



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**LA PSICOTERAPIA DE GRUPO:  
FENOMENOS TRANSFERENCIALES, CONTRATRANSFERENCIALES E  
INTERTRANSFERENCIA.**

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A:  
MORALES HERNÁNDEZ BELISARIO.

DIRECTORA: MTRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA.

MÉXICO, D.F.

JUNIO 2013



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Este trabajo es dedicado especialmente a

mamá y papá con todo mi amor

y para quienes quiero tanto:

Carlitos, Carlos, Geo y Angie.

## INDICE.

### LA PSICOTERAPIA DE GRUPO: FENOMENOS TRANSFERENCIALES, CONTRATRANSFERENCIALES E INTERTRANSFERENCIA.

<b>RESUMEN.....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>7</b>
<b>CAPITULO 1</b>	
<b>La psicoterapia de grupo.</b>	
1.1 Concepto de grupo.....	9
1.2 Concepto de psicoterapia.....	17
1.3 Concepto de la psicoterapia de grupo.....	19
1.3.1 Conceptos básicos de la psicoterapia de grupo.....	27
1.3.2 Reseña de la psicoterapia de grupo.....	39
<b>CAPITULO II.</b>	
<b>Transferencia.</b>	
2.1 Concepto de transferencia.....	47
2.2 Modalidades de la transferencia.....	53
2.3. La transferencia en la psicoterapia de grupo.....	55

## CAPITULO III

### **Contratransferencia**

3.1 Concepto de contratransferencia.....	59
3.2. Modalidades de la Contratransferencia.....	64
3.3 La contratransferencia en la psicoterapia de grupo.....	68

## CAPITULO IV.

### **Intertransferencia.**

4.1 Intertransferencia.....	71
Conclusiones.....	83
Bibliografía.....	90

## **RESUMEN.**

El presente trabajo tiene como objetivo explicar los fenómenos transferenciales que tienen lugar en la psicoterapia grupal, desde una mirada psicoanalítica, apoyándose como método de investigación en la revisión bibliográfica de diversos autores. La transferencia que se define como la proyección de los pacientes de las figuras importantes en su pasado ahora se reeditan en la persona del terapeuta y como este debe estar preparado para recibir, detectar y manejar lo transferido en él, al mismo tiempo que analiza el discurso, contenido y expresión del paciente deberá analizar su contratransferencia dicho de otra manera, lo que en él se despierta el paciente, haciendo una separación entre lo que es suyo y lo que corresponde al paciente, con la finalidad de devolvérselo en forma de interpretación y se logre hacer insight. Este análisis de la transferencia y contratransferencia también se da en la psicoterapia grupal, solo que ahora las transferencias serán múltiples: entre los pacientes, llamada intertransferencia y hacia el analista, de la misma forma el terapeuta experimentará diversas contratransferencias hacia cada uno de los integrantes. La terapia grupal ofrece al terapeuta capacitado la oportunidad de ver la transferencia como no sería posible observarla en terapia individual, el grupo es decir la mirada de los otros reactivan en el aquí y ahora los viejos fantasmas.

Palabras claves: terapia de grupo, transferencia, contratransferencia e intertransferencia, transferencia laterales.

## ***INTRODUCCIÓN.***

El concepto de transferencia y sus derivados tanto en terapia de grupo como en lo individual es de relevante importancia, e incluso para muchos autores este descubrimiento es considerado la piedra angular del tratamiento psicoanalítico. Es por eso que se abordará este fenómeno y como se relaciona con el quehacer del analista grupal. Es un término creado por Freud, sólo el término, ya que el psicoanálisis no lo inventa, lo descubre y pone de manifiesto.

Personalmente me interesa escribir sobre este tema, ya que en la práctica la terapia de grupo conlleva muchos beneficios ampliamente ya estudiados y documentados; sin embargo, me sigue resultando sorprendente, ver como las personas pasamos mucho tiempo en grupos de cualquier tipo y tamaño, a decir verdad y sin darnos cuenta, todos hemos estado influenciados por los grupo sin tenerlo muy consciente, pues es así como crecimos y convivimos actualmente, llámese escuela, trabajo, amigos y por supuesto familia.

Dicho sea de paso, muchos autores que mencionaré en este trabajo consideran que son las primeras conductas aprendidas en la infancia, en el ambiente familiar las que se repetirán y transferirán en el grupo. Esto fue uno de los factores que me motivaron a escribir sobre este tema, con la particularidad que en este trabajo hablaré de fenómenos que sólo pueden darse y ser estudiados en el contexto de una terapia grupal y con la participación de terapeutas bien entrenados en dichos fenómenos como los transferenciales.

Considero importante hablar de los fenómenos transferenciales, ya que estos se presentan a cada momento en la terapia grupal, y si el terapeuta no está capacitado para percibirlos y elaborarlos se estará perdiendo una oportunidad privilegiada para trabajar con los pacientes. Hay que recordar que dichos eventos se dan a nivel inconsciente y se requiere que otro esté consciente (terapeuta) y pueda detectarlo, trabajarlo y servir como vehículo para trasladarlos a un nivel consciente. Sabiendo que cuando un grupo de personas se reúnen regularmente

con fines terapéuticos y hablan en un ambiente íntimo, la transferencia múltiple tiene lugar, sin que sea necesario ningún esfuerzo para lograrla.

Gracias a la transferencia y sus fenómenos, el paciente podrá situarse desde el aquí y ahora en el allá y entonces, reviviendo gracias a la figura del terapeuta, coterapeuta y pacientes, viejas ansiedades y figuras trascendentales en su vida.

Se le dará un apartado especial a la transferencia y a cada uno de sus aspectos, entre ellos la contratransferencia, la cual, en resumen consiste en las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste.

Así como a la intertransferencia que es la transferencia que los pacientes experimentan entre ellos así como con el terapeuta.

Aunque se ha hablado mucho de la terapia grupal, ésta ha sido demeritada bajo la creencia popular de que la atención del terapeuta se dispersa en varios analizantes y aunado a esto, existe el prejuicio en las personas para compartir sus problemas abiertamente ante los demás. Es por eso que al mismo tiempo que hablaré de transferencia y sus modalidades, espero que lateralmente se pueda entender como en vez de una debilidad, el terapeuta cuenta, en la terapia de grupo, con un lugar privilegiado en donde se darán fenómenos que de otra forma no se presentarían.

Por lo anteriormente mencionado, escribo este trabajo, sin olvidar que algunos padecimientos mentales, tienen una estrecha relación entre lo que le sucede al individuo y sus grupos de pertenencia y que en este sentido se puede utilizar la psicoterapia de grupo, ya que al igual que la terapia individual, ambas tienen la finalidad de lograr el autoconocimiento, mejorar las relaciones personales a través de la identificación proyectiva, la transferencia hacia el terapeuta y hacia los compañeros de grupo, etc. A la vez que el terapeuta por su parte debe de estar entrenado y capacitado para detectar su contratransferencia y hacer de ésta una herramienta privilegiada de su quehacer profesional.



Es por este interés en la psicoterapia de grupo y los fenómenos que la atraviesan que este trabajo se presenta de la siguiente manera.

CAPÍTULO 1, abordará los temas relacionados con la psicoterapia de grupo, que a modo de introducción brindarán un panorama amplio que va de lo general a lo particular, pasando por conceptos fundamentales de la psicoterapia individual y grupal para una mejor comprensión de lo que se revisará en capítulos posteriores.

CAPÍTULO II, se detalla el fenómeno de la transferencia, su uso, implicaciones, tipos y como se presenta en la psicoterapia de grupo, partiendo de la transferencia individual para después comprender como se presenta en la terapia grupal.

CAPÍTULO III, se detalla el fenómeno contratransferencial, como detectarlo, que hacer y el uso que se le puede dar en pro de la terapia. Se dará una idea general de cómo se presenta en la psicoterapia grupal.

CAPÍTULO IV, se abordará el fenómeno de la intertransferencia, dando un panorama detallado de este concepto, con la finalidad de entenderlo claramente. Al mismo tiempo se detallará su uso, detección y sus manifestaciones en la terapia grupal, así como la manera de trabajarlo.

Finalmente, a manera de conclusión, se exponen ideas particulares de los capítulos anteriores, así como las cualidades y capacidades que debe tener el terapeuta grupal, los beneficios de esta modalidad, así como a los fenómenos a los que deberá estar atento para poder guiar esta modalidad de la psicoterapia. Finalmente se enlista la bibliografía.

## **Capítulo 1.**

### **La psicoterapia de grupo.**

#### **1.1 Concepto de grupo.**

En principio es necesario considerar lo que es un “GRUPO” y sus funciones, es imprescindible comprender primero que implica este término y como lo viven las personas, para después entender sus fenómenos, en este caso transferenciales.

