conflicto.

Personalidad infantil: Necesitan completar un proceso de internalización, que después se pueda analizar. La novela grupal ayuda a crear estos introyectos ya que en el grupo se producen escenas que remiten a lo fundante del individuo. En la psicoterapia individual estos pacientes suelen desarrollar una demanda excesiva. La transferencia adquiere un carácter de depositación masiva, que lleva a la confusión, al vacío, a la idealización y/o a la agresión.

* ***Falso self:*** Son formaciones del carácter que surgen de las adaptaciones que el individuo debió efectuar en el pasado ante relaciones y situaciones externas. Lo que antes debía ser ocultado y encubierto puede revelarse en un clima comprensivo sin sentirse avergonzado o amenazado.

* ***Caracteropatías****:* En la psicoterapia individual la interpretación de las resistencias raramente son fructíferas porque éstas son sintónicas con el yo. El paciente se niega a aceptar y reconocer las interpretaciones. Como parte de la estructura del carácter el yo se encuentra involucrado en el proceso y por lo tanto no puede examinarse a sí mismo. No obstante es posible que el paciente tome conciencia de su conducta y actitudes a partir de las reacciones de los restantes miembros.

* ***Personalidades esquizoides:*** Son adecuados para el tratamiento grupal. Los grupos les proporcionan la activación que requieren. No obstante hay que considere la naturaleza de la patología y la fortaleza yoica. En general hablan poco a pesar de lo cual son miembros observadores, agudos y penetrantes, pues pese a la distancia afectiva registran claramente lo que ocurre en el grupo.

<u>Situacionales</u>

* ***Resistencia transferencial:*** Esta presenta mayor dificultad en la terapia individual. Dado que las reacciones transferenciales se ven divididas y diluidas en los grupos, disminuye la lucha edípica infantil con el terapeuta. Esta resistencia se maneja con más facilidad por la multiplicidad de blancos de hostilidad que presenta el grupo. Se favorece la asociación libre para la emergencia de recuerdos que sirvan para explicar las actitudes y sentimientos del paciente hacia el grupo y los terapeutas. La actitud protectora de algunos pacientes hacia el terapeuta se debe a que sienten que sus temores y ansiedades infantiles se reavivan al presenciar un ataque al progenitor. Entonces para mitigar la ansiedad defienden al terapeuta o se enfrentan con el miembro agresor. Lo mismo sucede con la transferencia erótica. Las resistencias transferenciales pueden deberse también a experiencias terapéuticas anteriores que hayan resultado desfavorables y/o hasta traumáticas.

Disposicionales

* ***Antagonismo fraterno exacerbado:*** Hay pacientes cuyo problema nuclear tiene su raíz en la relación con sus hermanos, aún cuando el verdadero origen sea la relación edípica. En el grupo estos pacientes vivencian y actúan sus sentimientos hacia los hermanos sustitutos en un medio adecuado que le permite la comprensión de los mismos. Emerge en el grupo lo reprimido asociado al marco familiar originario. Si la hostilidad es muy intensa puede no tolerar la situación grupal.

* ***Hijos únicos:*** Algunos esperan y exigen gratificaciones narcisistas, desean ocupar el centro como lo hicieron con sus padres. Por las dificultades que estas demandas les traen en su cotidianeidad se recomienda la terapia grupal.

Criterios en relación al grupo

La elección de un paciente para integrar un grupo no se funda-

menta sólo en su personalidad, diagnóstico o situación, sino además en las características del grupo al que pueda ingresar.

De las particularidades del grupo, de su momento y de la evaluación de las probables interacciones es de donde se conjetura la indicabilidad mutua.

De acuerdo al diagnóstico ya hemos mencionado, por ejemplo, que en un grupo con una modalidad defensiva racionalizadora la inclusión de un paciente con personalidad infantil, estimula en los otros la conexión con los afectos y a la vez posibilita la contención de los desbordes emocionales del paciente.

De la situación grupal, un grupo en formación o ya funcionando proveen distintos soportes para un paciente en particular.

Aunque nuestro criterio es la heterogeneidad lo más amplia posible, ya sea en edad, sexo, diagnóstico, nivel socio-cultural, ésta tiene un límite que al no ser muy preciso requiere del arte y la experiencia del coordinador grupal. Como ejemplo paradigmático, no incluiríamos un solo paciente de tercera edad en un grupo donde los demás integrantes fueran adolescentes o adultos jóvenes. Tampoco es fácil obviar diferencias culturales muy marcadas ya que la existencia de un mínimo código de comunicación es imprescindible. De no haberla el "distinto" podría quedar aislado siendo rechazado por el grupo o aceptado en el rol del depositario de las incapacidades de todos los demás.

Criterios en relación al coordinador

De aquellos aspectos que conciernen al coordinador de grupos psicoanalíticos, cabría preguntarse primero que características debe reunir un profesional para poder coordinar grupos psicoanalíticos. Siguiendo en parte la idea de M. Safouan, diremos primero que debe ser un profesional que posea formación y experiencia en tratamientos psi-

coanalíticos. Además, solo el propio proceso psicoanalítico le puede dar la sensibilidad necesaria para desenmarañar la lógica simbólica y metafórica que hay bajo el discurso manifiesto del grupo.

Si bien la formación en la coordinación grupal es sumamente útil y valorable, no es necesariamente excluyente. En caso de tratarse de un terapeuta analizado o en análisis, que comienza su tarea terapéutica en este terreno, es recomendable que lo haga bajo supervisión muy cercana, o en coterapia con otro terapeuta de mayor experiencia.

De cualquier manera, creemos que es poco probable que un terapeuta que no haya vivido la experiencia personal de un proceso grupal, terapéutico o formativo (en el sentido que da Anzieu a los grupos de formación) pueda incorporar a su arsenal terapéutico la agrupabilidad como una indicación.

Oportunidad de la indicación de terapia grupal

La indicación de agrupar a un paciente puede surgir durante un tratamiento individual o en el momento de la primera consulta. Para algunos autores, el pasaje por un grupo sería indicación siempre antes de un fin de análisis.

Cuando un paciente es derivado desde una terapia individual, debemos evaluar el momento de la transferencia, ya que si se está en un período de intensa transferencia negativa o erotizada, no es la ocasión mas indicada para la inclusión en un grupo, ya que lo ideal es que estas formas de resistencias se trabajen en el marco donde se han originado.

En el segundo caso, a veces el pedido explícito de un paciente de comenzar una terapia grupal, puede ser una forma de resistencia que debe ser investigada.

En los dos casos utilizamos las entrevistas previas a la inclusión no sólo para determinar la agrupabilidad sino también para elaborar las fantasías y ansiedades propias de la inclusión en el grupo terapéutico. Las entrevistas individuales pueden continuar hasta corroborar la inclusión en el grupo, ya que ésta puede ser fallida por resistencia o por error en la indicación.

CUADRO II
AGRUPABILIDAD

CRITERIOS INDIVIDUALES

A. FACTORES DESFAVORABLES
Diagnósticos
Demencia
Oligofrenia
Psicosis(Melancolía, Paranoia, Esquizofrenia)
Hipocondría
Psicopatía
Perversión
Borderline
Suicidas

Situacionales
Incapacidad Física
Crisis agudas
Duelo reciente
Imposibilidad de cumplir con la asistencia periódica
Vínculos previos con otros integrantes del grupo

Disposicionales
Tendencia al acting-aut
Monopolismo crónico
Dificultad para expresar la agresividad unida a una regular tole-

rancia a las tensiones producidas por la propia hostilidad y la de los demás hacia si mismo

Poca tolerancia para compartir vivencias y sentimientos con otros

B. FACTORES FAVORABLES

Diagnósticos

Neurosis (histeria, fobia, neurosis obsesiva)
Depresión reactiva
Personalidad Infantil
Personalidad como si (falso self)
Caracteropatía
Psicosomático

Situacionales

Crisis vitales
Dificultad para el encuadre individual (honorarios)
Resistencia transferencial
Aislamiento
Cambio de status sociológico

Disposicionales

Rivalidad acentuada con figuras representativas de autoridad
Fantasías sobre una relación de dependencia excesiva
Temor homosexual en el contacto estrecho de la relación bipersonal
Dificultad en registrar y expresar afectos y sentimientos
Hijos únicos
Vínculos familiares distantes o inestables
Antagonismo fraterno exacerbado.

Ejemplo Clínico

Caso Federico

El paciente consultó en una institución de asistencia psicológica, donde se realizó una entrevista de admisión en cámara Gesell y filmada. Lo que transcribimos a continuación es el contenido de dicha entrevista.

Federico es un profesional de 44 años. Es un hombre tímido, que representa más edad de la que tiene. Contesta en voz baja y cuando habla espontáneamente lo hace de manera por momentos ininteligible. A medida que va avanzando la entrevista, gana en vivacidad.

Consulta porque: "No puedo terminar ciertas cosas ¿qué me pasa? Tuve una relación extramatrimonial, dejé indicios y mi mujer se dio cuenta. No podía cortarla". Actualmente se halla en terapia de pareja y trae a colación repetidamente lo que están tratando allí: la situación familiar, la desconfianza . Tiene cuatro hijos de 17, 14, 10 y 9 años. Está viviendo en "otro lugar" y cuenta llorando como fue la despedida y las explicaciones que le dio a cada uno de sus hijos por separado.

Trabaja en el mismo domicilio donde vive la familia y ve cotidianamente a su esposa, que es también profesional. La conoció en la temprana adolescencia y fue su única relación amorosa hasta el episodio de infidelidad que duró más de un año. Según refiere han resuelto que él viva en otro lugar hasta que se aclare debidamente lo ocurrido. La pareja está en tratamiento en una terapia vincular.

Su interés particular en la consulta también obedece a que se siente inmaduro, con poca experiencia en algunos asuntos, sin confidentes y a que ha sido defraudado en varias oportunidades. Por otro lado reitera que no le puede "poner el broche" a las cosas que hace.

La presunción diagnóstica del admisor es que se trata de un paciente de base depresiva con aspectos fóbicos, de buen pronóstico.

Los datos obtenidos en las entrevistas individuales previas a la inclusión en el grupo, realizadas por uno de los coordinadores, se pueden resumir como sigue:

Federico es el mayor de tres hermanos. Dice haberse arreglado solo desde chico. Recuerda a sus padres como poco demostrativos y cariñosos, a quienes nunca trajo problemas porque siempre hizo lo que se esperaba de él. No habla de los hermanos. Dice no tener amigos y relata dos episodios donde se confió a dos personas y lo defraudaron. Le cuesta verbalizar sus sentimientos y dice tender a "hacerse cargo de todo" en la familia, en el trabajo.

Se culpa por lo sucedido en su matrimonio, aunque intelectualmente acepta que debe tener que ver con algo de la relación con su mujer.

En el tiempo que medió entre la entrevista de admisión y el comienzo de las entrevistas individuales el paciente interrumpió su tratamiento de pareja. En el momento de la primera entrevista individual el paciente se sentía culpable ya que relataba su imposibilidad (y la de su mujer) de sostener la separación que había sido indicada por la terapeuta de pareja y abrigaba ciertos sentimientos de decepción ya que sentía que la terapeuta había tomado partido por su mujer, quien siguió un tiempo en tratamiento individual con la misma. De alguna manera intuía que ella había tomado una decisión que correspondía a la pareja, la cual de todos modos, intentaba acatar. En las entrevistas se trabajó el replanteo de la situación, su dependencia del deseo de los otros (en este caso la terapeuta vincular), lo que permitió la reevaluación con su mujer de la separación, y la decisión de volver a intentar la convivencia.

Cuando se realizó la indicación para ingresar al grupo el paciente no presentó resistencias manifiestas. Aceptó sumisamente “usted es la que sabe”, “si usted dice”, lo que se señaló como otra forma de complacer al otro (en este caso la nueva terapeuta). Sin embargo al trabajar las fantasías sobre la terapia grupal el paciente produjo un lapsus; al referirse al grupo dijo “grupo de tarea”. Esto dio la oportunidad de trabajar sus ansiedades en relación a la desconfianza, a la traición, temas que se incluían dentro de su problemática.

La conclusión de estas entrevistas fue que se trataba de un paciente neurótico obsesivo con defensas fóbicas, que era agrupable y que podía incluirse en un grupo en el marco de la institución. Creemos que la presunción diagnóstica surgida de la admisión se debe a que la situación de la entrevista(cámara Gesell, filmación), hizo emerger con mayor intensidad sus aspectos fóbicos. En las entrevistas individuales, en una situación menos expuesta, estos aspectos fóbicos fueron menos intensos, pudiendo detectarse entonces la estructura obsesiva.

En el momento de la consulta el grupo en que consideró incluirse a Federico estaba compuesto por 3 pacientes mujeres, un hombre y era coordinado por una pareja heterosexual de coterapeutas. Funcionaba hacía cinco años, con apertura lenta y el último paciente había ingresado hacía un año. La frecuencia de las sesiones era de una sesión semanal de una hora y media.

En este caso las entrevistas individuales cumplieron distintas funciones. Por un lado la evaluación diagnóstica de Federico y el estudio de su agrupabilidad. Se pudo trabajar en parte la ansiedad que generaba la posibilidad de integrar un grupo a una persona “desconfiada” y que sentía ser muy vulnerable al deseo del otro. Por otra parte en el momento de la consulta de Federico, Estela, una paciente había comenzado su proceso de alta y no consideramos adecuado el momento grupal , dada la crisis del paciente, para incluirlo en el grupo en un mo-

mento de despedida. Durante el tiempo en el que transcurrieron las entrevistas individuales, Estela y el grupo pudieron despedirse y elaborar en este proceso de separación.

Criterio individuales de agrupabilidad

Federico es un paciente neurótico, con una buena motivación para el tratamiento. Reconoce el origen psíquico de su problemática y su participación en los hechos que se desencadenaron en su matrimonio. Se pregunta acerca de algunas características de su personalidad y expresa el descontento por alguna de ellas, reconociendo las dificultades que le ocasionan en su vida cotidiana.

El tratamiento grupal está aquí indicado por varias razones:

* La desconfianza , que debe reflejar ciertas características de los vínculos de origen que podrán emerger en las múltiples transferencias (fraterna y filial).

* El aislamiento, producto de una incompleta salida a la exogamia.

* Las resistencias transferenciales intensas que presumimos podían desarrollarse por su desconfianza básica y por la última experiencia terapeútica donde se sintió otra vez traicionado. La dilución de la transferencia haría que este aspecto fuera menos obstaculizador para el trabajo interpretativo de los analistas.

* La dificultad para expresar emociones y sentimientos y su tendencia a la racionalización, aspectos que se movilizan más fácilmente a través del contacto con los demás integrantes en el aquí y ahora grupal y de técnicas de acción que el encuadre grupal permite instrumentar.

* Un superyo rígido que podrá modificarse en un clima permisivo, donde se acepte la expresión de la agresividad.

Criterios grupales de agrupabilidad

El grupo en el que se incluiría el paciente estaba conformado por:

Estela. 40 años. Personalidad Infantil. Profesional. Soltera. 6 años de tratamiento individual, tres años en tratamiento grupal como terminación , en proceso de alta. Trabajó sobre el duelo patológico de su padre y la discriminación de su madre .

Beatriz. 35 años. Histeria. Casada. Tratamiento grupal hace cinco años. Profesora de plástica. Trabajó en la consolidación de su pareja y su profesión. Salida a la exogamia. Descubrió que repetía la historia vincular de sus padres. En el momento de la inclusión de Federico comenzaba a trabajar sus dificultades para quedar embarazada.

Betina. 33 años. Obsesiva con defensas fóbicas. Profesional. Tratamiento grupal hace cuatro años. Divorciada. Vive en pareja hace 3 años. Trabajó sus dificultades para terminar la carrera y ejercer la profesión. En el momento se encontraba trabajando sus aspectos fóbicos reactivados por la mudanza con la pareja a una nueva casa construida por ellos.

Pablo. 45 años. Personalidad Infantil. Empresario. Casado, con dos hijos adolescentes. Tratamiento grupal hace un año. Trabajó su miedo a crecer profesionalmente y las dificultades con su pareja (de características fusionales: viven en una constante pelea, no pueden aceptar las diferencias, que el otro no sea un espejo).

Consideramos que la inclusión de Federico era adecuada ya que se agregaba un varón, lo que corría a Pablo del lugar de único. Su ni-

vel cultural era compatible con el del resto del grupo. La temática de su conflicto era coherente con el momento del grupo, ya que el tema de la diferenciación, la exogamia y la culpa estaban siendo revisados por el grupo bajo la óptica de las diferentes características de cada integrante. Podía además aportar cierto grado de racionalidad y análisis frente a las climas emocionales que habitualmente se vivían en el grupo, que por otro lado lo movilizarían.

Luego de un período de un mes y medio de entrevistas individuales semanales, donde se trabajó con sus fantasías acerca de la confiabilidad de los demás, su estilo de querer "conformar" a los otros perdiendo la conexión con su propio deseo y la amenaza que un grupo representaba, se incluyó a Federico, siendo en un primer momento cauto y observador, pero adaptándose rápidamente a la dinámica de este grupo, al cual enriqueció y en el cual pudo comenzar su proceso analítico.

CAPITULO 4

ENCUADRE

Definición. Lugar. Composición. Frecuencia. Duración. Sistema de reglas. Entrevistas individuales.