Resulta curioso pero las personas están muy acostumbradas a vivir en grupos, de hecho dan por sentado estar en grupo, tal es el caso de que la mayoría de los individuos, comentan Anzieu, Bejarano, Kaes, Missenard y Pontallis (1978) no se cuestionan sobre lo que es un grupo, ya que las personas se viven en el grupo con anticipación, como natural, inevitable, permanente, como anterior y superior al individuo; éste individuo no se plantea preguntas sobre el grupo, vive en, para y por el grupo.

Son los grupos en los que se entra por nacimiento, en los que no existe otra perspectiva que la cohabitación, el trabajo en común, las distracciones en común, las subsistencias y las defensas del territorio (familia, clan, tribu, aldea); el individuo aislado del grupo por accidente o por castigo no sabe sobrevivir y muere.

Sbandi (1977) afirma que el hombre es incapaz de estar solo, ya que es una necesidad psíquica y social del individuo el pertenecer a un grupo, al individuo como tal, no se lo puede comprender adecuadamente fuera del contexto de las relaciones con los demás. Vivir en grupo debe ser considerado como un carácter originario de la existencia humana y como una necesidad primaria del hombre.

Freud (1921) advirtió que el otro, ya sea como modelo, objeto auxiliar o adversario, está siempre implicado en la vida anímica del sujeto, por eso la psicología del individuo es al mismo tiempo, y ya desde un principio, psicología social.

La psicología individual y la psicología de grupo no pueden diferenciarse totalmente, puesto que la psicología del individuo es, en si, una función de la relación del individuo con otra persona u objeto.

Para Bion (1975) el individuo no puede evitar ser miembro de un grupo. Ninguna persona, aunque esté aislada en el tiempo y en el espacio, puede ser considerado como marginal respecto de un grupo o falta de manifestaciones activas de psicología de grupo.

La definición que da de *grupo* la Real academia española (2001) es:

Pluralidad de seres o cosas que forman un conjunto, material o mentalmente considerado.

De pertenencia: grupo social al que se adscribe un individuo por compartir comportamientos, valoraciones, creencias, etc.; Conjunto de personas que, en beneficio de sus propios intereses, influye en una organización, esfera o actividad social.

Anzieu et al. (1978) menciona que el origen de la palabra grupo data del germánico antiguo Kruppa, (masa), en el sentido de amasar, comprimir. De ahí pasó al italiano gruppo, de nudo; pasando después al francés en el siglo XVII a "groupe usado en el arte para referirse a un conjunto de objetos en una pintura.

Ya para el psicoanálisis, específicamente para Freud (1921) el modelo del grupo es la familia, y el modelo de la familia es una hipotética horda primitiva cuyos destinos han dejado en la historia humana huellas indestructibles.

Según Freud (citado en González, Monroy y Kupferman, 2004) dos o más personas constituyen un grupo psicológico si han escogido el mismo objeto-modelo (líder) o los mismos ideales o ambos, en sus superegos y, por consiguiente, se han identificado entre si, la formación de grupos también ocurre cuando varios individuos han usado los mismos objetos como medios de liberar similares conflictos internos. Mas aún, el líder podría ser objeto de identificaciones en base al amor o al miedo que por el tienen los miembros del grupo; es un objeto

de las pulsiones de amor o agresión, o ambas, de los miembros del grupo. Como resultado de esos nexos comunes con el líder, todos los cuales pueden funcionar juntos en cualquier grupo, surgen lazos afectivos entre los individuos. Es por eso que durante este trabajo hablo del terapeuta y sus diferentes roles dentro del grupo, así como algunos comentarios para que este pueda mostrarse según las demandas del grupo y sus requerimientos, al mismo tiempo que maneje y permita el intercambio de posiciones.

Freud (1912) dice que el grupo aparece como matriz del individuo y reactiva:

- a) La relación dual con la madre (objeto bueno y malo), el conflicto defensivo, la estructuración del yo y de la personalidad, de las relaciones de objeto y de las identificaciones
  
- b) El mito de la Horda.

Ávila y García (1994) hacen referencia a Winnicott con relación a cómo percibe al grupo como una estación central en la que todo confluye: información de actitudes y comportamientos, de sucesos especiales y críticos. Ya en el grupo se remueve todo, puesto que la interrelación con los compañeros y el terapeuta supone un gran revulsivo interior que favorece que aparezcan fenómenos dinámicos ocultos, que se proyecte a decir de Winnicott el mundo interno sobre el mundo externo.

Para Brodbeck (en Díaz, 2000) el grupo es un conjunto de individuos cuyas relaciones mutuas hacen a estas interdependientes en algún grado significativo. Así definido, el término grupo se refiere a una clase de entidades sociales que tienen en común la propiedad de la interdependencia entre sus miembros constitutivos.

Este autor sugiere que dos personas llegan a la interacción si la conducta de cada una afecta directamente a la otra.

Cartwright y Zander (1953) retoman los criterios objetivos de Anziue y Brodbeck para definir a un grupo:

- La frecuencia de interacción.
- Que las personas interactuantes se definan a si mismas como miembros.
- Que otros definan a las personas interactuantes como pertenecientes al grupo. Esos otros incluyen miembros y no miembros.
- Está formado por personas, para que cada una perciba a todas las demás en forma individual y para que exista una relación social reciproca.
- Es permanente y dinámico, de tal manera que su actividad responde a los intereses y valores de cada una de las personas.
- Posee intensidad en las relaciones afectivas, lo cual da lugar a la formación de subgrupos por su afinidad.
- Existe solidaridad e interdependencia entre las personas, tanto dentro del grupo como fuera de esté.
- Los roles de las personas están bien definidos y diferenciados.
- El grupo posee su propio código y lenguaje, así como sus propias normas y creencias.

Los grupos, sin duda alguna, son capaces de facilitar o inhibir la ejecución de miembros aislados. Además, los grupos también pueden influir en la conducta y emociones del individuo a través del ejemplo, la sugestión implícita o el contagio.

Según Sbandi (1977) las características ideales de un grupo son:

1. Duración y continuidad relativa.
2. Organización basada en la distribución de las funciones entre los varios miembros.
3. La idea que del grupo tiene sus miembros.

4. Formación de costumbres transcurrido un cierto periodo de tiempo.
5. Relación mutua con otras figuras sociales.
6. Criterio común de orientación.

Vinogradov y Yalom (1996) decían que cada persona del grupo empieza a interactuar con otros miembros de la misma manera en que lo hace con otras personas fuera de él. En este sentido los pacientes crean dentro del grupo el mismo tipo de mundo interpersonal que habitan en el exterior, es precisamente este aspecto lo que posibilita la puesta en marcha de la psicoterapia de grupo. El comportamiento grupal de los pacientes proporciona datos más exactos e inmediatos.

Los miembros individuales empiezan a exteriorizar sus problemas interpersonales específicos ante los ojos de todos los integrantes del grupo.

Y aunque el examen y la corrección de las distorsiones interpersonales puedan tener lugar en el contexto de una relación entre dos personas, es decir, entre el terapeuta y el paciente, un grupo de varias personas que se reúnen proporcionan un campo interpersonal mayor y potencialmente más poderoso (Vinogradov y Yalom, 1996).

Sbandi (1980) explica que fuera del grupo como campo de estudio, la actividad de dichos fenómenos no se manifiesta. El grupo, en el sentido de un conjunto de personas dentro de una habitación, no agrega nada al individuo o al conjunto de individuos, solo pone de manifiesto algo que de otra manera no sería visible. Para Bion (1980) la vida del grupo se caracteriza por un multiforme diálogo entre los miembros, que tiene como finalidad la aclaración de la vivencia de la relación, experimentada por todos.

Por su parte Sartre (1971) concibe al grupo como un proceso en marcha, en una marcha dialéctica, es decir se intenta describir al grupo como un devenir y no como una cosa. el grupo no es jamás nada más que un acto. El grupo no es una totalidad, sino una totalización en curso, no es un dato estático, sino un todo

dinámico, en movimiento, que hay que hacer con las relaciones dialécticas de interioridad entre las partes.

Tanto para Sartre (1971) como para Wtaker (1964) las características totales del grupo sólo pueden comprenderlas quien contempla al grupo desde una perspectiva diferente de la de los enfermos. En la medida en que el terapeuta se mantiene fuera del conflicto focal, pero comparte las emociones que implica, se halla en situación de darse cuenta de los fenómenos que se producen en el plano del grupo. En cambio, el paciente se halla dentro del conflicto como uno, pero solamente uno, de los que contribuyen a la norma general, desde esta perspectiva no se halla en posición de ver o experimentar el grupo más que desde su propio punto de vista. El terapeuta al no estar dentro del círculo de odio, destrucción, culpa, angustia, tiene la posibilidad de ver con mayor claridad el contenido latente de una situación tras el manifiesto. Hace participe a los integrantes de su conocimiento para que estos puedan adquirir un mayor insight.

Vale la pena señalar que aunque los grupos son una protección contra el peligro y favorecen la supervivencia, son también fuente considerable de tensión para los individuos que lo constituyen. Todos los grupos provocan al comienzo ansiedad en todas las personas, en este sentido nadie puede estar en un grupo sin sentirse en un primer momento ansioso.

Para Anzieu (1974) un grupo es una envoltura gracias a la cual los individuos se mantienen juntos. En tanto que esta envoltura no se haya constituido puede existir un agregado humano, pero no un grupo.

Didier Anzieu et al. (1978) considera que para los seres humanos, el grupo representa un lugar simultáneo o alternativamente investido de esperanzas y de amenazas. El grupo puede proporcionar un espacio intermediario que tan pronto vuelve a dar vida a los vínculos, como organiza las distancias indispensables entre el individuo y la sociedad. El autor destaca que en los grupos de psicoterapia no directivos, la regresión tópica conducía a los sujetos a reexperimentar las

angustias de tipo psicótico y a vivir la situación de grupo como una doble amenaza de pérdida de identidad personal y de liberación del odio envidioso y destructor.

La teoría expuesta en el párrafo de arriba tiene grandes similitudes con la estudiada por Anzieu et al. (1978), para quien el trabajo psíquico de un individuo que participa en una terapia de grupo consiste en elaborar una pérdida, de sus identificaciones imaginarias antiguas, pérdida que siente como una amenaza a su integridad psíquica y que vive en la depresión y el temor de la descompensación. Paralelamente se efectúa en él, la relación con los otros miembros del grupo, una reconstrucción de identificaciones simbólicas nuevas que hacen posibles nuevas actitudes tanto en su vida privada como en su vida social.

La conducta colectiva del grupo funciona como una norma o patrón para los modos esperados de comportamiento. El individuo consciente de la conducta colectiva de su grupo se forma un juicio sobre lo que es “correcto” y evalúa su propio comportamiento a la luz de esa norma; como consecuencia, modifica, hacia arriba o hacia abajo, su nivel de actividad.

Anzieu et al. (1978) habla de la tendencia a buscar el contacto con la piel del vecino para constituir una continuidad de piel unos con otros. Por su parte René Kaes (1977) planteó una hipótesis parecida a la de Anzieu acerca de la existencia de un aparato psíquico grupal, tal como existe un aparato psíquico individual, más exactamente, una colección de individuos se convierte en grupo cuando sus aparatos psíquicos individuales construyen un aparato psíquico común. Y entre las características de este aparato psíquico grupal hay un Yo-piel de grupo que se construye y que va a permitir distinguir lo que está dentro del grupo y lo que está afuera.

Anzieu (1978) continua su teoría argumentando un fenómeno bien conocido en donde las personas que tienen un déficit en su Yo-piel van a buscar un sustituto en la vida grupal; el grupo es con frecuencia un sustituto de la madre continente; esto puede observarse en los mamíferos superiores ya que los pequeños



chimpancés que tuvieron una madre insuficientemente buena, se juntan en bandas y encuentran en ellas el sustituto materno que necesitan.

Rousseau (1762) consigna que el hombre salvaje vive en sí mismo; el hombre sociable, siempre fuera de sí, lo cual quiere decir que el primero no necesita a nadie o al menos eso cree y el segundo, vive en sociedad, en grupo y obtiene de los demás reconfirmación de su existir.

Rickman (citado en Díaz, 2000) concluye que el buen espíritu del grupo se asocia con:

a) un propósito común; b) el reconocimiento de los límites del grupo, de su posición y función con relación a los de los grupos mas extensos; c) flexibilidad, es decir, capacidad de absorber y perder miembros sin temer por la individualidad del grupo; d) libertad entre los subgrupos; e) valoración individual de cada miembro por su contribución al grupo y f) tres personas como mínimo, para establecer relaciones interpersonales y no solo personales.

La existencia de la afectividad en los grupos es un hecho innegable así como el sentimiento predominante que, con matices individuales, es compartido por todos los miembros del grupo. Este sentimiento, con frecuencia inconsciente, dirige la vida del grupo en todos sus planos. En todo grupo existe, por consiguiente según una afectividad colectiva, que sirve de base para todos los fenómenos grupales.

Azouri (1995) aseguraba que la unificación de la persona implica la unificación del mundo en su pensamiento. Implica la conciencia de que decir el hombre es decir el conjunto de los hombres; el conjunto de sus relaciones sociales, este autor cita a Marx en su celebre tesis cuando cita que el individuo más integrado totaliza la realidad en su pensamiento y sabe de su incompletud. Sabe que su mirada y su acción necesitan de y están referidas de las miradas y acciones de sus contemporáneos, de quienes lo preceden y de quienes lo suceden.

## **1.2 Concepto de Psicoterapia.**

El origen etimológico de la palabra psicoterapia se halla en el griego, más concretamente en la unión de dos términos: el de psico (psyche) que podría traducirse como “alma” y terapia que significa “tratamiento”, por lo tanto podría definirse como “tratamiento del alma”.

Partiendo de dicha significación se podría decir de una manera sencilla que la psicoterapia es el tratamiento que lleva a cabo un profesional de la salud (psicoterapeuta) para conseguir que un paciente en cuestión pueda lograr una serie de mejoras y cambios positivos en lo que respecta a su comportamiento, su salud psíquica y física, la adaptación al entorno o a su identidad psicológica.

Bellak y Small (1980) expresan que la psicoterapia es básicamente un proceso muy simple que comprende desconocimiento, aprendizaje y reaprendizaje, argumentan que nosotros somos el producto de nuestro propio pasado cognoscitivo. La psicoterapia dinámica trata de desenmarañar o modificar aquellas percepciones pasadas que al haberse mal adaptado tienden a afectar los sentimientos y comportamientos actuales, y las respuestas derivadas de ellos.

Estos autores creen que es infructuoso el preguntarse si una psicoterapia es efectiva, más bien dicen que habría que preguntarse qué tan efectiva es una cierta forma de psicoterapia con una cierta persona bajo unas ciertas condiciones.

Freud (1905) decía que hay muchas variedades de psicoterapia, y muchos caminos para aplicarla, y que todos son buenos si llevan al camino de la curación.

Dentro de los tipos de psicoterapia se encuentran tres ejes principales, los cuales se pueden definir de la siguiente manera (González, 2002):

1. Terapia de soporte o de apoyo. Su objetivo es reforzamiento de defensas existentes, La elaboración de nuevos y mejores mecanismos de control y la restauración de un equilibrio adaptativo.
2. Terapia reeductiva. Cuyo objetivo es lograr el insight de conflictos conscientes, realizar deliberados esfuerzos de reajuste y modificar las metas de manera objetiva para vivir de acuerdo con los potenciales creativos existentes.
3. Terapia reconstructiva. Cuyos objetivos son lograr el insight de conflictos inconscientes mediante esfuerzos para extinguir alteraciones estructurales del carácter, y desarrollar y expandir tanto la personalidad como nuevas potencialidades de adaptación.

González (2002) menciona que una característica para diferenciar a la psicoterapia de apoyo, la reeducativa y la reconstructiva, es el grado de insight al que es llevado el paciente. En la terapia de apoyo, la cantidad de insight es mínima.

El terapeuta con enfoque psicoanalítico y guiado por esta técnica, generalmente seguirá los siguientes pasos según Bellak y Small (1980): El paciente se comunica. Nosotros escuchamos buscando denominadores comunes en su distorsión perceptiva. Cuando las entendemos decidimos una intervención. Esta intervención se llama interpretación. Si todo marcha bien el paciente alcanza algún insight al ver el común denominador de sus percepciones distorsionadas, sus relaciones históricas, contemporáneas y terapéuticas. Después, cuando sale del consultorio, aplica el conocimiento por insight a una amplia gama de situaciones reales: La carga de la vida es percibida como una nueva Gestalt derivada de la reestructuración de la situación terapéutica. A menudo, este proceso de reestructuración tiene lugar en la transferencia así como en la realidad. El aprender a través de la identificación e introyección del terapeuta, también representa un importante papel.

### **1.3 Concepto de la Psicoterapia de grupo.**

*Parece que no existe un agente más eficaz que otra persona para dar vida a un mundo propio, o para marchitar la realidad en la que uno habita mediante una mirada, un gesto o un comentario.*

(Hoffman L. 1992).