Definición

Entendemos el encuadre como el conjunto de factores que deben mantenerse constantes dentro del campo psicoterapéutico. Su invariabilidad garantiza la posibilidad de entender todo aquello que se modifica como producto del proceso que desarrollan los pacientes de un grupo en tratamiento.

Lugar

Una constante a tener en cuenta es el lugar físico en que se desarrollan las sesiones grupales. Acostumbramos a acondicionar el ámbito de manera tal que posibilite la acción espontánea de los pacientes, es decir un lugar confortable, sin objetos peligrosos o frágiles.

Habitualmente distribuimos almohadones en el piso de manera circular, sin que se determinen lugares fijos para los pacientes ni los terapeutas. El sentarse en el piso produce un efecto regresivo, filogenéticamente evocando imágenes tribales y ontogenéticamente favoreciendo la emergencia de vivencias infantiles, además de propiciar un encuentro con otros que se diferencie de los contactos sociales habitua-

les. La fijeza o plasticidad en los lugares que se ocupan, el acercamiento o la distancia serán, entre otros, indicios a tener en cuenta en la lectura del proceso grupal.

Composición

Otro factor importante es la composición del grupo. En relación a la psicoterapia psicoanalítica grupal consideramos que la heterogeneidad en edades, sexos, sintomatología y estructura de personalidad posibilita con mayor efectividad la puesta en escena de las fantasías individuales, brindando una gama más amplia de sujetos que puedan operar como soportes proyectivos de los objetos internos. El trabajo sobre las identificaciones se enriquece también en relación directa con la heterogeneidad del grupo. Sin embargo aún en los grupos heterogéneos es necesario un mínimo de homogeneidad en los niveles intelectuales y socioculturales. De no ser así se corre el riesgo de que en el grupo falte un código o idioma común, y que un miembro "diferente" sea eliminado o se autoelimine por la imposibilidad de comunicación con los otros.

Cantidad

En relación al número de pacientes consideramos adecuado un mínimo de cuatro y un máximo de nueve, pudiendo variar el número óptimo de acuerdo a cada terapeuta o equipo de coterapeutas. El número debe ser siempre menor a doce, ya que excedido este límite comienzan a operar fenómenos grupales diferentes, comprendidos en el capítulo de los grandes grupos.

Frecuencia

La frecuencia de las sesiones puede ser de una o dos veces por semana con una duración de alrededor de una hora y media o dos. La

mayor frecuencia y duración posibilita el establecimiento de fenómenos grupales regresivos y transferenciales que colaboran con el proceso analítico. En este sentido existen otros encuadres grupales que pueden complementarse con el trabajo habitual de un grupo terapéutico. Las *sesiones prolongadas* tienen la misma dinámica de una sesión habitual pero una duración mayor, los *laboratorios o maratones* además de tener una duración mayor en general se dedican a una temática en particular que los terapeutas consideran necesario profundizar en un determinado momento grupal.

Duración

Los grupos son de duración ilimitada, abiertos, con apertura lenta, es decir que se trata de mantener constante el número de pacientes y cuando un paciente interrumpe el tratamiento o es dado de alta, se incluye otro.

Altas

Sostenemos un criterio de alta individual. A diferencia de otras líneas terapéuticas consideramos que el grupo como tal no es dado de alta, sino que dentro del grupo los pacientes, de acuerdo a sus posibilidades, van cumplimentando sus procesos individuales que los lleva, cada uno a su tiempo, a considerar la finalización de su tratamiento.

Reglas de no omisión, de abstinencia, de restitución, de confidencialidad

En relación a la tarea existen ciertas reglas fundamentales que conforman una institución simbólica, una ley enunciada por el terapeuta que es quien garantiza su cumplimiento. La regla de *no omisión* indica a los participantes que podrán hablar entre sí de lo que deseen, no habiendo temas vedados ni privilegiados. Esta regla es el correlato de

la asociación libre. La *regla de abstinencia* connota la abstención entre los miembros del grupo de realizar otro tipo de actividades en conjunto o tener relaciones sociales fuera del ámbito terapéutico (parejas sexuales, sociedades comerciales). La regla de *restitución* sugiere que se comuniquen en la sesión los intercambios que ocurren fuera de la misma y que conciernen al grupo. Esta regla intenta la integración de ciertos aspectos de la vida grupal que puedan quedar escindidos o disociados de la misma. El *secreto profesional* rige sólo para el terapeuta, pero se invita a que los integrantes del grupo observen discreción en lo que concierne a divulgar el contenido de las sesiones en ámbitos ajenos al encuadre terapéutico.

El incumplimiento de estas reglas por parte de los miembros del grupo no es sancionado por los terapeutas, sino que es tomado como parte de las vicisitudes del proceso. En nuestra experiencia la elucidación y comprensión en estos casos brinda la posibilidad de interpretar ciertas temáticas individuales y/o grupales que son fuertemente resistidas.

El terapeuta como portador de la ley, está también sometido a ella. Se abstiene de todo comentario o comportamiento que no sea garantizar las reglas, favorecer la transferencia e interpretar; no participa de conversaciones en el grupo que no se relacionen con la experiencia del conjunto y se abstiene de intercambiar con cualquiera de los miembros del grupo fuera del mismo.

Entrevistas individuales

En este punto queda comprendida la posibilidad de que un paciente de grupo pueda tener en forma simultánea sesiones individuales. A nuestro entender está totalmente contraindicada cierta práctica que hemos observado sobre la convivencia de una terapia individual con una terapia grupal con dos terapeutas diferentes. Esto facilita la disociación del material del paciente, lo que dificulta su tratamiento. En

nuestra experiencia tampoco es adecuada la simultaneidad de estos dos tratamientos con el mismo terapeuta, pero lo que nos ha sido de utilidad es la realización de algunas entrevistas individuales en el curso de un proceso grupal. Muchas veces esto permite que el paciente pueda comenzar a abordar ciertas temáticas resistidas en el ámbito grupal. El objetivo de estas entrevistas es que el paciente pueda comprender el porque de su dificultad para acceder grupalmente a cierta conflictiva y facilitar la restitución del material surgido al seno del grupo en su conjunto. Otras veces hemos visto que en situaciones de crisis algunos pacientes necesitan cierta continencia que la frecuencia grupal no puede brindar. En todos los casos observamos con rigurosidad la regla de restitución colaborando con el paciente para que incorpore al material grupal aquello surgido de la o las sesiones individuales. Somos concientes de las cuestiones transferenciales que pueden surgir por esta práctica, por lo que somos cuidadosos en aplicarla y reservamos su uso para ocasiones excepcionales.

CAPITULO 5

PROCESO GRUPAL

Parámetros: Las identificaciones. Las modalidades de acoplamiento. La fantasmática grupal. Las transferencias y las resistencias.

Parámetros

Diferentes autores han estudiado los procesos terapeúticos grupales, poniendo énfasis en distintos aspectos de la vida grupal. A nuestro entender las diferentes perspectivas desde las que se puede abordar la lectura de las vicisitudes de un proceso grupal no son excluyentes sino que se constituyen en visiones parciales y complementarias de un todo que, por la riqueza y complejidad de los fenómenos en juego, requiere de la sumatoria (no la suma) de todas ellas. Hemos considerado algunos de estos indicadores o aspectos de la vida grupal que permiten entender el proceso grupal: las identificaciones, las modalidades de acoplamiento, la fantasmática grupal, las transferencias y las resistencias.

Las identificaciones

El ser humano no existe como sujeto en tanto no tiene el sentimiento de su unidad, unidad de su cuerpo y unidad de su psiquismo. Wallon, Gesell, Lacan han mostrado la importancia de la "fase del espejo" en la constitución de esta unidad: el niño ante el espejo juega con imágenes especulares, no con personas reales. Cuando descubre que entre estas imágenes una es la suya la contempla fascinado, porque le

garantiza su unidad corporal y sirve como fundamento visible al concepto de su yo. A partir de entonces el yo se constituye como centro imaginario e ideal y es provisto de catexis de amor. Más tarde el yo se enriquece con identificaciones sucesivas y nuevas funciones, pero el yo arcaico subsiste como garantía de una unidad, garante imaginario y por consiguiente frágil.

Dada la intensa situación regresiva a que induce la interacción grupal, éste toma ciertas características del grupo interno (ver cap.1). Sus movimientos pueden alterar la relación de los objetos internos, por lo que las primeras ansiedades ante la situación grupal están en relación a fantasías de fragmentación, de pérdida de la identidad. En sus inicios la situación de grupo terapéutico psicoanalítico es vivida como una amenaza para la unidad imaginaria , como una puesta en cuestión del yo. El grupo pequeño permite que cada participante pueda tener una percepción individualizada de los demás y, recíprocamente, cada uno de ellos puede ser percibido por los otros. "Cada uno quiere que yo sea para él lo que él espera y maniobra para avasallarme con su deseo". Esta convergencia en cada sujeto de un cúmulo de deseos diferentes es intolerable. El yo se despedaza, la maravillosa unidad imaginaria se fragmenta: el espejo se ha roto. De esta manera es que los inicios de un grupo de psicoterapia psicoanalítica hacen surgir los más antiguos fantasmas de desmembramiento. El grupo lleva a cada sujeto muy atrás, allí donde no se había constituido aún como individuo, donde se sentía disgregado. En este momento de intensa regresión, cuando todos los individuos del grupo se sienten amenazados en su identidad, unos se retiran a su isla, otros se precipitan sobre el grupo intentado acapararlo, dos formas opuestas de preservar el yo ideal individual frente a la producción de una imagen que espanta: la del cuerpo despedazado.

¿Quien soy? es el cuestionamiento sobre sí mismo que la situación grupal genera en cada miembro. Se ponen rápidamente en cuestión las identificaciones imaginarias individuales, los participantes se

ven llevados a abandonarlas, al precio de la angustia de "ruptura", del miedo a cambiar, del sentimiento de "volverse loco". Es un nivelamiento grupal en el que ya nadie está individualizado. Por eso los primeros encuentros están consagrados a superar esta imagen y esta angustia. El grupo no tendrá existencia como tal si no lo ha conseguido. Es este su primer trabajo.

La ilusión grupal brinda una respuesta al deseo de seguridad, de preservación de la unidad yoica, para ello desplaza la amenaza dirigida al narcisismo individual y responde instaurando un narcisismo grupal. El grupo se erige en objeto libidinal y encuentra así su identidad. Se percibe un sentimiento de euforia que se expresa en el discurso de los participantes como "somos un buen grupo", "estamos bien juntos". El lenguaje corriente confirma que el conflicto en juego es la lucha contra la angustia de despedazamiento ya que los grupos se sienten dotados de un "espíritu de cuerpo" o se denominan "miembros" a sus integrantes. La ilusión grupal es la forma particular que toma en el grupo el estadio del espejo. Los integrantes se dan un objeto transicional común, el grupo, que es para cada uno de ellos a la vez realidad exterior y sustituto o simulacro del seno materno. Desde el punto de vista tópico la ilusión grupal ilustra en los grupos el funcionamiento del yo ideal, estadio arcaico del yo, heredero del narcisismo primario. Está constituido por la interiorización de la relación dual madre-niño, modelo de la omnipotencia narcisista con la que el sujeto trata de mantener una relación según la modalidad fusional de la identificación narcisista. La ilusión grupal proviene de la sustitución del yo ideal de cada uno por un yo ideal común. Esto explica el clima afectuoso, cálido y de protección que se vive en este momento grupal, y el sentimiento de participar de un poder soberano. En esta etapa la identificación de cada uno con cada otro es según el modelo de la relación narcisista especular.

La ilusión grupal, en un grupo de psicoterapia psicoanalítica, debe ser transitoria, produciendo un pasaje a otras configuraciones vin-

culares. El grupo se ha erigido en objeto libidinal, en una restauración colectiva de los narcisismos individuales amenazados. Esta es una etapa necesaria, sin embargo su persistencia constituye un desplazamiento defensivo en relación al verdadero objetivo del grupo: la investigación del inconciente, el análisis.

El proceso de individuación y de discriminación es posible mediante las interpretaciones de los terapeutas sobre las nuevas configuraciones vinculares más evolucionadas que se suceden, configuraciones que corresponderían, en el proceso evolutivo individual, a los estadios pre-edípicos menos arcaicos y edípico. Esto es posible en la medida en que los terapeutas hayan podido permanecer fuera del fenómeno, sin caer en la tentación narcisista de formar parte de la vivencia de la ilusión grupal ("tenemos un buen grupo, somos buenos terapeutas")

Con distintas variantes, puede surgir un "empareja-miento" donde dos participan, son actores y los demás son excluidos o se integran como acompañantes de los "activos". El mismo fenómeno puede generarse entre dos subgrupos, o un subgrupo y la coordinación, o cualquier otra variante. Lo característico es que alguien se haga cargo de la acción con otro, real o imaginariamente, y alguien quede excluido.

En los grupos de psicoterapia psicoanalítica, en la medida en que estas situaciones puedan ser elaboradas por señalamientos e interpretaciones, verbales o dramáticas, la malla interaccional se fortalece, se complejiza y enriquece.

La comunicación deviene en interacción, se puede pasar de la acción a la reflexión con facilidad. Los recursos expresivos son variados, se puede pasar del lenguaje verbal al del juego con naturalidad. Aunque no participen todos activamente, el paciente o los pacientes ubicados momentáneamente en el rol de observador, pueden participar como tal, sin precipitarse al lugar de excluido.

Se accede así a la construcción, poco a poco, de identificaciones **simbólicas**, que funcionan sobre la base de la diferenciación con el otro y por medio de las cuales los integrantes del grupo pueden llegar a identificaciones más individualizadas, en las que el deseo de cada uno se manifiesta en su diferencia y en su comunidad en relación a los deseos de los otros. Se accede a un funcionamiento grupal discriminado, que se asienta sobre la diferenciación entre cada sujeto y el grupo, y de los miembros del grupo entre sí. "El grupo es capaz de tolerar las tensiones inidividuantes y el sujeto es capaz de estar solo en grupo"(R. Kaës).

Es así que en el proceso, el grupo y los integrantes interactúan en un movimiento dialéctico en el cual se produce y se promueve un fenómeno de desidentificación de identificaciones imaginarias, para pasar a identificaciones defensivas narcicísticas primero, y simbólicas después.

Las modalidades de acoplamiento

En la teoría matemática de conjuntos se denomina **aplicación** a la correspondencia que a cada elemento de un conjunto **A** le asocia un y sólo un elemento de un conjunto **B**. Si **x** pertenece a **A**, el elemento de **B** que le asocia una aplicación *f*, se representa $f_{(\mathbf{x})}$ y se lo llama *imagen de* **x *por f*.** Si cada dos elementos distintos de **A** tienen imágenes distintas por ***f***, ésta se llama **inyectiva, unívoca o uno a uno**. Si todo elemento de **B** es imagen de uno de **A**, se le dice **epiyectiva o exhaustiva**. Si ***f*** es a la vez **inyectiva y epiyectiva,** se la denomina **biyectiva.**

Estamos en presencia de un homomorfismo cuando en dos conjuntos dados donde se hallan definidas sendas operaciones algebraicas, aplicación de uno en otro, tal que es compatible con las estructuras algebraicas definidas por dichas operaciones en los respectivos conjuntos. Es decir que si **a** y **b** son elementos del primer conjunto y **c**

es el resultado de componerlos según la aplicación en él definida, un homomorfismo transformará a **c** en un elemento del segundo conjunto que será igual al resultado de componer los transformados de **a** y **b** según la operación definida en dicho conjunto.

El isomorfismo es un homomorfismo **biyectivo**. Se habla de isomorfia, entonces, cuando todo elemento de un conjunto se encuentra asignado a una correspondencia **bi-unívoca** en los elementos de otro conjunto, en razón de un mismo sistema de relación.

El proceso grupal puede verse también desde la perspectiva de las modalidades de acoplamiento que el grupo va atravesando, desde una polaridad isomórfica hasta otra homomórfica.

El polo isomorfo es el polo imaginario, narcisista, indiferenciado del acoplamiento. Prevalece en él la identidad de las percepciones , de las representaciones, de los afectos, del régimen de las identificaciones. La necesaria coincidencia obliga a cada uno a mantener el lugar que le es asignado en el grupo indiviso. Todo lo que ocurre en el afuera ocurre también en el adentro porque cada uno de los sujetos no puede existir sino como miembro de un cuerpo dotado de una indivisión inmutable. El aparato isomorfo identifica el espacio psíquico individual con el espacio psíquico grupal. El discurso del grupo es metonímico.

El polo homomorfo es el de la diferenciación de los procesos, de las significaciones, de los roles, de los lugares, de las tareas. Permite el pasaje de la escición a la ambivalencia, estructura el grupo y las relaciones del grupo con referencia a la ley diferenciadora del orden simbólico. El acoplamiento proporciona espacios abiertos en los que puede surgir la palabra personal. El discurso es metafórico. “El homomorfismo es la aplicación de un grupo **G** en un grupo **G`**. Por derivación, un aparato homomorfo implica una distancia hecha de diferencia y de conflictividad entre esos dos conjuntos. El aparato psíquico grupal se

desarrolla en la tensión dialéctica de esos dos grupos".(citado por R Kaës en El Grupo y el Sujeto del Grupo.1995)

Sobre el interjuego, la distancia y la tensión, alternativamente mantenidos o reducidos entre la isomorfia y la homomorfia, se establece el proceso grupal.