En este capítulo se intentará presentar un panorama general de la psicoterapia de grupo, como se constituye y sus principales características, así como algunas aportaciones.

El grupo terapéutico para González (1999) es la reunión de tres o más personas denominadas pacientes, reunión más o menos permanente y voluntaria, donde los individuos reunidos interactúan y se interrelacionan con fines psicoterapéuticos; así pues, los integrantes de un grupo se reconocen como miembros que se encuentran ubicados dentro de un contexto determinado por el propio terapeuta y aceptan comportarse con base en una serie de valores y normas, explicitados dentro del sistema psicoterapéutico, a lo que se le denomina contrato terapéutico, por lo que el grupo es al terapeuta grupal lo que el individuo es al terapeuta individual.

El Dr. González agrega que el grupo natural primario internalizado es la familia y que esta unidad bio- psico- social e interpersonal solo es concebida como humana en la medida en la que el “Tú” es el espejo del Yo para poder ser “Yo” el ser humano es verdaderamente humano en su relación con el otro.

Para Bion (1979) el término “terapia de grupo” puede tener dos significados. Puede referirse al tratamiento de un número de individuos reunidos para realizar

sesiones terapéuticas especiales, o a un esfuerzo planeado para descubrir las fuerzas que en un grupo llevan a una fácil actividad cooperativa.

En la psicoterapia de grupo, tanto en la interacción paciente-paciente como la interacción paciente-terapeuta, el grupo mismo, así como la aplicación de técnicas específicas y la realización de intervenciones por parte del terapeuta cualificado, sirve como instrumento de cambio (Vinogradov y Yalom, 1996).

Anzieu (1979) retoma de Bales la definición de grupo pequeño, lo describe como un número determinado de personas en interacción individual durante una reunión o serie de reuniones frente a frente, en cuyo curso cada miembro recibe impresiones o percepciones de los otros, a los que considera tan distintos entre sí como le es posible y emite algunas reacciones hacia ellos.

Foulkes y Anthony (1957) establecen que los grupos analíticos no son comunidades, sus miembros no dependen entre sí, de ningún modo en la vida ordinaria; de hecho son grupo de extraños. Pertenecen al tipo reunido en forma deliberada para propósitos terapéuticos.

Jean Paul Sartre (1971) y René Kaes (1977) comparten el punto de vista de que en psicoterapia de grupo se contrae una alianza en la cual dos o más personas se unen para buscar una meta precisa, lo que implica un interés común y un compromiso mutuo entre los integrantes.

Una gran aportación de Sartre para la psicoterapia grupal es su teoría acerca de que “el punto de fusión” es la clave para que el grupo funcione como tal.

El momento de la fusión aparece en un grupo como la toma de conciencia de una tarea común donde cada uno depende de los otros.

Algunos indicios que en diversos grupos permiten detectar el punto de fusión son:

- El uso del nosotros en su real valor.
- Cuando la vivencia contratransferencial del campo es de totalidad grupo-terapeuta, donde nadie queda fuera.

- Cuando uno de los integrantes puede expresar una fantasía, un deseo o una actitud común del grupo, o sea cuando se plantea el nosotros.

Sartre (1971) dice que el grupo modifica a y es modificado por sus integrantes.

Pichón Riviere en su libro *El proceso grupal* (1979) expone que los grupos terapéuticos pueden ser verticales, horizontales, homogéneos, heterogéneos, primarios o secundarios, pero en todos se observa una diferenciación progresiva en la medida en que aumenta la homogeneidad en la tarea, en donde la tarea de un grupo terapéutico es resolver el común denominador de la ansiedad del grupo, que adquiere en cada miembro características particulares.

Todo conjunto de personas, ligadas entre sí por las constantes tiempo, espacio y articuladas por su mutua representación interna, se plantea explícita e implícitamente una tarea, que constituye su finalidad. Podemos decir entonces que estructura, función, cohesión y finalidad, junto con un número determinado de integrantes, configuran la situación grupal que tiene su modelo natural en el grupo familiar.

La técnica creada por Pichon Riviere en 1946, llamada de “grupos operativos”, se caracteriza por estar centrada en una tarea “la curación”. La tarea consiste entonces en la elaboración de dos ansiedades básicas, miedo a la pérdida (ansiedad depresiva) de las estructuras existentes y miedo al ataque (ansiedad paranoide). Estas dos ansiedades, coexistentes y cooperantes, configuran la situación básica de resistencia al cambio que debe ser superada, en el grupo operativo.

Sartre (1971) coincide con Riviere (1946) cuando señala, aunque en el distinto nivel del grupo operativo, que la meta es que cada uno lleve dentro la imagen del grupo funcionante.

Para Taylor (citado en Díaz, 2000) un grupo terapéutico o cualquier otro grupo restringido, proporciona dos tipos de datos:

- Acciones e interacciones individuales.
- Observaciones microsociológicas que caracterizan al grupo como un todo, o sus diversas estructuras, sin tener en cuenta los individuos.

Visto así, el grupo ofrece al terapeuta una espléndida oportunidad tanto para observar la manera en que el individuo se relaciona con los demás, como traer a la conciencia las distorsiones en sus relaciones.

Yalom (en Vinogradov y Yalom, 1996) desarrolló un inventario de base empírica, constituido por once factores, de los mecanismos terapéuticos que operan en la psicoterapia de grupo, el cual se expone a continuación:

- Infundir esperanza. La fe en una modalidad de tratamiento eficaz, tanto cuando el paciente posee altas expectativas de ayuda como cuando el terapeuta cree en la eficacia del tratamiento.
- Universalidad. Los pacientes experimentan una sensación de alivio cuando se dan cuenta de que no son los únicos que tienen problemas.
- Transmitir información. Se basa en los consejos o la instrucción.
- Altruismo. En todo grupo de terapia, los pacientes se ayudan mucho entre sí. Comparten problemas similares, se ofrecen mutuamente ayuda, sugerencias e insights, y se tranquilizan unos a otros. Para un paciente que inicia la terapia, que se siente desmoralizado y cree que no puede ofrecer nada de valor a nadie, la experiencia de ser útil a otros miembros del grupo puede resultar sorprendentemente gratificante, y es una de las razones por las cuales la terapia de grupo incrementa con tanta frecuencia la autoestima.
- Desarrollo de técnicas de socialización. Se subraya explícitamente el desarrollo de las habilidades sociales.

- Comportamiento imitativo. durante la terapia de grupo, los miembros se benefician de la observación de la terapia de otros pacientes que tienen problemas similares, un fenómeno que se denomina aprendizaje vicario.
- Catarsis. Ser capaz de expresar emociones fuertes y profundas.
- Recapitulación correctiva del grupo familiar primario. Gracias a que la terapia de grupo ofrece una selección de posibilidades de recapitulación tan amplia, los pacientes pueden empezar a interactuar con los líderes o con otros miembros, tal como interactuaron en su día con sus padres y hermanos.
- Factores existenciales. Estos factores son la muerte, el aislamiento, la libertad y la carencia de sentido. A medida que van aceptando algunas de estas cuestiones, aprenden a enfrentarse a sus limitaciones con mayor franqueza y valor.
- Cohesión de grupo. Se refiere al atractivo que los participantes ejercen sobre el grupo y sobre el resto de los miembros. Los miembros de un grupo cohesivo se aceptan y se apoyan mutuamente y tienden a formar relaciones significativas en el seno del grupo.
- Aprendizaje interpersonal. La importancia de las relaciones interpersonales, el grupo como microcosmos social.

Para Whitaker (1969) el grupo es de gran importancia aunque despierte sentimientos ambivalentes, lo ilustra diciendo que cuando un individuo ingresa a un grupo terapéutico se encuentra inevitablemente en una situación amenazadora. Explica que las sesiones iniciales del grupo se caracterizan por ciertas promesas y ciertas amenazas inherentes, dicho de otra forma es probable que el individuo tenga la sensación de que pueden ayudarlo si revela a los otros su problemas. Pero al mismo tiempo siente ciertas amenazas, como los peligros de exponerse a la burla y la crítica de los otros, de descubrir cosas intolerables acerca de si mismo, de ser llevado a expresar sentimientos que no podrá controlar. Resume



diciendo que la situación es amenazadora, pero el enfermo no desea dejarla porque espera de ella beneficios personales.

Al respecto del párrafo anterior Bleger (1985) habla de cómo en un grupo, no solo puede ocurrir una degradación de las funciones psicológicas superiores y una reactivación de niveles regresivos y psicóticos, sino que el grupo puede también lograr el más completo grado de elaboración y funcionamiento de los niveles más integrados y superiores del ser humano.

Para René Kaes (1977) el objetivo principal de la psicoterapia de grupo es posibilitar cierta experiencia del inconsciente, en las formas y en los procesos que se manifiestan en el grupo para los sujetos que lo constituyen.

Expone que el hombre desde el origen de la vida psíquica y luego para formar una pareja, vivir en familia, asociarse en grupo, para vivir en comunidad con otros seres humanos, los sujetos se identifican inconscientemente con un objeto común, y a partir de ahí, entre ellos.

Este autor pone especial énfasis en la conducta que un terapeuta debe tener, la cual consiste en brindar a los participante de la terapia de grupo una buena “presencia-sostén” (en el sentido Winnicottiano del holding), la creación de un espacio transicional entre los miembros del grupo y la realidad social exterior. Este es uno de los orígenes del “análisis transicional” desarrollado por Kaes y su hipótesis de un aparato psíquico grupal.

La función del conductor como grupo analista, reside para Foulkes (1975) en establecer y mantener la situación grupoanalítica, para ello lleva a cabo acciones como las siguientes:

- 1) Enseñar al grupo a no ser conducido.
- 2) Evitar los tópicos establecidos, los programas y las discusiones sistemáticas.
- 3) Permanecer retirado, en la retaguardia, en relación a su propia personalidad.

Funcionar bajo estos principios básicos tiene efectos benéficos para el grupo, entre ellos se pueden mencionar:

- 1) El grupo crece, asume responsabilidad, se independiza. Se integra al aceptar todo lo que se le presenta como asunto de incumbencia general.
- 2) El grupo desarrolla espontaneidad al tratar con situaciones no preparadas. Sus miembros tienen que implicarse personalmente al ser expuestos a los estímulos de material indefinido e inesperado, al cual ellos contribuyen con sus propias aportaciones. La acción de sus alteraciones y mecanismos de defensa se extiende, su capacidad de adaptación e insight se muestra de manera dinámica. El potencial latente se transforma en un proceso vital.
- 3) De modo similar a la situación de transferencia analítica, esto permite al paciente mostrar y corregir sus conflictos con figuras de autoridad paternas con un mínimo de distorsión. La autoridad parental inconsciente e introyectiva (superyó) se proyecta en el conductor y se modifica y corrige al ser experimentada de nuevo. El yo se hace de este modo más libre, al tiempo que se refuerza en la identificación con el resto del grupo.

A manera de resumen, Kaes, Fernanda, Mercado y Vallejo (2006) argumentan que el trabajo del análisis grupal trata de los vínculos que se han constituido en el grupo originario y que se repiten, se reordenan y se transforman en el espacio grupal actual, en el movimiento de la transferencia y contratransferencia

Los terapeutas de grupo de orientación psicoanalítica en la actualidad no solo se apoyan en la teoría de las pulsiones y en la psicología del yo, sino en la teoría de las relaciones objetales y la psicología del self.

Serebrinsky (2012) argumenta que el espacio social compartido en terapia de grupo permite al ser humano conocer, ver y aprender nuevas conductas. La situación de grupo favorece el modelado en vivo, tras las nuevas respuestas que genera el sistema grupal a la forma de ser en el mundo de sus integrantes.

En el contexto de la terapia grupal aparece por excelencia el otro con sus modelos, dando lugar a innumerables interacciones entre los integrantes y con el grupo en sí mismo. El modelaje viene de la mano del grupo en su totalidad: terapeutas y pacientes. La imitación del comportamiento de otros miembros es un factor terapéutico que permite el desarrollo de habilidades sociales. El grupo se convierte así en un lugar de aprendizaje: se aprende a escuchar, a respetar, a relacionarse, entenderse, amarse, etc.; generando un vínculo con los otros.

Vinogradov y Yalom (1996) expresan que el grupo de terapia deviene un microcosmos social para cada uno de sus miembros, un microcosmos en el cual cada miembro puede, entonces, sufrir experiencias emocionales correctivas, convirtiéndose en un foro para el cambio.

Por último vale la pena señalar cuando Díaz (2000) propone que la terapia grupal es combinable con la individual. Si ya se tiene un paciente en terapia individual se recomienda terapia combinada con terapia grupal si: a) el paciente no produce material suficiente en la terapia individual; b) la terapia individual no consigue resolver los conflictos interpersonales; c) el encuadre grupal acrecienta la exploración e integración de los logros de la terapia individual; d) los problemas transferenciales con el terapeuta individual interfieren con la terapia; e) la resistencia caracterológica es tan intensa que no permite el avance de la terapia y f) la dinámica del paciente evoca sentimientos contratransferenciales especialmente difíciles.

### **1.3.1 Conceptos básicos de la psicoterapia de grupo.**

Resulta imprescindible definir algunos conceptos vitales para la adecuada comprensión de los fenómenos transferenciales, contratransferenciales e intertransferencia que se dan en la modalidad de terapia grupal, ya que son preceptos básicos que tienen un lugar privilegiado en el aparato psíquico individual y grupal. Para dicha función se hará referencia principalmente a la escuela inglesa.

No se lograría entender la terapia grupal y sus fenómenos sin la ***Identificación***, la cual constituye, en el pensamiento de Freud (1917) el resorte fundamental de todo grupo. Fue él, el primero en introducir este término. Se refiere a la identificación como expresión más precoz de la relación afectiva con otra persona.

Un YO se transforma en otro YO, Amado y Guittet (1962) mencionan que los miembros del grupo se identifican con el jefe y se identifican unos con otros, ya que han reemplazado su ideal del yo por el mismo objeto, resultan similares en lo esencial. “Un determinado número de individuos han colocado un sólo e idéntico objeto en el lugar de su ideal del yo; como consecuencia de esto se han identificado uno con otros en su yo” (p.164).

“La identificación está íntimamente ligada a la fase oral de la organización de la libido, durante la cual el individuo incorpora el objeto deseado y apreciado comiéndolo” (p. 165).

El individuo durante su evolución se identifica sucesivamente con otros seres, y estas capas superpuestas de su personalidad contienen la historia de las respectivas relaciones que ha mantenido con sus objetos.

Rodrigué (1957) afirma que la posibilidad de identificación con los diferentes sentimientos que expresan unos y otros integrantes, permiten corregir más fácilmente los patrones estructurales neuróticos. En ese sentido el grupo representa una zona intermedia entre el mundo interno y el externo o la realidad.

Por identificación con otros miembros del grupo, algunos pacientes pueden lograr una catarsis vicaria (terapia del espectador), que les permite iniciar el desarrollo de un cierto insight. También es posible estimular la catarsis a través de dramatizaciones y representaciones de roles (Portillo, 2000).

**Contraidentificación proyectiva.**- es el resultado de una excesiva identificación proyectiva del analizado que no es percibida conscientemente por el analista y que como consecuencia se ve llevado pasivamente a desempeñar el rol que, en forma activa aunque inconsciente, el analizado forzó dentro suyo. El analista es llevado pasivamente a desempeñar el papel que el paciente le asigna (Etchegoyen, 2005).

**Proyección e introyección:** Los fenómenos transferenciales en buena parte descansan sobre estos conceptos.

Cada paciente al entrar a un grupo, proyecta sus objetos inconscientes fantaseados en otros miembros del grupo, e intenta manipularlos para que asuman el rol asignado, que corresponde a la propia manera de defenderse contra temores inconscientes (Díaz, 2000).

Laplanche y Pontalis (1967) señalan, que esta operación refleja el modo mediante el cual ciertos objetos se ven arrojados adelante: se los desplaza al exterior, pasando del centro a la periferia, o del sujeto al mundo circundante.

El sujeto atribuye a los otros, y encuentra en ellos, rasgos propios de él, debido a esto sólo percibe del mundo y sus objetos lo que de uno y otros él mismo ha definido y construido. En este sentido general, la noción de proyección justifica el empleo de técnicas proyectivas.

En la teoría psicoanalítica, la proyección es la operación por la que el sujeto expulsa de sí y localiza en personas o cosas algunas de las cualidades, algunos de los sentimientos, deseos o temores que desconoce o niega en él.

Para Kaes (1977) es un proceso que supone que existe en el sujeto una diferencia entre lo interno y lo externo, una bipartición dentro de la persona y un rechazo dirigido al otro de la parte de uno que se niega.

Money- Kyrle (citado en Etchegoyen, 2002) describe ambas formas de identificación parcial con el paciente, introyectiva y proyectiva; mientras éste habla, el analista se identificará introyectivamente con él, y habiéndolo comprendido dentro de sí, lo re proyectará interpretándolo. Me resulta necesario incorporar el término de la introyección, ya que también se da y cumple una función importante en las transferencias y sus modalidades siendo mediante la introyección que el individuo incorpora objetos a su yo para transferirles sus sentimientos y de alguna forma este yo se ve fortalecido.