La fantasmática grupal

El grupo es más que la suma de los imaginarios individuales, es un espacio de fomentación fantasmática. Es un lugar de intercambio entre inconscientes que conduce a construcciones fantasmáticas, a veces fugaces, a veces estables, en ocasiones paralizantes, en otras estimulantes y creativas. La actividad fantasmática es algo propio del aparato psíquico, y desde el momento en que hay un grupo, una fantasmática circula entre sus miembros, cualquiera sea el motivo que los haya convocado.

A diferencia de otros autores, consideramos que no existe un inconciente grupal. El fantasma o fantasía es siempre individual, es un guión inconciente que se desarrolla entre varios personajes, tiene una estructura interna grupal y es pasible de ser escenificado; desde esta propiedad distribuye lugares y a través de éstos forma un conjunto coherente a partir de una serialidad. El sujeto en su conducta, sus sueños, sus síntomas trata de realizar esta escena. El carácter estructural de la fantasía está dado por la existencia de diferentes posiciones, por reglas que regulan su funcionamiento y por las propiedades atributivas, distributivas y permutativas que determinan la configuración de un sistema de roles. Así el papel organizador de la fantasía en los procesos grupales se apoya en:

* La estructura escénica: escenario de dramatización que propone objetos de investidura pulsional a los miembros del grupo.

* Su organización grupal: predispone a una distribución de lugares, propiedad distributiva que permite atribución de lugares y permutabilidad de los mismos.

El rol estructurante de la fantasía no reside sólo en su carácter de escena, sino en el hecho de que esta escena tiene un significado, es decir que no sólo incluye acciones sino también afectos y sentidos. Al decir de H. Bleichmar " el fantasma no es pura imagen de una boca mordiendo, sino que incluye la creencia de que lo hace por venganza, de que no dará tregua al sujeto... en su constitución intervienen además de imágenes visuales, sensaciones cenestésicas, quinestésicas, táctiles, auditivas o gustativas, un mundo de creencias que le otorgan un sentido..."

Las fantasías originarias son comunes a todos los sujetos, se constituyen en el preciso momento de la represión primaria y pertenecen al inconciente no reprimido. Son estructuras fantaseadas típicas, organizadoras de la vida fantasmática, que encuentran el carácter común de referirse a los orígenes. Como los mitos colectivos, son adquisiciones de la especie humana que intentan aportar explicación a los grandes enigmas con que se encuentra todo individuo. En la escena originaria se representa el origen del sujeto, en la fantasía de seducción el origen o surgimiento de la sexualidad, en la fantasía de castración, el origen de la diferencia de los sexos.

Las fantasías secundarias dependen de la historia personal, pertenecen al inconciente reprimido, son producto de la represión secundaria de las fantasías diurnas concientes y pertenecen al sistema preconciente-conciente.

R. Kaës llama la atención sobre la universalidad del escenario fantasmático originario, el carácter impersonal general de las fantasías originarias y el número restringido de formas que puede revestir. Estas características permiten al sujeto entrar, no importa donde en la escena y en esta ocupar un lugar, el que sea, alternativamente.

Las fantasías originarias constituyen la estructura de la relación básica que soporta el vínculo y las posiciones típicas en los grupos, siendo la fantasía de la escena primaria el modelo privilegiado a partir de la cual se organiza la presencia de las otras fantasías originarias (de seducción y de castración)

El sujeto de la fantasía originaria es el grupo: en él cada individuo tiene asignada una posición. A su vez la singularidad puede señalarse en la medida en que esa trama horizontal e impersonal se articule con la fantasmática individual. Cuanto mayor es la regresión mayor es la tendencia a que la fantasmática individual se aproxime al polo imaginario. Cuando predominan las fantasías secundarias se calman las angustias más arcaicas y se pasa al proceso de individuación: cada paciente puede ser actor y sujeto de su fantasía individual.

Las transferencias y las resistencias.

La transferencia, entendida como resistencia, es a la vez obstáculo y motor del proceso terapéutico, ya que su comprensión e interpretación permiten resignificar lo manifiesto. En el grupo, la transferencia toma una forma distinta a la del proceso individual. Se escinde tomando cuatro objetos transferenciales:

f) El analista o el equipo de analistas (central o vertical).
g) Los compañeros de grupo (lateral u horizontal).
h) El grupo como un todo(axial).
i) Un objeto exterior, generalmente la institución en la que funciona
y enriquece el proceso.

Como la escucha analítica implica el trabajo de descodificación de la acción y del discurso manifiesto con el objeto de restaurar su sentido, este clivaje de la transferencia en los grupos complejiza.

La angustia persecutoria que genera la puesta en situación de grupo, pone en marcha defensas primitivas, como la escisión. Los "objetos buenos" y "objetos malos", serán proyectados en los cuatro objetos transferenciales y las interpretaciones tendrán el objetivo de develar el carácter transferencial de los contenidos manifiestos, resignificando el discurso grupal e individual. El proceso podrá devenir entonces hacia la integración y la emergencia de conflictivas triangulares que nuevamente serán puestas en juego en los distintos objetos transferenciales. La presencia de este abanico de objetos transferenciales actúa como un prisma que permite poner en evidencia aspectos de la transferencia que pueden quedar ocultos o confusos cuando se dirigen a un sólo objeto. Por otro lado este hecho permite que en ocasiones, al no concentrarse la transferencia en el analista, este formule intervenciones que puedan ser escuchadas más libremente por los pacientes.

Una forma de resistencia habitual en los grupos es el liderazgo, estimulado por todos, ya que funciona inconscientemente como el representante de las resistencias grupales; la interpretación grupal debe tender a mostrar esta alianza inconciente. En general el líder es agente de resistencia, pero en la medida en que pueda ser interpretado, es agente de progreso.

El líder cumple distintas funciones para el grupo. Desde lo real, puede tener efectos estructurantes, sugestivos, organizadores. En el campo de lo imaginario, es soporte de identificaciones primarias, de mitos y fantasías.

El analista en su rol de "interpretante", instaura el orden de lo simbólico, es el portador de la "ley", no organiza, no actúa ni hace actuar, no sugiere.

En la transferencia se reproduce la historia genética, a través de la proyección de las estructuras psíquicas primarias de los miembros. Así es posible que se establezca con el líder una identificación prima-

ria con el yo-ideal, la madre protectora, mientras la figura del padre terrible, a modo de Super Yo arcaico, es el primer contenido de la transferencia sobre el "objeto" analista.

A medida que el proceso se va consolidando, este tipo de mecanismos identificatorios van siendo reemplazados por otros más evolucionados. Disminuye la ansiedad paranoide del comienzo, y empiezan a percibirse objetos totales. El clivaje es reemplazado por otros mecanismos más "neuróticos"; aparece la posibilidad de reparación. En tanto el proceso grupal se desarrolla en este sentido, las características del liderazgo se van modificando. Este pasa a ser rotativo, por épocas o aun por momentos en una misma sesión. Puede ser compartido, y esta alternancia y simultaneidad de liderazgo, es parámetro y motor del proceso. Por el contrario, la permanencia de un mismo liderazgo, es signo de resistencia.

La desaparición del liderazgo como función, es signo de desprendimiento. Los otros son percibidos como semejantes y singulares, modificando también el analista, la calidad de objeto de transferencia, pasando desde el lugar de Super Yo sádico al de Super Yo e Ideal del Yo.

0tra forma singular de resistencia de transferencia, es en relación a las reglas. Se trata de distintas formas de desconocer las reglas del encuadre. Ya sea a través de demandas al coordinador, de violaciones más o menos concientes de la regla de restitución, por impugnación directa de otras reglas o, como forma más sutil, pero no menos transgresora, por acuerdo intelectual pero desconocimiento práctico de las mismas. Por supuesto, todas estas situaciones son oportunidades excelentes de interpretación, verbales o no, como medio de estimular el insight grupal e individual.

CAPITULO 6

TEORÍA DE LA TÉCNICA

Intervenciones grupales e individuales. Recursos verbales y no verbales. Rol del terapeuta. Interpretación de la acción y con acción. Clasificación de las técnicas de acción.

Intervenciones grupales e individuales

Vimos en el capítulo anterior que la transferencia en los grupos toma características distintas de las del psicoanálisis individual, que se escinde en transferencias verticales, horizontales y axiales . Este hecho ya nos sugiere la posibilidad y la necesidad de implementar algunas variantes de la técnica. El terapeuta se puede dirigir al grupo en su totalidad, haciendo una interpretación grupal, por ejemplo, o a alguno de los pacientes en particular. El valor de esta variable, es que, como ya vimos en otros capítulos, el inconciente se estructura como un grupo, y en determinadas circunstancias, los miembros del grupo asumen distintos aspectos de los componentes del grupo intrapsíquico. Este fenómeno permite reconocer esta escisión, interpretarla, para que el insight se produzca permitiendo integrar aspectos escindidos, del grupo por un lado, pero de cada individuo por otro.

Recursos verbales y no verbales

En la situación de grupo en proceso psicoanalítico, algunas de las técnicas tradicionales del psicoanálisis, tales como el señalamiento, la interpretación, la asociación libre son implementadas sin grandes va-

riantes a un encuadre clásico, pero la situación grupal posibilita y enriquece el arsenal técnico del que se dispone. Además de los recursos verbales que son los más conocidos por su similitud con los del psicoanálisis individual, el grupo estimula el proceso de creatividad, tanto en los pacientes como en los coordinadores.

Trabajos recientes estudian la creatividad como un proceso psíquico distinto del proceso primario o el secundario (Fiorini y otros). De alguna manera, siguiendo una línea de pensamiento que iniciara Winnicott refiriéndose al juego, se describe la creatividad como otro proceso psíquico, al que se comienza a definir como "terciario".

Nos proponemos conceptualizar la creatividad en el campo del proceso psicoanalítico, como una " línea de fuga"(en el sentido deleuziano) de la repetición neurótica, que como tal, nos enfrenta con lo diferente, con lo desconocido.

En este sentido algunos representantes de la escuela latinoamericana del pensamiento grupal (Pavlovsky, Fridlevsky y otros), han considerado dos momentos del proceso creador. Aquel en el que el terapeuta se siente acompañado por sus modelos y sus teorías, y otro, que es el momento de caos, en el que es necesario hacer un duelo y quedarse solo, atravesando la angustia de un salto al vacío del que luego surgirá el producto de la creación como original y único, y como genuino producto de cada situación terapeútica. Así, lo creativo no consiste meramente en la utilización de la "cosa original" en sí misma, sino en el emergente del campo psicoterapeútico en un momento dado del proceso, sustentado por un referente teórico en relación al por que y para que de su utilización.

De esta actitud creativa surge la posibilidad de incorporar nuevos recursos que faciliten la labor psicoterapéutica. Existen técnicas no verbales, "la cosa nueva", que se introduce en el campo de la psicoterapia, impulsada fundamentalmente por "grupa-listas" de distintas es-

cuelas. Algunas técnicas se introducen como herramientas para comprender mecanismos del paciente que se tramitan a través de canales o códigos que no incluyen la palabra, y a los que no estamos habituados a tomar en cuenta, otras con el objeto de comunicar la confictiva en juego de manera tal que el paciente pueda comprenderla, allí donde la palabra no alcanza.

Nos referimos a una gama de recursos técnicos, "técnicas de acción", que si bien no son originados en el psicoanálisis, implementados con una visión psicoanalítica del proceso grupal, lo facilitan.

El caldeamiento o "Warming" es una instancia previa a la instrumentación de cualquier técnica. Consiste en un conjunto de procedimientos que preparan física y emocionalmente al paciente para la acción y favorecen la creación del clima adecuado al material que se desea elaborar.

El paciente que dramatiza o juega realiza asociaciones libres dramáticas análogas a las asociaciones libres en el discurso, por lo que sus acciones brindan material para la interpretación de aspectos preconcientes o inconcientes. Al finalizar cada técnica es importante que cada paciente verbalice los sentimientos y emociones que registró durante el desarrollo de las mismas. Este material, junto con la acción, deben ser tenidos en cuenta para la posterior interpretación, en el sentido que muestren coherencia o contradicción en los significados. La contradicción en ocasiones puede deberse a que el paciente utilice el lenguaje verbal como defensa frente al material que emergió a través del lenguaje dramático o lúdico.

Las dramatizaciones se desarrollan en el "como si", los pacientes hacen "como si" fueran padres, esposos, personajes de una escena que toma elementos de situaciones reales o imaginarias; los afectos y las emociones no son "como si" (esto se constituiría en una defensa) ya que pertenecen a la dimensión real de lo que sucede en el aquí y ahora del encuadre terapéutico. Los juegos se desarrollan en la dimen-

sión del “si”, es decir lo que sucede en el espacio- tiempo de la sesión es real, producto del desarrollo de la sesión.

En la implementación de técnicas de acción es conveniente no incorporar objetos reales, ya que esto limita ciertos aspectos proyectivos de la puesta en escena que más tarde pueden ser elementos para incluir en la interpretación.

El rol del coordinador, interpretación de y con acción

El rol del coordinador o terapeuta que utiliza técnicas de acción difiere del de analista tradicional. No sólo sus palabras sino su cuerpo y sus acciones están expuestas a la mirada del paciente y por lo tanto incluidas como elementos que, potencialmente, pueden ser terapeúticos .El terapeuta puede intervenir no sólo interpretando verbalmente sino también a través de acciones. Aquí es donde juega un importante papel el análisis de la contratransferencia y lo que D. Anzieu ha dado en llamar el “analisis intertransferencial” entre los coterapeutas, que es el análisis de las emociones que se generan en el terapeuta en resonancia con la transferencia del paciente, que no deben “actuarse” (en el sentido de acting diferente a acción) pero si incluirse en intervenciones que ayuden al paciente a esclarecer su conflictiva. Consideramos que este trabajo de análisis intertransferencial condensa aspectos de la tradicional supervisión, con elementos de análisis didáctico.

Clasificación de las técnicas de acción

En el capítulo 7 de esta obra se desarrollarán técnicas que provienen de distintos orígenes psicoterapeúticos(psicoanálisis, psicodrama, gestalt, etc...) y no psicoterapeúticos (música, pintura y otras artes) y su utilización como facilitadores del insight y la elaboración, siendo por tanto comprendidas e implementadas como favorecedoras de la ta-

rea analítica en tanto preceden y facilitan el acceso a la palabra, posibilidad simbólica por excelencia, y a través de ella al proceso psicoanalítico fundamental de hacer conciente lo inconciente

El esquema que sigue es un criterio posible de sistematización de las técnicas de acción.(cuadro III).

Técnica		Ejemplo
Dramática	Dramatización Soliloquio Diálogo Inversión de roles Doble Espejo	
Lúdicas	Corporales	Batalla de pulgares
	Verbales	El secreto
	Dramáticas	La Balsa
Ensueño	Dirigido	La tienda maravillosa
	No dirigido	
Expresivas	Plástica	Collage
	Danza	La semilla
	Literatura	Poesía grupal

TÉCNICAS DRAMÁTICAS

Jacob Levy Moreno, médico rumano nacido en 1892, es quien creó y desarrolló el psicodrama y las técnicas dramáticas (role playing, sociodrama).

El psicodrama consiste en la utilización del mismo medio de comunicación que utiliza el teatro, con la diferencia de que su finalidad no es artística ni estética y sus argumentos no están preestablecidos por una autor ajeno a la representación; el psicodrama es la utilización de técnicas dramáticas para ejercer una acción terapéutica sobre individuos. El núcleo fundamental del psicodrama es la dramatización, que a diferencia de otro tipo de psicoterapias utiliza no solamente la palabra sino que hace intervenir manifiestamente el cuerpo, sus posturas, sus expresiones y sus interacciones con otros cuerpos. El psicodrama no deja de lado lo verbal, sino que, por el contrario, las palabras se jerarquizan al incluirlas en un contexto más amplio que es el de los actos. La sesión psicodramática incluye tres momentos o etapas:

* El caldeamiento: es el conjunto de procedimientos que intervienen en la preparación de la dramatización, y su objetivo es que los pacientes se encuentren en condiciones para la acción. El caldeamiento puede ser verbal (intercambio de los pacientes sobre una temática que luego derivará en la dramatización) o corporal, a través de técnicas o juegos específicos que favorezcan la acción y el clima emocional requerido para la posterior dramatización.

* La dramatización: es la heredera de la escena teatral, donde se juegan personajes y se movilizan emociones.

* Los comentarios: es el momento donde se habla de la experiencia dramática, su recepción en el grupo y cada uno de sus integrantes. En general, en el psicodrama moreniano, los coordinadores parten de una teoría previa del conflicto, que buscan hacer evidente con la

dramatización.

TÉCNICAS LÚDICAS

Nos referimos aquí al juego, que ha sido estudiado desde distintas perspectivas (Piaget, M. Klein, Winnicott, entre otros).Para nosotros se trata de una actividad que compromete al cuerpo y que se desarrolla en un ámbito que no es una realidad psíquica interna, se encuentra fuera del individuo, pero tampoco pertenece claramente al mundo exterior.