Lo que el analista conoce más es de la fase proyectiva, es decir, de aquella fase en la cual el paciente es el representante de las primitivas partes inmaduras o enfermas de él, incluyendo sus objetos dañados, los cuales, al ser ahora comprendidos, son tratados por la interpretación con el mundo externo. Su modelo de comprensión sería: cotejar dentro de nosotros el niño que es ahora nuestro paciente con el niño que fuimos antes, en nuestra infancia o en nuestro propio análisis.

La importancia fundamental de la introyección del analista como objeto bueno “libre de angustia y de enojo” en el yo y el superyó ha sido destacado repetidas ocasiones por diversos autores.

Para Bleger (1985) la proyección de los propios conflictos sobre el entrevistado, también puede ser un riesgo, ya que puede haber una compulsión a ocuparse, indagar o hallar perturbaciones en la esfera en que las está negando en sí mismo. Agrega que la rigidez y la proyección conducen a encontrar solamente lo que se busca y se necesita.

Otro concepto fundamental dentro del proceso terapéutico grupal es la **envidia**, está puede presentarse con mucha intensidad, fundamentalmente debido a la regresión que suele tener lugar en los grupos. La presencia de otros compañeros hace vivir los celos en el aquí y ahora del grupo, que aunado con el hecho de tener que compartir el terapeuta-pecho con los demás, genera frustración que refuerza la envidia (Grinberg et al, 1957).

Recordemos que para Klein (1957) la envidia es el sentimiento enojoso contra otra persona que posee o goza de algo deseable, siendo el impulso envidioso el quitárselo o dañarlo. Además, la envidia implica la relación del sujeto con una sola persona y se remonta a la relación más temprana y exclusiva con la madre. Los celos están basados sobre la envidia, pero comprenden una relación de por lo menos dos personas y conciernen principalmente al amor que el sujeto siente que le es debido y le ha sido quitado, o está en peligro de serlo, por su rival. Esta envidia primitiva es revivida en la situación transferencial. En la transferencia se puede encontrar la raíz de la envidia si las situaciones emocionales que encontramos en estadios tempranos son rastreadas hasta su más primitivo origen.

**Resistencia.** La resistencia es todo lo que obstaculiza el trabajo de acceso al inconsciente, tanto en lo grupal como en lo individual. Es una manifestación propia del tratamiento ya que reemplaza la rememoración por la repetición. Si ésta se actualiza en la transferencia, proporciona al analista la posibilidad del desciframiento e interpretación de dicha transferencia.

La técnica psicoanalítica se basa, en el análisis de la resistencia en particular de la resistencia de transferencia. En grupo se analiza la resistencia primeramente del líder y se la interpreta para convertirla en agente del progreso del grupo, ya que este es el representante de la resistencia de transferencia (Anzieu, et al. 1978).

**Relaciones objetales.** Freud (1912) reiteradamente se refirió a la necesidad de poner especial atención a la transferencia, es decir, a las relaciones de objeto del analizado. Decía que la transferencia se origina con los mismos procesos que determinan las relaciones de objeto en los primeros estadios y que por esta razón el analista debía de remontarse en el análisis a los objetos amados y odiados, internos y externos que dominan la primera infancia.

Kosseff (1956) fue uno de los primeros en trabajar las relaciones de objeto en el marco de la psicoterapia de grupo, y muy particularmente en “considerar al grupo como objeto transicional” integrando los conceptos de Winnicott.

Por otra parte las relaciones objétales, dice Kernberg (1993), son el enfoque psicoanalítico de la internalización de las relaciones interpersonales, cómo éstas determinan las estructuras intrapsíquicas y cómo tales estructuras preservan, modifican y reactivan relaciones internalizadas con otros en el pasado, en el contexto actual de las relaciones interpersonales.

Las relaciones objetales, según M. Klein, pasan a configurar estructuras complejas que incluyen las cualidades de las ansiedades y las defensas expresadas en términos de fantasías inconscientes. A estas estructuras fluctuantes se las denomina posiciones. El mundo psíquico kleiniano no sólo es representacional, sino que es un mundo “objetal” en interjuego con el mundo externo de los objetos reales que sirve primariamente a la modulación y regulación de la ansiedad, antes que a la descarga pulsional. En forma de síntesis éstas son las bases de todas las relaciones objetales tanto de la vida erótica como de la vida social.

**Trasladando las fases de Melanie Klein** (1961) a la situación grupal, encontramos la posición persecutoria en la que los objetos interiores (monitor, grupo y los otros) son vividos como malos, ya que el objeto malo es proyectado al mundo exterior (eventualmente idealizado). El pecho, objeto externo, se vuelve malo, perseguidor. Esta estructura es comparable con el “supuesto básico de Bion” llamado de ataque-huida”

**La posición depresiva**, en la que los otros y (o) el grupo reciben la transferencia negativa, percibiendo al monitor como objeto bueno, al igual que al mundo exterior (transferencia positiva). En este momento tanto el odio como el amor se proyectan en un mismo objeto, lo que posibilita la integración.

Si el paciente tiene la tendencia a ubicarse en una posición esquizo-paranoide probablemente viva al grupo como amenazante o peligroso. Si puedo fijar una posición depresiva podrá tomar del grupo lo que le sirva y sentir que entre todos pueden hacer algo.



**Compulsión a la repetición.** Dicho concepto hace referencia a la tendencia del individuo a actuar conductas patológicas, el olvido de impresiones, escenas y sucesos que lo llevan casi siempre a una retención de los mismos en el inconsciente por lo que el individuo vive de nuevo esa situación como acto ya que el recuerdo está reprimido, lo repite sin saber que lo hace. La necesidad de actuar se basa siempre en el pasado para encontrar el placer que se originó en la infancia, sin embargo, también se reproduce el displacer cuando se reprime un recuerdo que provocó ansiedad. La persona actúa en lugar de recordar y lo hace bajo las condiciones de la resistencia. Repite todo lo que ha incorporado a su ser. La mejor manera de refrenar la compulsión a la repetición es convertirla en un motivo de recordar. Esta represión es inconsciente y cuanto más intensa sea la resistencia más quedará el recuerdo sustituido por la acción (González, 2002).

Ahora bien, el principal recurso para domeñar la compulsión de repetición dice Freud (1912) y transformarla en un motivo para recordar, reside en el manejo de la transferencia. De las reacciones de repetición, que se muestran en la transferencia, los caminos consabidos llevan luego al despertar de los recuerdos, que, vencidas las resistencias, sobrevienen con facilidad.

**Interpretación.** Muchos analistas obtienen sus interpretaciones de la percepción de su contratransferencia, es decir de lo que ven y sienten en ellos mismos como objeto de la transferencia de sus analizados, y es por eso que el tema de la interpretación me resulta fuertemente vinculado con el tema de la transferencia, contratransferencia y las intransferencias.

La interpretación es el instrumento terapéutico por excelencia, según el psicoanálisis, lo que cura es hacer consciente lo inconsciente, y para ello es necesaria la interpretación. Se le devuelve al analizado lo que él ha puesto en el analista y que, en realidad le es propio.

Según Foulkes (1975) toda interpretación tiene implicaciones transferenciales y, por ello mismo, también involucra aspectos contratransferenciales. El mero hecho

de que el terapeuta responda al material mediante la interpretación encierra ya importantes implicaciones transferenciales.

Este autor afirma que las interpretaciones tienen lugar permanentemente, ya sea en las palabras, acciones, en omisiones o en actos concretos, conscientes o inconscientes y desde este punto de vista todos los miembros del grupo participan en la interpretación. El grupo dice Foulkes (1950) desarrolla, una cultura interpretativa, en la que, hasta cierto punto, los pacientes participan conscientemente agrega que no solamente el monitor o analista es quien interpreta en terapia de grupo, también lo hacen los participantes, en ocasiones como imitando al terapeuta, tomándolo como modelo, se podría decir que de alguna forma también rivalizan con él, se convierten en co-conductores.

Las líneas directrices de interpretación de parte del terapeuta según Foulkes (1975) pueden enunciarse así: se requiere interpretación cuando la comunicación está bloqueada. Debe referirse particularmente a las resistencias, incluyendo la transferencia. Su forma y contenido han de estar determinados por la interacción y la comunicación en curso, tal como el grupo la vive. En cuanto a ubicación y oportunidad (timing), es necesario adaptarse a la situación emotiva del paciente. Debe quedar muy claro que toda interpretación está basada en primer lugar en el grupo como un todo. Agrega que a menudo los pacientes presentan primero su comportamiento transferencial en relación con el terapeuta o con los otros pacientes, argumenta que a ellos les resulta especialmente instructivo experimentar en primer lugar su significado inmediato en el grupo y en la vida cotidiana, y luego descubrir por sí mismos los vínculos tan importantes con el pasado parental o con sus relaciones familiares.