Los juegos tienen reglas y consignas que se proponen a los pacientes con el fin de orientar el material emergente hacia las diferentes temáticas que se desean investigar. Las mismas deben ser claras y precisas de tal modo que toda desviación pueda ser interpretada como producto de la subjetividad del paciente o del grupo.

TÉCNICA DE ENSUEÑO DIRIGIDO

La técnica de "ensueño dirigido" fue creada por el Dr. Roberto Desoille y se basa en la utilización dela imaginación activa como vía de acceso al paciente. Es importante diferenciar la libre ensoñación, del ensueño dirigido. En este último el terapeuta proporciona al paciente la imagen de partida. Tampoco es un sistema de hipnosis porque el sujeto es conciente de todo cuanto ocurre y apunta a la comprensión profunda de la dinámica inconciente. En las sesiones de ensueño dirigido el paciente se recuesta en un diván en la penumbra con los ojos cerrados y en ausencia de total de estímulos sensoriales. En este ambiente tranquilo el sujeto entra en un nivel de conciencia especial, en donde el terapeuta actúa proponiendo la imagen inicial del ensueño.

Desoille desarrolla a partir de esta técnica una forma de abordaje a la conflictiva del paciente a partir de una teoría propia que se basa en la elección de la imagen de partida. EL propone seis temas iniciales que, a su juicio, son constantes en todos los pacientes, a modo de arquetipos jungianos. La espada para los hombres, la copa para las mujeres (la masculinidad y la femineidad). Los otros temas son el fondo del mar (para trabajar los diferentes aspectos de la personalidad) el brujo y la bruja (figuras prenatales), el dragón (guardián de las inhibiciones) etc. En este punto es donde diferimos de la clásica utilización de la terapia del ensueño dirigido ya que para nosotros la técnica permite acceder a la simbología particular de cada paciente.

TÉCNICAS EXPRESIVAS.

Las técnicas expresivas utilizan el lenguaje de las artes (plástica, danza , música) como medio de expresión del mundo fantasmático de los pacientes. Los estímulos que se utilizan pueden ser auditivos (música, ruidos, silencio), visuales (fotos, imágenes, dibujos) táctiles (materiales para modelar, exploración táctil de superficies) a partir de los cuales el paciente o el grupo generará un producto objetivo y objetivable: una prosa, un collage, una serie de movimientos corporales, etc. En estas técnicas el cuerpo ocupa un lugar preponderante en la recepción de los estímulos y en la producción expresiva, lo que permite activar asociaciones por medio de diferentes canales sensoriales (huellas mnémicas no verbales).

Las técnicas citadas tienen, en algunos casos, teorías que vehiculizan la comprensión del material surgido en los pacientes de acuerdo a su marco referencial(psicodrama de Moreno, ensueño dirigido de Desoille, técnicas lúdicas de acuerdo a distintas escuelas). Nuestro marco referencial es el psicoanálisis. En todos los casos se estimula la verbalización posterior, que se integra en la interpretación con los contenidos y las formas surgidas a través de las distintas técnicas. Los co-

mentarios y verbalizaciones del grupo ayudan a completar la interpretación ya que por fomentación fantasmática los pacientes pueden aportar elementos reprimidos en los otros paciente o descubrir por identificación con otros, aspectos desconocidos de sí mismos.

No creemos en la simbología universal sino en la posibilidad única que cada paciente tiene de expresar su fantasmática individual mediante una simbología particular en relación a su historia y su patología. Las técnicas que desarrollamos son medios para acceder a esa simbología.

CAPITULO 7

RECURSOS TÉCNICOS

Las técnicas de acción. Ejemplos.

Las técnicas de acción

En su amplia mayoría los recursos técnicos a los que nos referiremos en este capítulo incluyen la acción, el cuerpo en movimiento, con el objeto de favorecer la emergencia de sentimientos y emociones que luego puedan traducirse en palabra plena, al eludir ciertas defensas habituales en los tratamientos analíticos tradicionales como la disociación, la intelectualización y la racionalización.

Las técnicas que describiremos no son un listado excluyente ni exhaustivo. Por el contrario son sólo ejemplificadoras de modalidades de abordaje que cada terapeuta podrá utilizar como modelo o inspiración de otras que surjan espontáneamente de su creatividad y su experiencia en los distintos momentos del proceso terapéutico. La implementación de las mismas puede considerarse también en tratamientos individuales o vinculares.

1.**COHESIÓN, INTIMIDAD Y CONFIABILIDAD**

En los primeros momentos de un grupo, cada miembro siente amenazada su identidad(*ver capítulo 5*), se reactivan ansiedades primarias de desintegración del self al sentirse objeto de la mirada-deseo de otros. Por ello se intenta crear en el grupo la posibilidad de emer-

gencia de sentimientos de cohesión, intimidad y confiabilidad.

Cohesión: es la fuerza de unión que debe tener un grupo para poder trabajar. Para lograrla es necesario que surja y se elabore también la agresividad, ya que si queda latente emergerá como resistencia.

Intimidad: crea condiciones mínimas de regresión para que exista la continencia necesaria para atravesar los primeros momentos paranoides y poder abordar situaciones conflictivas.

Confiabilidad: es un estado permisivo, relacionado con aspectos yoicos. No solamente se refiere a la confianza en los otros sino además a un estado anímico que supone una creencia en la tarea que se emprende, en este caso el tratamiento grupal.

Antes de la implementación de cualquiera de estas técnicas, es conveniente la realización de un warming o caldeamiento, como se refiere en el capítulo anterior.

1.1. PRESENTACIÓN *Técnica lúdica. Juego verbal.*

Uno por uno los participantes caminan, luego se paran en una postura cómoda. Se los invita a sentarse en círculo. Después de un momento se ubican por turno en el centro del círculo y permanecen en silencio mientras los demás imaginan su historia y la cuentan en primera persona. Al finalizar cada uno ratifica, rectifica y comenta sobre lo escuchado.

1.2. PRESENTACIÓN CRUZADA. *Técnica lúdica. Juego verbal*

Mirar a los otros como si se conocieran de antes y elegir una pareja para trabajar. Cada pareja se presenta al otro como quiera, habla de sí y su compañero puede hacer preguntas. Luego de un tiempo determinado por el coordinador, alrededor de cinco minutos, se invier-

ten los roles. Al finalizar, cada integrante de la pareja se presenta al grupo como si fuera su compañero, hace suya la historia del otro. El grupo puede formular preguntas.

Se finaliza con una caminata de todo el grupo donde al cruzarse, se saludan diciendo su nombre.

1.3. CIRCULO DEL MIEDO. *Técnica lúdica. Juego verbal*

Los miembros del grupo se sientan en círculo y cada uno, desde su lugar, elige un compañero y le dice claramente, hoy y aquí, con certeza:

a) Tengo miedo a.... y te lo digo a vos porque....
b) No tengo miedo a .... y te lo digo a vos porque....
c) Te tengo miedo a vos porque....

Se investigan los miedos preconcientes, que son dichos por otros. Es una homologación de miedos, lo que calma las ansiedades persecutorias. En la primer consigna se revela el miedo de cada uno y al elegir a quien decirlo se está eligiendo un acompañante contrafóbico. Es un juego rico no sólo para realizarse en el comienzo de un proceso grupal; en laboratorios y prolongadas revela siempre aspectos nuevos.

La implementación de este juego disminuye el miedo y la ansiedad, lo singulariza (hay miedos generales y miedos individuales), revela la relación de cada uno con sus propios miedos. Permite investigar lo que a cada uno le pasa cuando tiene miedo, se relaciona con la evaluación de lo que le pasa. Por otro parte permite objetivar el miedo (miedo a algo).

1.4. CONOCERSE CON LAS MANOS *Técnica lúdica. Juego corporal*

Se eligen parejas que se van a comunicar sólo por el contacto en-

tre sus manos. Luego cada participante comenta que descubrió, que confirmó y que sintió. Es conveniente implementar este recurso al comienzo ya que disminuye rápidamente las tensiones.

1.5. PULSEADA DE PULGARES *Técnica lúdica. Juego corporal.*

Se realizan tres series con un ganador en cada serie. El objetivo es comprender que la competencia puede ser divertida. Al finalizar cada participante cuenta qué le pasó y qué sintió. Se utiliza para generar un clima de diversión y permite observar los distintos mecanismos frente a la competencia (me distraje, me ganó por casualidad...). Se puede hacer una segunda ronda cambiando de pareja. Es útil para explicitar situaciones de competencia o rivalidad latentes.

1.6. TE MANDO A... *Técnica Dramática. Diálogo.*

Cada participante se presenta como si hablara la persona que le indicó o sugirió el comienzo de una psicoterapia. Esta persona puede ser real o fantaseada. Se realiza la dramatización dialogando con el coordinador.

1.7. CONOCERSE CON LA CABEZA. *Técnica lúdica. Juego corporal.*

Se forman grupos de tres personas que se contactan sólo por la cabeza. Esta técnica induce a la regresión, y por ser tres los participantes suelen aparecer sentimientos de celos y rivalidad. Vivir un momento de mucha armonía provoca fantasías regresivas que deben ser tenidas en cuenta, ya que dicha armonía se relaciona con el juego.

1.8. EL SECRETO. *Técnica lúdica. Juego verbal.*

Se puede implementar en la segunda o tercera sesión de un grupo o en laboratorios. La finalidad es lograr una máxima confiabilidad

e intimidad. Se eligen parejas y se cuentan un secreto uno a otro. El secreto no se revela al grupo, sólo se comenta cómo se sintió cada uno luego de contar y oír un secreto. En general la relación de cada uno con su secreto es persecutoria, cuando se cuenta a otro se hace interlocutoria, pasa a ser depresiva y se puede elaborar.

Un secreto cambia su sentido cuando cambia el contexto donde es relatado. Cuando cambia el sentido es porque aparece un afecto que hasta ese momento estuvo reprimido. El relato de algo, cambiado el contexto, revela sentidos distintos.

Este juego plantea una situación edípica invertida; son los hijos (pacientes) los que tienen un secreto a espaldas de los padres (terapeutas), inversamente a lo habitualmente sucedido en la novela familiar, donde los que quedaban excluidos eran los hijos, frente a los padres que se "encerraban en su dormitorio con sus secretos".

1.9. SECRETO EN PAPELITOS *Técnica lúdica. Juego verbal.*

Cada participante escribe un secreto en un papel, se mezclan y cada uno saca uno al azar. Lo revela como si fuera propio.

Hay un ataque a la carga narcisística que uno tiene con un secreto en el momento en que es contado por otro, desde otra posición imaginaria Este juego es un escalón para acceder a la dramatización.

1.10. NIÑOS EN EL PRIMER DÍA DE CLASES *Técnica lúdica. Juego dramático.*

Se empieza caminando libre por el lugar y luego se da la consigna: los participantes son niños en su primer día de clases. La maestra no llegó y los padres ya los han dejado. Es la primer experiencia de aprendizaje fuera de la casa. Este juego remite a las primeras experien-

cias de separación, permite ver la dinámica grupal, la formación de subgrupos, los roles que se asumen y se adjudican. Se suelen incluir soliloquios y cambio de roles.

1.11. FLOR GRANDE. *Técnica lúdica. Juego corporal.*

Los participantes se sientan en ronda, con los ojos cerrados, tomados de la mano. La consigna es: "Piénsense como una parte de una gran flor, un pétalo, el color, el aroma. Esa parte se puede relacionar con otras partes de la flor, y se la pueden llevar. Luego van abriendo los ojos y soltándose de las manos".

Esta técnica permite vehiculizar un afecto grupal. Facilita la sensación de sentirse parte de un todo. Es cohesionante.

1.12. LA PIEDRA. *Técnica lúdica. Juego dramático.*

Imaginar que hay una piedra muy grande y entre todos tratan de moverla.

Permite investigar los roles de los integrantes en relación a una tarea en común.

2. **AGRESIVIDAD**

2.1. LA BALSA *Técnica lúdica. Juego dramático.*

El grupo su ubica en una balsa imaginaria. Son los sobrevivientes de un naufragio. El mar que los rodea está plagado de tiburones. Se da el tiempo necesario para que los participantes entren en clima y luego se imparte la siguiente consigna: "La balsa se está hundiendo, no soporta el peso de todos. Sólo dos podrán sobrevivir. Es necesario que de alguna manera se reduzca la tripulación a dos persona. Los que caigan, se tiren o sean arrojados al mar mueren ahogados y comidos por los tiburones. Tienen veinte minutos para decidir de alguna manera

quienes sobrevivirán". Los "muertos" no pueden hablar con los vivos ni entre sí hasta terminar el juego. Se va anunciando el tiempo que resta cada cinco minutos. Cuando quedan los últimos dos, se dan cinco minutos más para que hablen de lo que sienten y qué explicación darán si son rescatados por alguna nave. Se avisa que un barco los avistó y que tienen un tiempo corto para que acuerden que van a contar cuando sean rescatados.

En este juego básicamente se investiga la relación de cada integrante con la agresividad, la propia y la de los demás, por ejemplo quien rápidamente se arroja al mar, probablemente vehiculiza su agresividad volviéndola contra sí mismo.

2.2. JUEGO DE LAS AGRESIONES. *Técnica lúdica. Juego verbal.*

Cada participante le dice a los demás, mirándolo a la cara, una palabra o frase hecha, la más agresiva que el otro le inspire. Los terapeutas pueden ser incluidos pero no pueden contestar. Los que escuchan no deben hacer comentarios, contestar o bromear, sólo escuchar. En una segunda vuelta cada uno se dice lo más agresivo que se le ocurra de sí mismo. En una tercera vuelta, cada uno dice lo que más le molestó de lo que le dijeron sus compañeros. En la cuarta vuelta cada uno dice en voz alta, y conectándose con ello, lo que más le molestó que le dijeron y lo que se dijo a sí mismo (por ej. frustrado y cobarde).

En la siguiente vuelta se reemplaza el "Y" por la palabra "POR" (frustrado por cobarde). Luego cada uno explica lo que siente y piensa en relación a la frase que se formó. La en general la primera palabra tiene que ver con identificaciones imaginarias, la segunda con las fantasías que las sustentan. Las frases pueden ser también disparadoras de dramatizaciones.

Esta técnica es útil para movilizar situaciones agresivas enquis-

tadas. Si el grupo o algún integrante tiene mucha dificultad en realizar el juego, en general se debe a fantasías inconcientes terroríficas de aniquiliación en relación a la agresión. Si se pueden integrar y registrar las "broncas" con los demás es menos probable que se actúen.

2.3. ZONAS DE AMOR Y ODIO. *Técnica lúdica. Juego corporal.*

Se delimitan espacialmente dos zonas: una de amor y otra de odio y se invita a los pacientes a ubicarse del lado en que se sientan más representados. Actúan en consecuencia: acariciar, besar, mimar o pegar, agredir, insultar.

Puede suceder que se produzcan actings (por ej. pelearse en serio), si se pierde la posibilidad de simbolizar en relación al amor y al odio. Se posibilita el descubrimiento de lo erótico en la agresividad. La agresividad no siempre es destructiva. Hay placer en la pelea y si se erotiza es porque al estar socialmente sancionada crea culpa.

3. **IDENTIDAD- IDENTIFICACIONES**

3.1. EL CUERPO DE PAPÁ Y MAMÁ. *Técnicas lúdica y dramática. Juego corporal. Soliloquio.*

Esta técnica puede ser utilizada cuando algún paciente toma una postura especial, tiene dolor o le molesta una zona específica del cuerpo.

Se le pregunta al paciente para que conteste con imágenes corporales ¿cómo te ve tu mamá? ¿ cómo te ve tu papá? ¿ cómo le gustaría verte a tu mamá? ¿y a tu papá?. Cuando tomás la pose ¿ qué dirían tus padres? ¿Les gustaría verte así?. Se pueden realizar soliloquios desde las distintas posiciones.

3.2. DISFRACES. *Técnica de ensueño dirigido y lúdica. Juego dramático*

Los pacientes en relax, acostados, con los ojos cerrados. Se da la siguiente consigna: "LLego a una casa vieja, veo una escalera caracol que lleva hasta el altillo, subo y encuentro allí un arcón lleno de trajes de todo tipo. Elijo uno para disfrazarme" Luego se consigna que abandonen la posición de relax y que se pongan el traje elegido con todos sus accesorios e interactúan desde el personaje con los otros .

3.3. EL ESPEJO. *Técnica dramática. Doble.*

Cada uno se coloca frente a un espejo imaginario, con otro adelante, que refleja su imagen, gestos y movimientos durante un tiempo. Luego se pide un soliloquio a cada uno. Se le pregunta al paciente que se mira en el espejo ¿qué parte de tu cuerpo te gusta más? ¿Qué le dirías? ¿ qué parte te gusta menos? ¿ qué le dirías? y al paciente que representa el espejo ¿qué sentiste adoptando esas posiciones, esos gestos?

3.4. AFECTOS. *Técnica dramática. Dramatización.*

Al trabajar con situaciones surgidas en el momento o traídas del recuerdo personal de alguno de los integrantes del grupo, se realiza una dramatización donde se asocie el afecto que está en juego . Luego se propone a los demás componentes del grupo que dramaticen escenas de su vida donde sintieron ese mismo afecto.

Con esta técnica se favorecen los procesos de identificación en el grupo, necesarios para la consolidación y el crecimiento del mismo. La interpretación de estos fenómenos posibilita las desidentificaciones que evitan la masificación en el grupo.

3.5. ANIMALES. *Técnica lúdica. Juego dramático.*

Cada paciente elige un animal y luego todos a la vez "son" el animal elegido. Se invita a través de la consigna a que piensen en el animal elegido, adopten su postura, sus actitudes e interactúen como ese animal lo haría con los demás. Pueden agregarse sonidos. Luego de interactuar durante un tiempo, buscan un lugar para descansar y dormir. Tienen un sueño. Al despertar todos juntos van a un arroyo a beber.

Esta técnica es útil cuando un grupo se encuentra en un período de pasividad. Se reactualizan conflictos y se facilita la expresión de afectos. Se investiga además la identificación con el animal y su modo de interacción.

3.6. EXHIBICIONISMO. *Técnica expresiva. Escultura.*

Esculpir el propio cuerpo sobre algún material maleable con los ojos cerrados. Una vez hecho esto se da la consigna: -Se olvidaron de algo, escúlpanlo. Luego los compañeros del grupo comentan lo que les llama la atención sobre las esculturas de los demás y finalmente y teniendo en cuenta estos comentarios cada integrante comenta sobre su producción.

3.7. ME GUSTA- NO ME GUSTA. *Técnica lúdica. Juego corporal.*

Cada paciente habla de las partes del cuerpo que más y menos les gustan y por que. Luego en parejas se toma contacto alternativamente con las distintas partes nombradas. El paciente que ocupa el rol pasivo hace soliloquios en el momento en que su compañero toca cada zona de su cuerpo.

4. **SITUACIONES DE CAMBIO**

4.1. LA QUEJA. *Técnica lúdica. Juego verbal.*

Esta técnica puede instrumentarse en situaciones de resistencia grupal que se expresa a través de quejas que no denotan una verdadera motivación para el cambio o el reconocimiento de la existencia de un conflicto intrapsíquico. La queja sirve para no modificar nada, para que siga sucediendo aquello de lo que uno se queja. Es importante transformar la queja en un sentimiento más activo y vital que permite el cambio (bronca, pelea). Se debe discriminar el afecto subyacente a la queja (culpa, tristeza). A veces puede detectarse el placer que produce la situación que la genera.

Clásicamente existen cuatro variantes de este juego:

A. Hay que quejarse y ganarle en la queja a los demás.

B. Los coordinadores brindan tres o cuatro temas para que los pacientes se quejen a la vez, todos en voz alta (los padres, la pareja, el trabajo, etc.)

C. Hacer el sonido de la queja con el que más se identificaron

D. Se sientan y cada uno hace individualmente el sonido elegido. Los demás comentan.

4.2. VIAJE A TRAVÉS DE LAS EDADES. *Técnicas dramáticas. Dramatización. Soliloquio.Diálogo. Inversión de Roles.*

Comenzar con una relajación no muy profunda. Luego se da la siguiente consigna: “Imagínense teniendo quince días de edad. Qué sienten, donde están, lo que miran, quien los mira” La rigidez muscular de los pacientes al realizar esta consigna puede deberse a la dificultad de entrada en la situación por algún grado de resistencia.

“ Ahora tienen seis meses”.

“Tienen cinco o seis años, es el cumpleaños de uno de ustedes(se elige un miembro del grupo)”. Se indaga sobre los primeros desprendimientos familiares y los comienzos de la socialización.

“Tienen quince o dieciséis años y están en una playa”. Puede investigarse el tema del inicio de la sexualidad adulta y de la salida a la exogamia.

“Tienen treinta años y están en una reunión” Pueden detectarse proyectos y duelos juveniles.

“Tienen cuarenta y ocho o cuarenta y nueve años (no decir cincuenta) y se reencuentran”. Se indaga sobre los duelos y proyectos de la edad madura.

“Tienen sesenta y cinco años y se encuentran en una plaza (o un club)”.En este momento suelen aparecer defensas maníacas (por ejemplo al hablar solamente de los nietos). También puede sólo hablarse de las limitaciones y las pérdidas, como un aspecto melancólico.

“Escriban en un papel la edad en que fantasean su muerte, y de que van a morir, qué epitafio se pondrían a sí mismos y que epitafio creen que les pondrían los demás”.

Por la duración y por el grado de movilización que produce es aconsejable realizarla en una sesión prolongada o laboratorio. Con cada etapa de la vida se propone una dramatización en la que se pueden hacer soliloquios, diálogos, inversión de roles, congelamientos de ciertas parte de la escena para dejar que otras se desarrollen.

Esta técnica alude a la relación de cada paciente con el paso del tiempo y las crisis etarias. Reestructura la relación con el propio narcisismo, en tanto reestructura la relación omnipotente respecto del paso

del tiempo.

5. **INCLUSIÓN-EXCLUSIÓN**

5.1. ESCENAS TRIANGULARES .*Técnica lúdica. Juego dramático*.

Es posible trabajar estas escenas sólo cuando se cuenta con bastante tiempo, en general es posible en prolongadas, laboratorios, etc...

Warming: Se trabaja primero con los ojos abiertos, luego se cierran, se reconoce a los otros tocándolos, luego se los nombra. Tratar de reconocer a la mayor cantidad posible de personas, es posible sugerir que se lo haga en cámara lenta si se ve que la ansiedad no permite que se tome el tiempo necesario. Se sientan al azar.

Se hace pasar a tres personas por vez en distintas combinaciones, dos hombres y una mujer, dos mujeres y un hombre, tres hombres, tres mujeres. Se busca en este juego la emergencia de situaciones de exclusión-inclusión típicas de las configuraciones triangulares.

El juego es rotativo, el coordinador va nombrando a cada uno de los participantes que comienza una acción desde el lugar y la actitud corporal en que se encuentra. En cada presentación cada uno debe mostrar una escena en mímica a la que los demás se van acoplando. Se prefiere trabajar con mímica pues la palabra puede actuar como defensa.

En una primera vuelta, cada uno es quien es hoy, en una segunda vuelta cada uno es quien fue (o como se imagina que fue) a los cinco años, y en una tercera vuelta como un animal.

Terminado esto, caminar pensando cual es el animal que más les impresionó, tomar la actitud postural del mismo, y luego interactuar.

5.2. EL INVISIBLE. *Técnica lúdica. Juego dramático.*

Tres personas viajan en un tren, dos de ellas charlan y la tercera trata de intervenir, hasta que se da cuenta que algo raro pasa. Antes de comenzar el juego se consigna a los demás miembros que el protagonista es invisible, inaudible, como un fantasma. Se deja crecer la escena y por último se pide un soliloquio al invisible.

5.3. EL INVISIBLE. VARIANTE II. *Técnica lúdica. Juego dramático.*

La escena es la misma que la anterior, pero se le consigna al invisible que debe hacer lo posible por hacerse notar, sin tocar a los otros dos. Si la situación se torna muy defensiva, se puede hacer jugar en forma muda.

Se indaga si alguien se divirtió al ser invisible, si se pudo disfrutar de una cierta impunidad que da la invisibilidad, aspecto no siempre descubierto, que se refiere a la posibilidad que da el poder aceptar quedar excluido de ciertas situaciones. El rol de invisible debe ser actuado por todos, y luego se pide un soliloquio y el registro emocional.

En este juego además de ver como es afrontada la situación de exclusión-inclusión por los participantes, se pueden detectar alianzas tácticas dentro del grupo al analizar la línea conductora de las escenas.

5.4. CIRCULO DE ENTRAR Y SALIR. *Técnica lúdica. Juego corporal.*

Uno por vez, cada paciente tiene que intentar entrar en un círculo que han formado los demás, que deben tratar de impedírselo. Cuando todos lo han hecho, se repite el juego pero esta vez con la in-

tención de salir del círculo. Al terminar, relajarse, y pedir que cada un haga una escena de su vida personal que le haya aparecido en la memoria. Obviamente, la mayoría de las escenas tendrán relación con situaciones que fueron vividas como de exclusión o de encierro, la contracara de la inclusión.

6. **SITUACIONES DRAMÁTICAS PARA INVESTIGAR TEMAS INDIVIDUALES**

6.1.REPRESENTACIÓN PLÁSTICA DE UN VÍNCULO. *Técnica dramática. Imagen. Soliloquio. Dramatización.*

Permite trabajar intensamente aspectos de relaciones bipersonales, es muy útil por ejemplo en terapias vinculares. Se puede trabajar con los dos integrantes del vínculo o con uno solo.

1) El paciente debe desplegar en una escultura con su cuerpo la representación interna de algún vínculo.

2) El paciente debe adoptar con su cuerpo (esculpir) la actitud física de la imagen que él supone que sus padres tienen de él. Primero un padre, luego el otro.

Cuando se arma la escultura, se proponen soliloquios. Se dramatiza, se piden inversión de roles.

6.2. PARES ANTITÉTICOS. *Técnica dramática. Dramatización*

Cada integrante del grupo debe decir que par antitético está viviendo actualmente. Los pares no deben estar referidos a un mismo objeto. Tener en cuenta que lo antitético es subjetivo, que tiene que ver con las vivencias de cada uno. Lo que es antitético para uno, no tiene por que serlo para otro. Estos pares se incluyen uno a otro, en general son dos polos de una misma situación.

Luego se lleva a escenas. Por ejemplo, si el par es sometido-creativo se deberá representar una escena donde creando se sienta sometido.

6.3. ESCENAS SIMPLES .*Técnica dramática. Dramatización*

Se dramatizan escenas de un paciente. Luego se comenta sobre lo que han podido ver y vivenciar los compañeros del grupo. El protagonista relata luego sus sensaciones.

6.4.DIRECTOR DE CINE.*Técnicas dramáticas, dramatización, soliloquio. Inversión de roles.*

Es de utilidad cuando en el relato de un paciente, se percibe que hay algo que no se está pudiendo expresar. Puede deberse a un monto de angustia intenso, o a resistencias preconcientes o inconcientes

Los compañeros designados por el paciente desarrollan la escena del relato siguiendo sus indicaciones. El protagonista queda afuera, como un director de cine. Cuando siente que la escena dramatizada expresa algo de lo que él siente, la detiene. Se pide al paciente que realice tres escenas en las que se realizan soliloquios e inversión de roles.

Al finalizar las tres escenas se pide a cada integrante que comente como le resonaron, si puede relacionarlas de alguna manera e intentar entender lo que subyace a ellas.

En este juego hay por lo menos dos observables:

1) Todas las escenas tienen una estructura que se repite, por ej. triángulos, rivalidad, etc...

2) La tercer escena explica a la segunda, y esta a la primera. Se arman como un rompecabezas.

Se debe intentar ver como se identifica cada uno con los distintos roles. Aunque es un juego para investigar temáticas individuales, todos quedan profundamente implicados.

6.5. DISFRACES(ver en identificaciones-identidad)

6.6. DISFRACES II. *Técnica lúdica. Juego dramático.*

Los pacientes se encuentran en posición relajada, acostados, con los ojos cerrados. Se da la siguiente consigna: "I-maginen un baúl lleno de disfraces, elijan el que más les guste, luego el que menos (o el que les atemorice), y por último el que sus padres tenían preparado para ustedes antes de nacer". Siempre con los ojos cerrados, hacer la mímica de vestirse con uno de los tres disfraces que se consignen de acuerdo a lo que se quiere trabajar y adoptar la actitud corporal que corresponde al disfraz. Abrir los ojos, comenzar a recorrer el lugar, conectarse con los otros, y comenzar a interactuar desde el disfraz.

6.7. ESCENAS TEMIDAS. *Técnicas dramáticas. Dramatización.*

Hay escenas temidas en distintas áreas de la actividad de un sujeto.

Se comienza recostado en el piso, boca arriba, mirar un punto en el techo, después la punta de la nariz, luego chupetear suavemente, como un bebé. Luego de un tiempo pararse y caminar. Reconocer a los otros sin hablar. Se genera un clima depresivo por regresión, y en este momento se invita a los participantes a relatar una escena temida.

A cada escena temida corresponde una escena familiar asociada, consonante. Se pide dramatizar la escena temida, luego la consonante, sugiriendo que recuerden alguna escena familiar que despierte el mismo contenido afectivo que el que se vivenció dramatizando la escena temida actual. De aquí se pasa a dramatizar una tercera escena, que es la resonante, es decir la que resuena en los demás. A veces se puede trabajar una cuarta escena, derivada de la primera luego de haber realizado todo el recorrido dramático. Esto aclara, en general, cual es el conflicto depositado en la escena temida. Escena temida es igual a escena deseada.

6.8. LA MOSCA.*Técnica lúdica. Juego dramático.*

Se trabaja en pareja, donde uno de los integrantes representa una mosca. Zumba, trata de molestar al otro, de ser "pe-gajoso como una mosca". El dedo índice representa a la mosca. Se indagan situaciones o vínculos donde alguien se siente molesto, o siente que es molestado por otro, como reacciona, como vivencia y con que otras situaciones de su vida asocia esta sensación.

6.9. EL PODER.*Técnica lúdica. Juego dramático.*

Se instituye un símbolo de poder, que detentará cada uno de los integrantes del grupo por cinco o diez minutos. Mientras lo posee, su poder es absoluto, sin límites. Puede hacer lo que quiera, ordenar a su antojo, y nadie puede oponerse. Si se extralimita, el coordinador intervendrá sólo si las conductas son muy bizarras.

Esta técnica se utiliza para investigar aspectos relacionados con la castración, que si no está lo suficientemente elaborada conduce a situaciones de impotencia (no se puede ejercer el poder) o de omnipotencia (se deniega la castración con la fantasía de que se posee un poder absoluto).

6.10. PESCA. *Técnica lúdica. Juego dramático.*

Para investigar situaciones donde la resistencia toma la forma de aburrimiento, mecanismo mediante el cual se desafectivizan conflictos y se los niega.

Puestos en línea, se ponen a pescar, a ver que se "engancha" en cada anzuelo. En relación a lo pescado cada paciente cuenta una situación en donde siente que se aburre.

La sensación de aburrimiento puede sentirse contratransferencialmente, es importante detectarla y trabajarla grupalmente para que el coordinador no la actúe.

6.11. SOLDADO DE PLOMO.*Técnica lúdica. Juego corporal.*

En situaciones donde la sensación es de dureza, de rigidez, de estereotipo. En los grupos, cuando el coordinador percibe estas sensaciones, frecuentemente es porque los integrantes están "actuando" personajes sin saberlo, por identificaciones imaginarias.

La consigna es: -"Estoy duro, como un soldado de plomo, de los pies a la cabeza, rígido" Cuando se ve que los miembros del grupo están realmente rígidos, se sigue: -"Me estoy ablandado, me estoy derritiendo, soy maleable, puedo tomar otra forma, empiezo a tomar otra forma. Desde esta forma nueva, decir una frase".

A veces, al poder actuar psicodramáticamente estos personajes, el de la rigidez y el nuevo, los pacientes pueden entender que están atrapados en un personaje, por identificación, y pueden comenzar un proceso de desidentificación.

6.12. JUEGO DE LA ADUANA *Técnica lúdica. Juego dramático.*

Esta técnica se utiliza para investigar ansiedades paranoides.

Un paciente dramatiza una escena en la que trae un aparato (computadora, videocámara, etc.) y que debe pasarlo por la aduana de contrabando. Mientras va con el carrito hacia el vista se le consigna que se detenga y haga un soliloquio. Luego cada paciente asocia escenas respecto de lo dramatizado y las dramatiza, aunque su contenido manifiesto parezca no estar relacionado con la escena inicial. Lo que subyace a las escenas asociadas son las ansiedades paranoides.

6.13. LA CUERDA FLOJA.*Técnica lúdica. Juego dramático.*

Se dramatiza la situación de cruzar, como un equilibrista, por una cuerda, sin red, mientras se canta una canción.

7.**DUELOS-PÉRDIDAS-DESPEDIDAS.**

Las pérdidas, reales o imaginarias, pueden tener dos sentidos. El de muerte, paralizante, o el de separación, que es más vital. Si se asocian con vivencias de muerte adquieren el carácter de duelos patológicos, en los que el paciente queda identificado con sensaciones de parálisis e incapacidad de recatectizar nuevos objetos o situaciones.

Las despedidas pueden ser asimiladas a situaciones de abandono, que se pueden volver intolerables en la medida que confrontan con el reconocimiento de que el otro es “otro” y no una parte de uno mismo.El modo en que son vividas las despedidas revela aspectos narcisistas de los vínculos y reactiva situaciones históricas de abandonos tempranos.