El analizado solo hará uso de la interpretación cuando se encuentre en una buena relación con el analista es decir, cuando se esté dando una transferencia positiva. En el caso de no ser así, se deberá analizar la resistencia de transferencia, ya que esto fortalecerá la transferencia positiva.

De una u otra manera el analista al tener mayor intervención e interpretar más, se incluye más en el proceso psicoanalítico, esto da generalmente como resultado un mayor impulso a la vivencia transferencial.

En el caso de la terapia individual la interpretación se centra en el individuo, en el grupo, la interpretación se le hace al grupo, dicho con otras palabras, se interpreta al grupo no a un miembro en particular. Esta interpretación no afecta a todos los participantes, solo a los que sus angustias, fantasías y conflictos se encuentran en resonancia. Con esto se puede conseguir que otros miembros del grupo sin estar involucrados directamente se vean sensibilizados ante los problemas de los otros y ellos incorporar la interpretación a sus conductas. Anzieu et al. (1978) afirma que las interpretaciones centradas en un individuo están fuera de lugar y deben evitarse.

La forma de la interpretación grupal es no sólo más subjetiva, más concreta, más polifásica que en la cura individual pero sobre todo es más activa.

La interpretación centrada en el grupo tiene efectos individuales indirectos. Cada uno escucha algo que le concierne y que en su fuero interno relaciona con alguna situación de su infancia, con algún conflicto actual, con algún síntoma o rasgo de carácter (Anzieu et al, 1978).

Se debe considerar al grupo como una totalidad, un solo yo dividido en “yoes” parciales, puesto que cada integrante está en función de los demás.

La interpretación por parte del analista depende de algunos factores entre ellos se destacan los propuestos por Racker (citado en Díaz, 2000):

- a) De la amplitud de nuestros conocimientos psicológicos.
- b) Conceptos secundarios como el silencio. La cantidad de interpretación depende, pues, del grado en que es valorado el silencio.

- c) Del factor individual, o sea, de la capacidad individual del analista, de comprender su contratransferencia. Por ejemplo, una mayor necesidad de reparar lo inducirá, por lo general, a interpretar más.

El mejor momento para interpretar es lo antes posible, es decir, el primer momento en que el material aclara lo que hay que interpretar. Al respecto Melanie Klein (en Winnicott 1994) dice que es adecuado interpretar los conflictos inconscientes y los fenómenos de la transferencia a medida que surgen, y establecer una relación basada en la confianza que generan esas interpretaciones. Cuanto más pronto el analista interprete el inconsciente, mejor, porque esto orienta al paciente hacia el tratamiento analítico, y el primer alivio sin duda le proporciona la primera indicación de que puede obtener algo del análisis. Continúa diciendo que lo que le importa al paciente no es tanto la exactitud de la interpretación como la disposición del analista a ayudar, la capacidad del analista para identificarse con el paciente y creer en lo necesario, y para satisfacer la necesidad en cuanto ésta es indicada verbalmente o por medio del lenguaje no verbal o preverbal.

Para Kernberg (2005) el éxito radica en la tolerancia, comprensión e integración interpretativa de la contratransferencia que tiene un efecto liberador sobre el analista y sobre el paciente. Por otra parte, si la experiencia liberadora del analista no corresponde con una en el paciente, quizá ello sea una clara indicación de que existen otros aspectos en la transferencia, mismos que deben ser examinados, que se interponen entre la interpretación y la capacidad del paciente para asimilarla.

Una interpretación, dice Santiago Ramírez (1975 p.26) “es exacta cuando lo que se dice es exacto (contenido de la interpretación), en la forma adecuada (cómo) y el tiempo debido (timing). Modifica el pasado y demuestra que lo mas adecuado no es precisamente hacer de la infancia un destino inevitable.”

## Insight.

Etchegoyen (2002) lo define como el proceso a través del cual alcanzamos una visión nueva y distinta de nosotros mismos; es el "darse cuenta" o tomar conciencia, se refiere a la comprensión de la propia conducta. Es tomar conciencia en forma súbita de una realidad interior, que normalmente había permanecido inconsciente. Es hacer consciente lo inconsciente

## Supuestos básicos de Bion:

Esta es una de las principales aportaciones de Bion (1975) a la comprensión de los procesos grupales. Se refiere a otro tipo de funcionamiento del grupo por debajo del comportamiento manifiesto, cuya relación con la realidad es casi nula y cuyo comportamiento tiene características regresivas.

Bion define los supuestos básicos como creencias emocionales comunes a todos los miembros del grupo, las que los llevan a compartir determinado tipo de fantasías y deseos inconscientes y que expresan necesidades básicas del grupo como un todo. Los supuestos básicos son:

- **La dependencia:** todos los miembros se comportan como si quisieran ser protegidos por el líder, alimentados por él desde el punto de vista intelectual y afectivo.

El grupo sólo puede subsistir sin conflicto si el monitor acepta el papel que se le atribuye y los poderes, así como los deberes que ello implica. Entonces, puede que el resultado aparente no sea malo, pero el grupo no progresa profundamente. Se complace en la euforia y el ensueño y descuida la dura realidad. Si el monitor lo rechaza, el grupo se siente frustrado y abandonado. Un sentimiento de inseguridad se apodera de los participantes. Esta dependencia con relación al líder se manifiesta a menudo en un grupo de diagnóstico por un largo silencio inicial y por la dificultad de encontrar un tema de discusión, porque el grupo espera las sugerencias del monitor. La dependencia es una regresión a esta situación de

la tierna infancia, en la que el bebé está a cargo de sus padres y en donde la acción sobre la realidad es asunto de ellos y no suya.

- **El ataque-fuga.** El grupo se comporta como si estuviera reunido para luchar contra un peligro, para atacar o huir de alguien o de algo. El rechazo de la dependencia por parte del monitor constituye un peligro para el grupo que cree entonces que no va a poder sobrevivir. Frente a este peligro, los participantes, en general, se reúnen ya sea para luchar o para huir. En este sentido, la actitud combate-huida es un signo de solidaridad del grupo. El peligro común acerca a los miembros (el grupo y el inconsciente).
- **El acoplamiento:** se define esencialmente por el sentimiento de esperanza. Se inician lazos de simpatía que están fortaleciéndose a la vista del grupo. Algunas veces, la actitud de combate-huida desemboca en la formación de subgrupos o de parejas. Se vivencia la ansiedad persecutoria ante la amenaza de que el terapeuta abandone al grupo.

El concepto de valencia es otra aportación fundamental de Bion, consiste en “la capacidad de un individuo para entrar en una combinación instantánea e involuntaria con otro para actuar y compartir sobre el plano de un supuesto básico (citado en Cappon, 1978).

Foulkes (1975) considera una analogía entre el grupo y el aparato psíquico individual en relación con la primera y segunda tópica freudiana:

- La consciencia estaría constituida por el lenguaje manifiesto, lo que es dicho por alguien, oído y comprendido.
- El preconscious abarcaría todo lo que podría ser dicho y comprendido, pero que no es expresado.
- El inconsciente abarca todo lo no dicho, son los pensamientos que, presentes en uno o varios miembros, incluso en el grupo entero, no se

expresan en voz alta, son ocultado por diversos temores, ya sea a sí mismos o al otro.

Las comunicaciones interpersonales ocurren en estos tres niveles, es decir conscientes, preconscientes e inconscientes y constituyen lo que Foulkes denomina una “matriz” en donde aparece la especificidad del grupo.

En cuanto a la segunda tónica la analogía sería de la siguiente manera:

- **Ello:** Es el extremo de pulsión del grupo; se encuentra presente en un grupo por intermedio de cada uno de sus miembros, la pluralidad de sus individuos evoca para cada uno la diversidad de las pulsiones libidinosas y agresivas.
- **El yo:** representante de los intereses de la totalidad del grupo, se encarna casi siempre en la persona del líder. El mismo grupo llega a ser progresivamente el yo en el interior del grupo. El funcionamiento se verá alterado por la pertenencia al grupo. Dicho de otra forma, se pondrá a prueba la fuerza del yo, incluyendo la del terapeuta.
- **El súper yo:** está constituido, por lo general, por las reglas de funcionamiento, los principios básicos comunes a la totalidad de los miembros, conocidos y aceptados por ellos.
- **El ideal del yo:** modelo al cual procurarían parecerse los miembros del grupo, puede ser el líder u otra persona del grupo. El grupo en su totalidad puede identificarse, igualmente, con un grupo exterior (Amado y Guittet. p. 157, 158, 159).