7.1.LA TIENDA MARAVILLOSA.*Ensueño dirigido.*

Esta técnica es un ensueño dirigido, de origen gestáltico, que puede ser utilizada tanto grupal como individualmente. El o los pacien-

tes deben permanecer acostados con los ojos cerrados. La consigna debe ser dicha lentamente, dando tiempo a la relajación y a la recreación en la fantasía de las imágenes que se proponen;

"Relajen el cuerpo, los brazos, las piernas...(se nombran todas las partes del cuerpo)...Concentren ahora la atención en la imaginación y vean una pantalla en blanco...en esa pantalla aparece un punto negro. A medida que se acercan a la pantalla el punto negro se vuelve más grande hasta que se convierte en un túnel que pueden atravesar. Al salir del túnel se encuentran en una plaza, recórranla. Cuando atraviesan la plaza se encuentran con una calle, avancen por ella hasta que encuentren un negocio de antigüedades. Se detienen en la vidriera, hay un objeto que les llama la atención. Es un objeto que ustedes conocen. Entran a verlo, lo tocan, lo agarran, lo huelen, SON el objeto. Luego dejan el objeto. Al irse descubren en él un detalle que nunca habían visto. Caminan hasta encontrar otra plaza, espacio verde que atraviesan. Cuando termina se encuentran con dos calles en diagonal. Eligen una y la siguen. Al final de ella ven una tienda enorme que tiene todo lo que material y espiritualmente se puedan imaginar. En la puerta hay un señor bajito que les permite entrar. La recorren y encuentran algo, material o no, que les es muy deseado (en el pasado, hoy o para el futuro).Se lo pueden llevar, pero deben dejar algo a cambio, algo que les sea muy preciado, muy querido. Se van de la tienda, y retoman las senda hasta encontrar el túnel. Antes de atravesarlo dejan lo que se llevaron de la tienda. Tómense el tiempo para despedirse del objeto, para registrar lo que sienten. Lo dejan. Atraviesan el túnel y vuelven a encontrarse con el punto negro que cada vez se vuelve más pequeño hasta que pueden ver la pantalla en blanco en su imaginación. Comiencen a moverse y a su tiempo abran los ojos".

En la elaboración posterior, con cada paciente se puede trabajar con escenas parciales, como por ejemplo SER el objeto de la casa de antigüedades y hacer un soliloquio. Los demás pueden hacerle preguntas al objeto. A partir de este material el paciente se va conectando con

su historia familiar, y con sus duelos lo que puede dar lugar a posteriores dramatizaciones.

Otro momento para trabajar es en el que debe dejarse el objeto conocido a cambio de lo deseado (representado por lo que se elige en la tienda maravillosa). Las actitudes frente a estos duelos pueden ser poder desprenderse de lo conocido, poder dejarlo para obtener nuevos logros o renunciar a nuevas adquisiciones por no poder desprenderse de lo perdido, de la historia.

Desde el punto de vista psicoanalítico la pantalla blanca con el punto negro hace referencia al nacimiento; las plazas permiten un cierto distanciamiento de los objetos, tranquilizan y ayudan a la relajación y al trabajo imaginativo. Conectan con la infancia. La calle centra la atención hacia un lugar. La casa de antigüedades induce a imaginar objetos referidos al pasado, evoca las relaciones objetales en función de la propia historia, de la vida familiar primaria. Los objetos que se ven y se eligen sufren procesos de condensación y desplazamiento, de modo que no siempre deben entenderse literalmente sino del modo como se interpretan los sueños. El detalle del objeto conecta con el paso del tiempo, el uso y la singularidad del objeto. Es la marca, la huella que lo identifica y singulariza de los demás. También contiene aspectos defensivos. Se incluye al tercero, el detalle y uno frente al objeto. Puede estar referido a la castración. Lo que está presente (el detalle) sin ser visto.

El objeto elegido en la tienda maravillosa se relaciona con el deseo. Incluye la elección y el proyecto. Es una mezcla de pasado, presente y futuro que implica un duelo porque debe dejarse algo para poder llevar el objeto elegido. Lo que se deja mide el grado y costo de compromiso con ese duelo ya que el objeto está cargado narcisísticamente y si no se puede dejar, no se puede pagar el costo que todo duelo significa. Se enfrenta la situación no como pérdida sino como de muerte.

En la consigna de la tienda maravillosa, es importante que lo que deben dejar sea algo muy querido, no lo más querido, ya que esto último se relaciona con la imposibilidad de acceder a un duelo. Si se entiende que se tiene que dejar lo más querido, nunca se va a poder elaborar un duelo, ya que todo es vivido "a pérdida". Cualquier cosa que se pueda llevar de la tienda maravillosa es insatisfactoria y el paciente queda con sensaciones de vacío.

Dejar el objeto deseado antes de atravesar el túnel es para marcar que se trata de una fantasía. El paciente debe conseguir lo que desea en la realidad, no se debe propiciar una idea mágica de pensamiento omnipotente con el que por el hecho de desear o imaginar algo, esto ya es realidad.

En general esta técnica hace referencia a duelos infantiles, estructurales y no actuales. Se indica cuando se plantean situaciones de pérdida, actual o pasada, o situaciones de proyectos personales, para lo cual es necesario trabajar los núcleos melancólicos.

7.2. JUEGO DE DESPEDIDA.*Técnica lúdica. Juego dramático.*

Se dramatiza la escena de un grupo de amigos que despide a una pareja que se va de viaje. Sobre esta escena pueden hacerse soliloquios e inversiones de rol. Conecta con situaciones de separación, afectos celosos, envidiosos, de competencia y favorece la emergencia de los mecanismo de defensa más habituales en cada paciente frente a estas situaciones y emociones.

7.3. DESPEDIDA DE UN MIEMBRO DEL GRUPO

7.3.1.*Técnica lúdica. Juego verbal.*

El grupo sentado en ronda. Cada paciente dice al compañero que se va con que cosas se queda de él y que le da en esta despedida para

que se lleve.

7.3.2. *Técnica dramática. Escultura.*

El paciente que se va arma una escultura, como una foto, de la imagen que tiene de cada uno de sus compañeros y del grupo como totalidad (es decir incluyendo las interrelaciones).

7.3.3. *Técnica dramática. Escultura.*

El paciente que se despide muestra corporalmente, sin hablar, como entró y como se va del grupo. Los compañeros observan y pueden confrontar con sus propias imágenes del paciente en esas circunstancias.

7.3.4. *Técnica expresiva.Movimientos corporales.*

El paciente que se va se para con las manos atrás, se queda en esa posición y es despedido corporalmente por cada integrante del grupo en la forma que cada uno desee y sienta que representa sus sentimientos ante la partida. En la segunda vuelta, el paciente que se va se despide corporalmente de cada uno, los que se quedan pueden responder.

7.4. DESPEDIDA GRUPAL. *Técnica lúdica. Juego corporal.*

Todos los pacientes forman un círculo, de pie, y se da la siguiente consigna: "Nos vamos acercando de a poco, nos juntamos, nos pegamos como chicle. Los cuerpos son como chicles que se pegan unos a otros. Giran en redondo y unos contra otros forman un solo cuerpo. Luego se van separando lentamente, hasta que solo quedan en contacto por las puntas de los dedos de las manos. Ahora se juntan a la distancia que cada uno desee con los demás" En esta técnica el coordinador puede incluirse.

CAPITULO 8

LA COTERAPIA

El terapeuta y el observador La "unidad funcional". La coterapia. Fundamentación. Funciones. Intervenciones.

En este libro nos hemos referido reiteradamente a "él o los terapeutas" de grupo. Esta distinción obedece a una posibilidad que inaugura el abordaje grupal que reside en el hecho de que el rol terapéutico pueda ser ejercido por más de una persona. Esta posibilidad no se debe al número de pacientes en tratamiento sino a un criterio teórico que sustenta la inclusión de un equipo terapéutico que potencie la riqueza del trabajo grupal a través de un dispositivo específico. La presencia de dos o más personas que desempeñan algún rol terapéutico puede ser entendida de diferentes maneras de acuerdo al marco teórico de referencia que se pone en juego en la elección de cada uno de los dispositivos posibles.

El terapeuta y el observador

Existe un primer modelo que contempla la presencia de un terapeuta y de uno o más observadores no participantes. La fundamentación de esta modalidad se apoya en el supuesto de que el observador no participante se encuentra de alguna manera "fuera" del campo interaccional o que al menos su compromiso emocional puede ser menor que el de un terapeuta directamente involucrado en la interacción. La función del o los observadores es, en este caso, el registro lo más fiel posible de los intercambios tanto verbales como no verbales de los in-

tegrantes del grupo con el fin de reconstruir posteriormente cada sesión para que el equipo en su conjunto pueda repensar lo ocurrido y plantear hipótesis interpretativas que se hallan pasado por alto en el momento del trabajo grupal. Consideramos que esta posibilidad conlleva algunos supuestos a nuestro entender erróneos, tales como el hecho de considerar que el observador no participante pueda no estar involucrado o estarlo en menor grado en la vida grupal por el sólo hecho de no hablar; por otra parte creemos que el hecho de guardar silencio no constituye a un observador en "no participante", por el contrario, su presencia desencadena en el grupo fenómenos proyectivos de alto nivel, en general con contenidos persecutorios, que movilizan aspectos transferenciales. El observador no participante tampoco se encuentra exento de vivencias contratransferenciales las que pueden vehiculizarse a través de mensajes no verbales (miradas, gestos, etc.) que son percibidas por el grupo o a través de la inevitable subjetividad del registro del material surgido de la sesión.

Una variante en relación a este modelo es la de un equipo formado por un terapeuta y uno o más observadores participantes. Este segundo modelo contempla la inclusión del o los observadores y legitimiza su presencia pero queda a mitad de camino en relación a la potencialidad que supone un modelo multisubjetivo de intervención en el campo de lo grupal.

La unidad funcional

Otro modelo utilizado en nuestro medio es el denominado "Unidad Funcional"(Rojas Bermudez) que reconoce su origen en el psicodrama moreniano. Este equipo está compuesto por un terapeuta y uno o dos yo- auxiliar. Las funciones de uno y otro se encuentran bien diferenciadas así como su formación profesional. J. L. Moreno caracterizó explícitamente las funciones, tanto del Director como del Yo Auxiliar, para el primero determinó las de productor, terapeuta y analista social, para el segundo actor, guía y agente terapéutico e investigador

social. Entendemos que esta modelización presenta cierto interés ya que incluye en toda su dimensión la presencia del equipo terapéutico y amplia las posibilidades que se presentan en relación a los campos a investigar y sobre los cuales intervenir en el trabajo grupal, es decir no sólo la palabra sino también la acción. Sin embargo se sustenta en consideraciones a las que no adherimos. El terapeuta es quien produce y dirige la escena en función de ciertas hipótesis terapéuticas que desea investigar o sobre las que desea operar, pero es el yo- auxiliar quien a través de su función de actor y en el espacio dramático opera con el paciente, privilegiando los registros corporales y emocionales que guían su intervención. En el comentario posterior a la dramatización es el director quien realiza la comprensión intelectual de la escena con los aportes del yo- auxiliar en relación al campo de lo vivencial. La diferenciación de director y yo-auxiliar determina, a nuestro entender, una disociación entre lo racional y lo emocional. Los continuos esfuerzos por integrar a los miembros del equipo para lograr una verdadera "unidad funcional" son vanos en relación a un supuesto fundamental que produce y potencia las operaciones de clivaje (disociación, escición) propias de la psicopatología de los pacientes. Otro argumento esgrimido en favor de esta práctica responde a la intención, de por sí válida, de incluir la triangularidad en el espacio psicoterapéutico. "... se hallan en permanente interacción tres roles sociales claramente diferenciados: paciente- terapeuta- yo auxiliar, los que constituyen una matriz vincular triangular constante." (Roberto Gómez). Consideramos que en este sentido existe un equívoco que se traduce en una especie de homologación entre lo tripersonal (tricorporal) y lo triangular, entre lo real y la realidad psíquica; el hecho de que existan tres personas o tres roles no garantiza la triangularidad a la que se accede como un logro intrapsíquico y una posición subjetiva en los vínculos producto del atravesamiento de fantasmas de castración.

La coterapia

El modelo que hemos elegido y desarrollado en nuestra práctica

de psicoterapia psicoanalítica grupal corresponde a lo que Mauricio Abadi y Eduardo Pavlovsky han denominado "psico-terapia grupal con dos terapeutas" o "coterapia". Se denomina así a la psicoterapia de grupo en la cual el manejo de la situación terapéutica es realizado simultáneamente por dos terapeutas "en absoluta condición de igualdad, en lo que se refiere a su importancia, funciones, operancia y jerarquía desde el punto de vista de los pacientes". "La presencia de la pareja coterapéutica en un grupo produce una acción catalítica que determina la intensidad vivencial y expresiva del material de fantasías inconcientes que emergen del grupo y de un proceso de facilitación a la apertura de nuevas vías de acceso al material inconciente del grupo"(Abadi y Pavlovsky).

Desde nuestra perspectiva esta modalidad inaugura la inclusión de lo grupal en el ámbito del equipo terapéutico, en cuyo seno se desarrollan los mismos fenómenos que atribuimos a todo grupo (un grupo de personas es tratado por otro grupo de personas). Sabemos que tanto nuestra labor como nuestra relación atraviesa todas las vicisitudes de un grupo y concientes de ello trabajamos constantemente sobre nuestros fantasmas con la idea de que todas aquellas cuestiones que puedan surgir entre nosotros puedan ser reflejo claro de la temática grupal y de cada uno de los sujetos del grupo, transferidas a nosotros en tanto grupo y/o en tanto individuos. Como todo grupo atravesamos en los comienzos de nuestra tarea en común, que lleva ya varios años, fantasías de despedazamiento y aniquilación , que nos han llevado a largas discusiones donde cada uno de nosotros mantuvo "a rajatablas" su posición. A pesar de nuestros acuerdos fundamentales (somos analistas, creemos en lo grupal) provenimos de diferentes orígenes y formaciones profesionales y el trabajo sobre nuestras diferencias, vinculado a fantasías de castración, nos ha permitido complementarnos y sumar nuestras experiencias para enriquecer nuestra labor cotidiana. También hemos ahondado en diferencias que hacen a nuestros estilos (por ejemplo uno de nosotros es más osado, el otro más cauteloso) lo que nos ha permitido mayor flexibilidad en el sentido de no quedar entrampados en ciertas identificaciones imaginarias ("el osado", "el cau-

teloso") y poder ambos disponer de una más amplia red de estilos y recursos. El trabajo sobre nosotros es una tarea constante, a la que dedicamos el tiempo y la energía que creemos necesarios para comprender las cuestiones imaginarias que circulan entre nosotros y poder simbolizarlas a través de una especie de autoanálisis grupal.

Funciones

Creemos que el modelo de la coterapia presenta una amplia gama de ventajas en relación a los modelos precedentes. Un grupo de terapeutas "piensa" mejor y "se piensa" mejor. Con un cierto grado de cohesión y entrenamiento, las visiones parciales de un mismo objeto pueden complementarse y potenciarse; cada terapeuta, de acuerdo a su experiencia personal y profesional, aportará un enfoque diferente que enriquecerá la visión global de los fenómenos grupales. Por otro lado el impacto de lo transferencial es más fácilmente metabolizado por un equipo de terapeutas, lo que facilita la interpretación de la misma.

Los aspectos no elaborados de la contratransferencia pueden aparecer como escotomas o tensiones entre los miembros de la pareja terapéutica, que se resuelven y se vuelven operativos, en el sentido de interpretables al grupo, a través de lo que D. Anzieu ha denominado "análisis intertransferencial".

En sesiones de grupo realizadas en coterapia puede suceder que alguno de los terapeutas se entregue más al juego transferencial, interviniendo en discusiones, opinando, acercándose más al plano de lo emocional que se genera en el clima grupal, mientras el otro observa la escena y el interjuego dramático que se desarrolla en la sesión con una cierta distancia que le posibilita enunciar las hipótesis interpretativas de los fenómenos en juego. Estas dos funciones, presentes también en un terapeuta único en virtud de lo que se ha denominado la "disociación instrumental", son ejercidas en la coterapia en forma alternada por cada uno de los terapeutas, en el transcurso de una misma sesión

o en sesiones sucesivas. Señalamos aquí la diferencia entre el funcionamiento de la coterapia y el de la unidad funcional. En esta última hemos anticipado cierto grado de disociación que está implícito en el encuadre a través de la rigidización de los roles (director y yo- auxiliar), en la coterapia al desarrollarse las funciones de manera alternada se garantiza que los fenómenos disociativos que aparecen en la transferencia son exclusivamente debidos a la psicopatología de los pacientes en tratamiento. "Cada uno de los terapeutas sirve, de este modo, de pantalla a las dicotomías surgidas de las múltiples disociaciones surgidas de una elaboración regresiva de las angustias. Disociaciones como lo bueno y lo malo, lo sano y lo enfermo, lo regresivo y lo prospectivo son proyectadas o depositadas sobre las dos pantallas (los dos terapeutas) previamente discriminados"(Abadi y Pavlovsky).

Intervenciones

Una adecuada relación coterapéutica se define por las intervenciones homólogas y complementarias de ambos terapeutas entre sí. La intervención homóloga consiste en la intervención de un terapeuta que resulta en una ampliación del mismo punto de vista del otro terapeuta; la intervención complementaria consiste en ayudar a completar la interpretación enunciada por un terapeuta desarrollando aspectos poco tenidos en cuenta. En estas últimas un terapeuta puede a veces oponerse momentáneamente a las intervenciones del otro con la finalidad de concientizar la contradicción o los antagonismos propios de la conflictiva de un paciente o del grupo. Ambos tipos de intervenciones deben ser utilizadas en una coterapia, evitando que cierto grado de rigidez resulte en que sean casi siempre homólogas o casi siempre complementarias. La persistencia de uno u otro tipo de intervenciones puede deberse a conflictivas no elaboradas de la pareja de coterapeutas (rivalidad, competencia o sumisión) o a cuestiones contratransferenciales que los coterapeutas dramatizan oponiéndose o acordando sistemáticamente.

El fundamento que subyace a nuestra elección en relación a la coterapia surge de nuestra convicción acerca de la efectividad de lo grupal en psicoterapia. No nos ofrecemos al grupo como un bloque indiscriminado de terapeutas que piensan siempre lo mismo, sino como un grupo de profesionales donde cada uno de sus integrantes puede aportar, desde su punto de vista, una perspectiva particular de los fenómenos en juego en cada sesión y a lo largo del proceso grupal. En su fundamento esta modalidad atenta contra la idealización y la posición fálica de un terapeuta poseedor de la verdad. Nos ofrecemos como dos personas discriminadas, idóneas en lo profesional que aportan una mirada que se completa con la del otro y con la de los integrantes del grupo. En este sentido sabemos, y aquí reside para nosotros el potencial del dispositivo grupal, que los pacientes poseen también una perspectiva válida de los fenómenos individuales y grupales y que muchas veces un rol terapéutico puede ser ejercido por uno o varios miembros del grupo. Nuestra visión como la de los pacientes es siempre fragmentaria, pero nos ofrece una multiplicidad de perspectivas y sentidos que enriquecen las intervenciones que podemos formular.

CAPITULO 9

CASOS CLÍNICOS

Una sesión grupal. Un laboratorio.

A manera de epílogo nos proponemos relatar en este capítulo dos situaciones grupales como modo de ejemplificar nuestra tarea. En estos relatos sabemos que un factor fundamental quedará siempre excluido: las emociones que acompañan el proceso grupal son imposibles de transmitir a través de una narración escrita y las más de las veces son ellas las que guían nuestro accionar en el trabajo cotidiano con pacientes en situación de grupo.

El primer ejemplo corresponde a una sesión dentro del marco habitual de un grupo terapéutico coordinado por nosotros, el segundo se trata del relato de una sesión de laboratorio de otro grupo con el que nos propusimos el objetivo de trabajar ciertos aspectos de su proceso.

Aunque se trate de dos situaciones con encuadre grupal, las mismas comportan ciertos dinamismos específicos que derivan del encuadre y connotan diferencias en relación a su tratamiento técnico.

Una sesión

El grupo, de modalidad semiabierta, que funcionaba en un ámbito institucional hacía ya cuatro años, y conservaba su composición en forma más o menos estable en los últimos tres años. Estaba compues-

to por tres integrantes hombres y tres mujeres. La coordinación estaba a cargo de nosotros como una pareja heterosexual de coterapeutas. La frecuencia de reunión era semanal, en sesiones de una hora y media de duración.

La sesión que relataremos ocurrió al poco tiempo de la deserción de una paciente, Zulma, que por su estructura psicopatológica, había sido depositaria de las imposibilidades de los demás miembros del grupo. Pensamos que la tolerancia que el grupo mostraba ante sus conductas bizarras se explicaba por el alivio que comportaba la depositación en ella de los aspectos de castración. En este sentido la presencia de Zulma en el grupo era importante e hipotetizamos que su ausencia desencadenaría fenómenos de resonancia fantasmática en relación a la fantasía originaria de castración.

El grupo comenzó a desarrollar un clima maníaco signado por el intento de negar la falta de Zulma. Se organizó una reunión social donde fueron a bailar como forma de desconocer el encuadre terapéutico (la ley) a través de un acting out. Uno de los varones, Nacho, que en otra ocasión había traído copias de un cuento escrito por él, sobre el cual el grupo trabajó analíticamente, en la sesión posterior a la deserción de Zulma trajo una copia de un nuevo cuento para cada uno de los integrantes menos para el terapeuta varón. Este nuevo relato titulado "La bruja" era una fantasía literaria acerca de sus propios fantasmas en relación a la mujer. Cuando preguntó que opinaba cada uno, el terapeuta varón dijo no saber nada ya que no había recibido copia. "Pero si le di a L..."(la terapeuta mujer). El terapeuta señaló "L. y yo somos dos personas distintas" Hubo risas en general y nada pudo analizarse acerca de este "olvido". En otro momento de la misma sesión, Nacho observó algo en relación al poder de la terapeuta mujer. Ella dijo: "Claro, yo soy la bruja" y Nacho respondió: "No, con vos no me ratoneo" y siguió hablando de otro tema. Este fragmento evidencia las maniobras que el grupo utilizaba para evitar la vivencia de castración, ejerciéndola sobre la figura de los terapeutas y su función interpretante ,

fálicamente investidos.

En este clima de negación, otra paciente, también llamada Zulma, dijo haber tenido la fantasía de no venir a la sesión siguiente a la deserción, ya que iba a ocupar " el lugar de la boluda". Sin saber por que, se le había ocurrido imitar a su compañera ausente, en sus gestos, sus poses, su estilo de discurso. ¿Negaba la ausencia, ocupando el lugar vacío, aunque fuera el de "la boluda"?

Zulma, la que permanece en el grupo, tiene 30 años, está casada y no tiene hijos. Es profesora de inglés, profesión que no ejerce. Su familia de origen está constituida por la madre (ama de casa) y dos hermanos mayores (un hombre casado, con hijos y una mujer soltera). Su padre falleció hace 4 años de cáncer.

En relación a su infancia, se recuerda como una niña no querida y no tenida en cuenta, en especial por su madre, con quien funcionaba de acompañante en los momentos en que el padre abandonaba la casa, hecho que ocurría con bastante frecuencia. Pensamos que el pacto narcisista con la madre se fundaba en ser quien daba compañía a una mujer que se sentía abandonada e incapaz de afrontar su soledad, ocupando el lugar de una ausencia, el lugar de una falta. Las ausencias del padre eran motivadas por presuntas actividades laborales que quedaban sin una clara explicación para la paciente. Cuando ella la preguntaba a la madre acerca de las mismas, ésta le contestaba: "Vos decí que tu papá es comerciante". Zulma cree tener el recuerdo que alguna vez se comentó en la familia que su padre había estado preso.

El déficit de elaboración de la conflictiva edípica la llevaba a repetir casi literalmente la historia de sus padres, en una pareja altamente insatisfactoria con un marido que la "dejaba sola" frecuentemente para irse a estudiar, pasando la noche fuera del domicilio conyugal una o dos veces por semana. En relación a la muerte de su padre, Zulma atravesaba un proceso de duelo patológico, ya que dene-

gaba de su ausencia como históricamente lo había hecho: ocupando su lugar.

La historia del tratamiento grupal de esta paciente estuvo signada por los momentos de angustia vividos en relación a las separaciones y las pérdidas; la inclusión de un nuevo compañero hacía surgir en ella la amenaza de que en algún momento éste pudiera no estar más. Las interrupciones por vacaciones la llevaron a abandonar el grupo unas semanas antes, para evitar la sensación de abandono, situación que hacía activa al "abandonar" a sus compañeros y terapeutas.

En la sesión que relataremos, Zulma cuenta con angustia ciertas dificultades que han surgido en su familia de origen en relación a la propiedad de la casa paterna, situación que se había mantenido sin aclarar desde su muerte. Se encuentra preocupada por la madre a la que llama constantemente por teléfono y va a visitar todos los fines de semana. Refiere que se encuentra fuera de sí, que nada de lo propio le interesa, que han perdido sentido todos sus proyectos (su trabajo, su pareja y su maternidad) y que estaría todo el día en cama. Dice, "me siento como muerta".

Pensamos que la historia de esta paciente la constituía en un miembro pasible de ser el portador de vivencias de muerte y de castración que el grupo no podía abordar. Esto fue corroborado por el hecho de que rápidamente cambió el clima del grupo: trataban de calmar su ansiedad, le sugerían posibles soluciones al problema concreto de la sucesión, le indicaban que actitud tomar con sus familiares. Creímos que esta era una nueva forma de resistencia: en un aparente clima de trabajo, el grupo obturaba la emergencia de la angustia.

Propusimos entonces un juego dramático. Invitamos a Zulma a ubicarse en el piso, acostada, con los ojos cerrados, sin moverse y sin hablar. Una vez ubicada, propusimos al grupo una escena. "Zulma ha muerto. Estamos todos en su velorio". "Acerquémo-nos a su cuerpo y

hablemos de ella".

- "Me da mucha pena, no pudo disfrutar de lo que tenía".

- " Se quedó mirando a su mamá y por eso no pudo mirar a su hijo".

- "Creo que tenía un montón de posibilidades que no pudo desarrollar".

- "Yo la quería mucho, pero me da lástima porque no la pude conocer".

- "Ahora nos tenemos que despedir de ella, porque no se pudo despedir de sus muertos".

Luego de estos comentarios agregamos: "Es el momento de la despedida, acérquese cada uno y despídase porque la vamos a enterrar". Tomamos algunos almohadones y comenzamos a cubrir su cuerpo desde los pies hasta la cabeza. Zulma lloraba y decía que no, pero solo atinaba a extender los brazos. Decidimos llevar la situación al extremo y comenzamos a ejercer cierta presión en especial sobre los almohadones que cubrían su cabeza y su rostro. Zulma comenzó a llorar.

-"No quiero, quiero vivir".

Siguió llorando un momento y cada vez con más fuerza comenzó a forcejar con nosotros con el, cada vez más firme, intento de salir. Lo logró y entre sollozos repetía:

-"Quiero vivir, quiero vivir".

Ante la pregunta sobre lo que sentía en ese momento dijo "tristeza y bronca". La invitamos a ir tomando los almohadones y tirarlos diciendo con cada uno de qué cosas debía desprenderse para poder vivir. Consignamos al resto de los compañeros de grupo a participar de la propuesta en relación a aspectos propios, y finalmente que eligieran el que les resultaba más significativo. Los elegidos fueron "El cagón" " El perdedor" "El incapaz" "El complicado" "La tonta" y "La muerte".

La propuesta de trabajo consistía primero en una interpretación dramática en la que entendíamos la situación de Zulma como una identificación imaginaria con el lugar del muerto (su padre) y de la ausente-muerta (la compañera que se había ido), y luego en una investigación de las posibilidades de desidentificación, expresadas simbólicamente en su aceptación o rechazo de la posibilidad del entierro. Reforzamos el conflicto a través del aumento de la presión en los almohadones con lo que se produjo en la paciente una resolución simbólica nueva del mismo: el abandono de la identificación y la aparición del deseo de vivir. A partir de la fomentación fantasmática producida por esta escena, con un alto contenido emocional, la propuesta se generalizó a todos los integrantes del grupo. Consistía en que pudieran nombrar e individualizar aquellas identificaciones imaginarias de las cuales debían desprenderse, desidentificaciones de los objetos primarios y originarios, simbolizadas por el acto de tirar los almohadones, que les permitieran acceder a su propio deseo.

En el momento de las verbalizaciones, el grupo pudo acceder a un franco proceso de elaboración, asociando en relación a conflictivas actuales e históricas. "El complicado", por ejemplo, es Nacho, un paciente de personalidad predominantemente obsesiva, que descubre como se complica intentando satisfacer el deseo de otro, una mujer que lo "embruja" hasta llegar al desconocimiento de su propio deseo. Después de un señalamiento habla de su padre, que abandonó a su madre para formar una nueva pareja con una mujer fálica, con quien desde ha-

ce varios años trabaja en posición dependiente y , según Nacho, vive dominado. Asocia con dos situaciones de noviazgo en las que en el momento en que parecía inminente el casamiento, sin saber bien por que rompió el compromiso, y se da cuenta que, otra vez próximo a casarse, y sin ninguna duda consciente de sus sentimientos, arriesga su relación con actings tales como tener relaciones con mujeres que pertenecen al mismo grupo social que su novia. Interpretamos en este momento el "olvido" de su padre en la transferencia, el olvido de la copia del cuento, como el deseo de eliminar al rival, como en su imaginario se inscribió la separación de sus padres, y el temor a la retaliación. El deseo edípico, y el terror a quedar atrapado en él, le hacen desexualizar a su madre en la transferencia("con vos no me ratoneo") y le impiden el establecimiento de un vínculo estable con una mujer .

"El perdedor" es la identificación de la que desea desprenderse una paciente mujer, Felisa, la que al señalársele el género (masculino) del fantasma evocado, se sorprende. Algunos miembros del grupo le señalan que ella ha hablado en estos términos de su padre, y que esto es lo único que ha podido decir de él. Felisa, espontáneamente comienza a relatar aspectos de su relación con él y va recuperando en el recuerdo una imagen más completa de su padre fallecido hace siete años. Se le interpreta desde el grupo que quizás la versión de perdedor es tomada de su madre en un intento de distanciarla del padre y que este mismo discurso tiene su madre en relación a Felisa.

Zulma eligió "La muerte" como aspecto del cual quería desprenderse. Pudo comprender que se trataba de una identificación imaginaria con el padre muerto, que se traducía en su desinterés por lo propio y en su falta de proyectos. El recrudecimiento de su desvitalización y su preocupación por la madre mostraba el funcionamiento del pacto narcisista originario, reactualizado ante el surgimiento del tema de la sucesión, como símbolo de la ausencia paterna.

El grupo se introdujo así en pleno proceso de elaboración de los

duelos pendientes en su historia y de la pérdida reciente del grupo. Esto incluyó la comprensión de que así como el grupo se encontraba paralizado en la posibilidad de trabajar mientras no fuera aceptada la ausencia de la compañera, de la misma manera los duelos pendientes condicionaban sus experiencias actuales. La dificultad de aceptar la ausencia equivalía a reintroyectar los aspectos de castración depositados en ella y su temor a la castración los llevaba a no analizarse ("no vivir"), que es una forma de la castración.

Laboratorio

El laboratorio fue programado para un grupo en su tercer año de trabajo analítico. La duración para este laboratorio fue de cinco horas. El encuadre de este grupo le da la modalidad de semiabierto, hasta un máximo de ocho pacientes.

Se había incluido hacía cinco meses una paciente de sexo femenino Lía , y se estableció una relación cargada de agresividad con otra integrante Vera., que por un tiempo había sido la única mujer del grupo. En ella parecían reactualizarse sentimientos contradictorios de placer y culpa en relación a anteriores compañeras que por distintos motivos habían dejado el grupo.

Con el ingreso de Lía se actualizó en Vera este conflicto ligado a su historia , situación que la sume en un mutismo inusual . Hipotetizamos que no podía confrontar con sus pulsiones agresivas, que podrían destruir al otro como, en su imaginario, habían destruido a su madre, fallecida tres años atrás. Por el momento personal de los integrantes "resonaba" la fantasmática de Vera en el grupo, caracterizada por una pregunta que no se podía formular (simbolizar): ¿Cómo crecer, cómo individuarse, sin destruir ni ser destruido? En algunos integrantes resonaba este fantasma bajo la temática de una red familiar simbiótica que los mantenía atrapados, en otros en relación a duelos no resueltos por el fallecimiento negado de los padres.

Defensivamente frente a esta situación el grupo estaba funcionando bajo el supuesto básico de liderazgo (Bion) depositando el rol de líderes en la pareja terapeútica. Se comportaban como "niños obedientes" frente a la "pareja parental"; la transferencia vertical era de absoluta idealización y las transferencias horizontales denotaban (en gestos y en silencios) agresividad y enojo. La interacción entre los pares era casi nula, desarrollando lo que se ha dado en llamar una comunicación radial (de cada uno de los integrantes con los terapeutas). Evidenciaban una gran pasividad y un alto nivel de demanda a los coterapeutas para que "hagan algo para que el grupo se mueva". (sic)

En este momento grupal decidimos instrumentar un laboratorio, acordado con los pacientes en un horario fuera del habitual. El objetivo de dicho encuentro era producir experiencias vivenciales diferentes en relación a los roles que estereotipadamente desarrollaba el grupo. La hipótesis de trabajo era que desestructurar el juego de adjudicación y asunción de roles posibilitaría la emergencia del material reprimido(agresividad, odio) a la vez que la confrontación con una amenaza fantasmática de auto o heterodestrucción.

El laboratorio se estructuró en dos partes, diferenciadas por un momento de descanso (media hora) en el que el grupo almorzó dentro del mismo lugar de trabajo. Teniendo en cuenta los tres momentos de la estructura de una sesión psicodramática (caldeamiento, dramatización y comentarios) planificamos la tarea de la siguiente manera:

1. Caldeamiento: Ensueño dirigido.
2. Juego: El ausente.
3. Elaboración
4. Almuerzo
5. Juego: El lazarillo
6. Elaboración
7. Cierre.

En la segunda parte no consideramos necesario un caldeamiento, ya que toda la primer parte del trabajo operó como caldeamiento para la segunda.

El caldeamiento elegido consistió en un ensueño dirigido. Consignamos la posibilidad de relajar y abandonar el cuerpo para abstraerse del aquí y ahora real y favorecer la emergencia de un estado de ensueño. Aparición de imágenes en un fluir sin controles concientes, sólo guiándolos en relación al contenido buscado; en este caso imágenes y sensaciones ligadas a la historia grupal. De este modo este ensueño sirvió como preparación básicamente emocional para el juego posterior.

El ausente es un juego de origen psicodramático (J.L.Moreno), una especie de espejo múltiple verbal. Invitamos a los pacientes a formar un círculo sentados en el piso; sucesivamente cada uno de ellos se ubicaría de espaldas al resto y los demás miembros del grupo hablarían del compañero que se encontraba de espaldas como si éste estuviera ausente. Esta técnica da la posibilidad por un lado de confrontar con las múltiples imágenes que el grupo tiene de cada uno de sus integrantes en relación a algunos aspectos reales (muchas veces disociados) que el paciente no conoce de sí mismo, a la vez que la posibilidad de que cada paciente proyecte aspectos de sus objetos internos. El hecho de que "el protagonista" se encuentre de espaldas da la oportunidad de jugar a hablar "como si" no estuviera presente, lo que facilita la producción grupal en el sentido de la espontaneidad. Los coterapeutas nos colocamos fuera, produciendo una acción tendiente a evidenciar la dependencia y a favorecer una participación activa de todos los integrantes del grupo. Cuando intervenimos lo hicimos utilizando la técnica del doblaje, es decir, haciendo decir a un integrante del grupo lo que hipotetizamos estaba reprimido.

La implementación de esta técnica posibilitó que el grupo pudiera verbalizar aspectos altamente resistidos en relación al crecimiento y la individuación. Por ejemplo en relación a Horacio, un paciente varón de 30 años, soltero que vive con su madre:

Silencio.

Terapeuta (doblando a Alejo, un paciente con historia similar pero con una salida con estilo de fuga)

T - Yo quiero que Horacio se vaya a vivir solo.

Lía - Yo también.

Germán - A veces pienso cuando conoce una mina y le pregunta donde vive, debe ser horrible decir “con mi mamá”.

Vera - Si, es que Horacio parece más chico, no sé de que edad , pero tiene 30 años... ya es un ... hombre. No sé de que edad parece, pero parece más chico.

Alejo - Parece un chico.

Germán - El está tranquilo en su casa, él siempre dice que está cómodo y seguro.

Terapeuta (doblando a Alejo) - Si, y no tiene tantos quilombos como la hermana que quedó embarazada, se tuvo que casar e irse a vivir a Perú.

Lía - Si, está cómodo pero no le pasa nada, no vive.

Vera - Yo creo que se queda a cuidar a la madre, porque desde que enviudó y con la depresión que tiene por esto de la hermana...

Alejo - Por ahí tiene miedo que si se va la madre se ponga peor.

Lía - Si, pero así no se va a ir nunca.

En esta secuencia el grupo pudo expresar, proyectando en Horacio, una fantasmática común relacionada a la permanencia en un vínculo de dependencia infantil en relación a las figuras parentales (y a los terapeutas en la transferencia), una "seguridad y comodidad" en un útero materno protector que, a la vez, despierta vivencias claustrofóbicas vinculadas a una situación sin salida y a la muerte como sujetos psíquicos. El miedo verbalizado por Alejo "si él se va la madre se pone peor" creemos que remite al imaginario de que la única manera de "salir" de ese vínculo sería a través de la aniquilación y la destrucción.

En los comentarios posteriores, Horacio refirió que lo que más le impactó fue cuando uno de sus compañeros dijo que se quedaba para cuidar a su mamá. Pensamos que en el grupo ha resonado la manera en que Horacio tramita las pulsiones agresivas que le genera este vínculo con su madre a través de formaciones reactivas: debe quedarse ahí para cuidarla de su propio odio. Hipotetizamos además que dichas pulsiones agresivas en relación al vínculo de dependencia infantil con los terapeutas se evidenciaba en actitudes de odio y agresión entre los integrantes del grupo como producto de una escición transferencial que permitía preservar al equipo terapéutico.

El descanso fue también un momento de actividad. El hecho de compartir la comida, terapeutas y pacientes, implicó una secuencia de acciones que brindó la posibilidad de circulaciones imaginarias : los terapeutas compartimos la comida con los integrantes del grupo; somos, como ellos, seres de necesidad.

El lazarillo es un juego de origen gestáltico (Perls) que aporta múltiples niveles de experiencia ante una situación dada (la ceguera)

que evoca la castración. Los pacientes se eligen en parejas y alternativamente uno y otro ocupan el lugar del ciego (vendándose los ojos con un pañuelo) y el del lazarillo, que es quien guía en un recorrido por el espacio dramático que ocupa todo el consultorio. Sabiendo que el número de pacientes era impar uno de nosotros se incluyó en el juego para ser elegido como una posible pareja. Esta técnica permitió a los pacientes confrontar con experiencias de dependencia, con su capacidad de confiar, de sublimar y de reparar. Dada la organización defensiva del grupo, bajo el supuesto básico de liderazgo, hipotetizamos que resonaba fantasmáticamente un intento de negar la castración, vivida como destructiva: el grupo funcionaba en absoluta dependencia de los coterapeutas, fálicamente investidos. En esta particular situación grupal la inclusión de un terapeuta en el juego intentó ser una construcción interpretativa dramática. Supusimos que el impacto vivencial podría ser tomado por el grupo, ya que la palabra desnuda, que habíamos utilizado en forma de señalamientos e interpretaciones, había caído en el vacío. La hipótesis fue que exponer algún aspecto de la castración en la figura fálicamente investida por la transferencia, facilitaría el paso a lo simbólico. Uno de los terapeutas se ofreció muy cercano, pero en un rol distinto del asignado por la resistencia grupal: podía guiar pero también necesitaba ser guiado.

En la elaboración posterior Alejo comentó: "Al principio tenía miedo, desconfianza, no me gustaba que me lleven. Después me avivé que para jugar hacían falta dos: uno que guía y otro que explora. Cuando me di cuenta de eso me empecé a divertir". En este comentario Alejo, como un emergente del grupo, descubrió una salida a la disyuntiva imaginaria planteada en la secuencia referida a Horacio en el juego El Ausente. La desconfianza y el disgusto de ser llevado implicó una amenaza de aparición del vínculo simbiótico aniquilante de la subjetividad. La posibilidad que le brindó la consigna de cambiar de lugar y de "llevar" o guiar a su compañero le permitió una salida simbólica de aquella unidad amenazante. Atravesando los fantasmas de castración, aceptando los riesgos e incomodidades que implica ser portador del

propio deseo se descubre que puede haber “dos”. No es necesario aniquilar ni ser aniquilado “Cuando me di cuenta de eso me empecé a divertir”.

En el cierre de esta experiencia, como en general en las sesiones prolongadas, se realizó una técnica de relajación grupal con consignas tendientes a favorecer la cohesión y fortalecer la confianza. El objetivo de la misma fue brindar vivencias de contención ya que los miembros del grupo atravesaron experiencias intensas y movilizadoras que, sabemos, al fin del encuentro no habían podido elaborar lo suficiente.

El material surgido de la sesión comenzó a ser elaborado por el grupo en su transcurso. Se pudo preguntar y preguntarse, compartir vivencias, contener, interpretar, señalar; se retomó durante varias sesiones posteriores y ha quedado en la “memoria grupal” de donde emerge como material elaborable a lo largo de toda la vida del grupo.

BIBLIOGRAFÍA

- ANZIEU, D.
"La dinámica de los pequeños grupos".Editorial Kapelusz.Buenos Aires. 1971.
"El grupo y el inconciente.Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1986.

- ANZIEU, D. BEJARANO, A. KAËS, R. MISSENARD, A.
"El trabajo psicoanalítico en los grupos". Editorial Siglo XXI. Méjico. 1979.

- AVILA, ALEJANDRO, Y OTROS (GRUPO QUIPÚ).
"Manual de psicoterapia de grupo analítico vincular" Tomo I y II. Ediciones Quipú.Madrid. 1993.

- AULAGNIER CASTORIADIS, P.
"La violencia de la Interpretación". Editorial Amorrortu. Buenos Aires.1977.

- BACH, G.
"Psicoterapia Intensiva de grupos". Editorial Paidos. Buenos Aires.1984.

- BERMUDEZ ROJAS, J.
"Qué es el psicodrama". Editorial Celsius. Buenos Aires.1984
" Avances en psicodrama". Editorial Celsius. Buenos Aires.1988.

-BERNARD, M. Y OTROS
"Desarrollos sobre grupalidad, una perspectiva psicoanalítica".Lugar Editorial. Buenos Aires.1996.

- BERNARD, M. CUISSARD, A.
"Temas de Psicoterapia de Grupos". Editorial Helguero. Buenos Aires.1979.

- BION, W. G.
"Experiencias en grupos" Editorial Paidos. Buenos Aires.1963.
- COOLEY, C. H.
"Social organization". New York. 1909.
"Primary groups". En Hare, Borgatta y Balles "Small groups". A. Knopf. New York. 1961.

- BLEGER, J.
“Temas de psicología. Entrevista y grupos”. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires.1975.

- BLEGER, L. PASIK, N.
“Psicoanálisis grupal, un caso clínico”. Presentado en las Jornadas del Centro Asistencial del Centro de Estudios en Psicoterapia. 1995.
“Recursos técnicos en psicoterapia psicoanalítica grupal”. Ficha 1995.
“ La identidad profesional, un modelo de trabajo grupal” Workshop presentado en la Jornada Anual del Centro de Estudios en Psicoterapia. 1996.(En edición).

- BRITES DE VILA, G. MÜLLER, M.
“Un lugar para jugar, el espacio imaginario” Editorial Bonum. Buenos Aires.1980.

-DELEUZE, G.
“Repetición y diferencia” Editorial Anagrama. Barcelona. 1981.

-DESOILLE, R.
“Lecciones sobre ensueño dirigido en psicoterapia”. Amorrortu. Buenos Aires.1973

- FIORINI, H.
“El campo teórico y clínico de las psicoterapias psicoanalíticas”. Editorial Tekné. Buenos Aires.1987.
“Teoría y técnica de psicoterapias”.Editorial Nueva Visión. Buenos Aires.1990.
“Estructuras y abordajes en psicoterapias”. Editorial Mairena. Buenos Aires.1993.
“El psiquismo creador”. Editorial Paidos. Buenos Aires.1996.

- FREUD, S.
“Proyecto de psicología para neurólogos”. Editorial Amorrortu. Buenos Aires.
“La interpretación de los sueños. Editorial Amorrortu. Buenos Aires.
“Introducción al narcisismo”. Editorial Amorrortu. Buenos Aires.
“Duelo y melancolía”. Editorial Amorrortu. Buenos Aires.
“Psicología de las masas y análisis del yo”. Editorial Amorrortu. Buenos Aires.
“Tótem y tabú”. Editorial Amorrortu. Buenos Aires.

- GILI, E. O´DONELL, P
“Juegos dramáticos”. Gedisa. Buenos Aires. 1989.

- GRIMBERG,L. LANGUER, M. Y E, RODRIGUÉ.

“Psicoterapia de grupo”.Editorial Paidos. Buenos Aires. 1961.

-GRINBERG, L
“Teoría de la identificación”. Paidos. 1976.

- KAËS, R.
“El aparato psíquico grupal”. Gedisa. Barcelona.1976.
“El apoyo grupal del psiquismo individual: algunas concepciones teóricas en relación a los conceptos de individuo y grupo”. Temas de psicología social. Número extraordinario, Buenos Aires. 1981.
“El pacto denegativo en los conjuntos transubjetivos” en A. Missenard y colab. “Lo negativo. Figuras y modalidades”. Amorrortu. Buenos Aires. 1991.
“Los organizadores psíquicos del grupo”. Revista de psicología y psicoterapia de grupo. Nº 3 y 4. 1993.
“El grupo y el sujeto del grupo” Editorial Amorrortu. Buenos Aires.1996.

- LAPLANCHE, J. Y PONTALIS, B.
“Diccionario de psicoanálisis” Editorial Labor. Barcelona 1983.
“Fantasía originaria, fantasía de los orígenes, origen de la fantasía”. Gedisa. Buenos Aires.1986.

- LEMOINE, G y P
“Una teoría del psicodrama” Editorial Granica. Buenos Aires.1974.

- MARTINEZ BOUQUET, C.
“Fundamentos para una teoría del psicodrama”. Editorial Siglo XXI. Buenos Aires.1977.

- MOCCIO, F.
“Taller de terapias expresivas”. Editorial Paidos. Buenos Aires.1980.

- MORENO, J. L.
“Psicodrama”. Editorial Hormé. Buenos Aires.1974.

- PAVLOVSKY, E. Y otros.
“Clínica grupal”. Tomo 1 y 2. Editorial Búsqueda. Buenos Aires.1975.
“ Lo grupal”. Tomo 1 y 2. Editorial Búsqueda. Buenos Aires.1983.

- PAVLOVSKY, E. MARTINEZ BOUQUET, C. MOCCIO, F.
“Psicodrama psicoanalítico en grupos”.EditorialKargieman.1970.

- PAVLOVSKY, E. KESSELMAN, H. FRYDLEWSKY, L.
"Las escenas temidas del coordinador de grupos". Editorial Búsqueda. Buenos Aires.
"Cuando y por que dramatizar". Editorial Búsqueda.Buenos Aires. 1984.

- PERLS, F.
"Sueños y existencia" Editorial Cuatro vientos. Santiago de Chile.1970.

- PRATT. J. H.
"The home sanatorium treatment of consumption". John Hopkins. Hospital Bulletin.1906.

- PUGET, J. BERNARD, M. GAMES CHAVES, G. ROMANO, R.
"El grupo y sus configuraciones". Lugar Editorial. Buenos Aires.1982.

- SAFOUAN, M.
"Reflexiones sobre psicodrama analítico" Editorial Argonauta. Barcelona.1979.

- SCILLAMÁ, N.
"Terapia grupal: indicadores para la selección de pacientes" (Ficha).1985.

- SLAVSON, S.
"Tratado de psicoterapia grupal analítica" Editorial Paidos. Buenos Aires.1976.

- STEVENS, J.
"El darse cuenta" Editorial Cuatro vientos. Santiago de Chile.1976.

- WINNICOTT, D.
"Realidad y juego". Gedisa. Barcelona.1979.

En este trabajo los autores estudian cuidadosamente distintos aspectos de la compleja trama de lo grupal; encuadre, proceso, teoría de la técnica e implementación de recursos técnicos. “Realizan así un recorrido por los pilares de una clínica grupal, y lo hacen articulando esos instrumentos, nociones y acciones con el más amplio campo de las Psicoterapias Psicoanalíticas”... “ distinguen con claridad problemas de orden teórico, metodológico, clínico y epistemológico. Contribuyen a profundizar en el grupo como espacio multiplicador de dimensiones, terreno vivo de creación, y van a la clínica a buscar acciones concretas y efectos constatables”.

“Sostienen modelos de un terapeuta activo, comprometido trabajador del mundo que va indagando. Eficacia del compromiso unido a la reflexión crítica...” (Dr. Héctor Fiorini).

“Provenimos de diferentes orígenes y formaciones profesionales pero nuestra tarea se sustenta en acuerdos fundamentales: somos analistas, creemos en lo grupal. Somos también un grupo que puede aportar diferentes perspectivas sobre el proceso grupal lo que complejiza y enriquece nuestra comprensión y nuestras intervenciones. La elección de la coterapia es otra expresión de nuestra convicción de la eficacia de lo grupal en el campo de la psicoterapia”.(Lic.L. Bleger, Dr. N. Pasik)

La Lic. Laura Bleger es Psicóloga, egresada de la UBA en 1981. Es además Directora en Psicodrama y Psicóloga Social egresada de la Escuela de E. Pichón Rivière.

Coordinó y supervisó grupos homogéneos (epilepsia, obesidad, adicciones) en diversas instituciones públicas y privadas.

Coordinó también grupos, seminarios y foros sobre Psicoterapia Psicoanalítica Grupal.

Completó el curso de postgrado del Centro de Estudios en Psicoterapias, donde cumple funciones asistenciales y docentes. Fue fundadora y actualmente coordina con el Dr Pasik el área de grupos de ésta Institución.

Participó en Congresos nacionales e internacionales y es autora de diversas trabajos, entre otros:

"Consideraciones psicológicas de un grupo de pacientes epilépticos". Soc Neurológica Argentina. Mendoza. 1988.

"Effect on Obesity treatment upon characteristics of personality. V Congreso Internacional de Obesidad. Jerusalem.1986.

"Psicoterapia Psicoanalítica Grupal, un ejemplo clínico" 2as Jornadas del Centro Asistencial del C.E.P. en colaboración 1994.

El Dr Néstor Pasik es médico, egresado de la UBA en 1971. Fue residente e Instructor de Residentes en el Hospìtal Pirovano entre 1972 y 1976, donde comenzó a trabajar en la Coordinación de grupos de Relación Médico-Paciente con técnicas activas con el equipo de Psicopatología de dicha institución.

Trabajó y dirigió servicios de Patología de Urgencia y simultáneamente realizó cursos y seminarios de "lo grupal".

Realizó la formación de postgrado en el C.E.P. y en 1986 ingresó al centro asistencial de dicha institución, donde junto a Laura Bleger fundó el área de Psicoterapia Psicoanalítica Grupal, que actualmente coordinan.

Coordinó grupos de estudios, seminarios y foros acerca de lo grupal, y entre sus publicaciones nombraremos;

"Un estudio sobre la homosexualidad masculina" 1984.

"Recursos técnicos en Psicoterapia Psicoanalítica Grupal" 1994, edición interna. En colaboración.

"Relectura de un Laboratorio con técnicas activas" 1994. Curso de Actualización en el Centro, Asistencial del C.E.P.,