El grupo de terapia deviene como microcosmos social para cada uno de sus miembros. Un microcosmos en el cual cada miembro puede, entonces, sufrir experiencias emocionales correctivas.

### **1.3.2 Breve reseña de la psicoterapia de grupo.**

Uno de los primeros en documentar una técnica de psicoterapia de grupo, fue el internista de Massachusetts Josep Pratt (1872-1956) quien instituyó “clases de salud/colectivas” en una iglesia de Boston en (1905), aplicando su técnica de “control de pensamiento” para pacientes tuberculosos del hospital general de esa ciudad. Observó que el abordaje grupal disminuía el tiempo que debía dedicarse a cada enfermo. Describió su abordaje como “reeducación emocional y persuasión” en donde el médico asumía el rol de una figura parental idealizada (Díaz, 2000).

Muchos de los pacientes de Pratt eran indigentes y no podían permitirse la asistencia privada; la mayoría de ellos estaban debilitados, abatidos y aislados de la comunidad sana.

Su técnica se denominó “terapia exhortativa paternal”, que actúa “por” el grupo, pues utiliza, con fines terapéuticos y en forma deliberada y controlada, los sentimientos de rivalidad, emulación y envidia que surgen en el grupo (Materazzi, 1975).

Pratt organizó grupos de entre veinte y treinta pacientes, a los que dictaba conferencias una o dos veces por semana siendo éste el inicio de la terapia de grupo. A este método que empleo Pratt se le conoció como “método de clase” (Capón, 1978).

Posteriormente Pratt extendió su método a enfermos cardiacos, diabéticos y obesos y en 1930, lo aplicó a pacientes neuróticos y psicósomáticos. Emmerson lo instauró en niños desnutridos; Buck en pacientes con hipertensión arterial; Chapel en casos de úlcera y Cody Marsh lo introdujo en el tratamiento de esquizofrénicos hospitalizados. Todos ellos utilizaban al grupo como medio eficaz y económico para influir a numerosas personas (Díaz, 2000).

Edward Lazell, aplicó en 1921 los métodos de Pratt al tratamiento grupal de pacientes esquizofrénicos y maniacodepresivos hospitalizados y posteriormente abordó en la misma forma a pacientes externos. Su método, conocido como la



“arenga etiológica”, combina los conceptos freudianos sobre psicología de los grupos, junto con interpretaciones transferenciales trasladadas de la familia a la interacción grupal.

Cody Marsh utilizaba los conceptos teóricos de Freud, Le Bon, McDougall y los métodos psicoeducativos de Lazell para estimular las emociones grupales y la adaptación al ambiente hospitalario. Suplementaba sus conferencias con tareas en casa, lecturas, cantos, ejercicios grupales, testimonios y conferencias de pacientes, tiempo para preguntas y respuestas, role playing y otras técnicas psicodramáticas. El objetivo del tratamiento era inspirar en los pacientes un estado de ánimo feliz.

Grinberg, L.; Langer, M. y Rodrigué, E. (1957) clasifican entre las terapias exhortativas paternas, que actúan por el grupo, a los métodos derivados de este modelo inicial, ya que incitan y se valen de las emociones colectivas sin tratar de comprender su naturaleza, ni modificar las estructuras psíquicas subyacentes

Así mismo Trigant Burrow (1897- 1950), utilizó un método de gran importancia que consistía en aplicar los principios psicoanalíticos, a las manifestaciones del intercambio social para descubrir tanto su contenido manifiesto como el latente, con el objetivo de capacitar al individuo a fin de expresarse libremente sin las inhibiciones de su grupo social. Para este autor el mayor merito del grupo es su capacidad para disminuir las resistencias del paciente, al descubrir que su problemas no es único (universalización). A él se le debe el termino “análisis de grupo” (Díaz, 2000).

Por su parte Wolf al aplicar principios psicoanalíticos a la terapia de grupo, dio el nombre de “psicoanálisis en grupo”; Wolf y Slavson no tratan al grupo, sino que se analiza la interacción de los miembros en el grupo y con cada individuo en particular.

Snowden aplicó el método de clase a pacientes psiquiátricos, elaborando un ciclo de conferencias acerca de la causa de enfermedades mentales. Después de cada

conferencia, daba tiempo a cada paciente para que relacionara el material tratado en la conferencia con su propio padecimiento (Cappon, 1978).

Louis Wender quien estudió con Freud, abordó los problemas de convivencia entre pacientes mentales leves y psiconeuróticos mediante terapia combinada, individual y grupal. Wender veía al hospital como una familia substituta, apelaba a la comprensión intelectual de la conducta, favorecía la catarsis y la utilización terapéutica de las transferencias laterales. Sobre este tema de transferencias se vio influido Mt. Sinaí, quien pudo realizar interpretaciones al grupo, como un todo, gracias a su percatación, de la transferencia de los pares.

Paul Schilder, fue uno de los pioneros en aplicar los principios psicoanalíticos freudianos al encuadre grupal. En los años treinta introdujo en el grupo actividades estructuradas (biografías escritas), interpretaciones didácticas y terapias por el arte, por influencia de su esposa Lauretta Bender. “Dio gran importancia a las relaciones e interacciones de los miembros de sus grupos y en teoría, su aproximación a la terapia de grupo es definitivamente de orientación psicoanalítica. Aunque estimulaba la interacción, básicamente mantenía su neutralidad analítica, examinando la transferencia y la resistencia” (Cappon, 1978. p.17,18). Schilder anticipó dificultades contratransferenciales determinadas por la situación grupal, por ser el terapeuta el objeto de la admiración, odio y amor sexual de los miembros del grupo.

La Doctora Bender, trabajaba sus grupos, tanto de niños como de adolescentes, a través de clases de ritmo y música, terapia por el arte, rutinas escolares, teatro guiñol, discusiones y conferencias.

Es importante mencionar a Alfred Adler quien fue un clínico precursor que consideraba de manera importante las posibilidades existentes en los grupos para el establecimiento y la conservación de la salud mental.

Jacob Levy Moreno, organizaba sesiones grupales para prostitutas en 1913. A él se debe el término de “psicoterapia de grupo” en el año de 1923. Así como los

términos *“encuentro, comunicación interpersonal, terapia de grupo y catarsis grupal”*

En 1925 estableció “El teatro del hombre espontáneo” y para 1934 ya practicaba el psicodrama. Descubrió que la dramatización de los conflictos facilita su superación. El conflicto puesto en escena es siempre grupal.

Moreno (1959) menciona que el psicodrama es una forma de psicoterapia inspirada en el teatro de la improvisación y concebida como grupal o «psicoterapia profunda de grupo». Para él, el psicodrama representa el punto decisivo en el apartamiento del tratamiento del individuo aislado hacia el tratamiento del individuo en grupos, del tratamiento del individuo con métodos verbales hacia el tratamiento con métodos de acción Moreno (1985).

Según su creador históricamente el psicodrama representa el punto decisivo en el apartamiento del tratamiento del individuo aislado hacia el tratamiento del individuo en grupos, del tratamiento del individuo con métodos verbales hacia el tratamiento con métodos de acción. (Moreno, 1959). El psicodrama pone al paciente sobre un escenario, donde puede resolver sus problemas con la ayuda de unos pocos actores terapéuticos. Es tanto un método de diagnóstico como de tratamiento. (Moreno, 1959).

El método moreniano posee ciertos elementos de la terapia por el grupo con estructura fraternal, ya que el papel del líder formal es restringido. En el psicodrama los pacientes son tanto agentes terapéuticos para los espectadores, como beneficiarios directos del método.

J.L. Moreno, fue uno de los pioneros en el terreno de la terapia grupal con niños, aplicando para tales fines su técnica “psicodrama”. Solía reunir grupos de niños, agrupándolos en círculos, donde les contaba historias y cuentos improvisados, a partir de estos ejercicios podían expresar su creatividad, a sí surge el término que denominó “autoexpresión creativa”.

Por otra parte, existe una corriente inspirada en la técnica psicoanalítica, llamada terapia interpretativa individual en el grupo, siendo unos de sus máximos representantes Slavson, Schilder y Klapman los cuales introducen la interpretación individual en el grupo; en donde los participantes se benefician en la medida en que pueden identificarse con el protagonista de ese momento.

S.R.Slavson (2007) es considerado el padre de la terapia grupal de niños y adolescentes. Organizó clubes culturales, donde un grupo de jóvenes se reunían cada semana y al participar libremente creaban una intensa interacción grupal. Aplicaba los conceptos de libertad, permisividad, respeto y compasión; creía firmemente que el autodescubrimiento era una forma de aprender. Y esto lo consideraba no una técnica sino una filosofía de vida.

Wilfred R. Bion (1975) contribuyó al desarrollo del análisis grupal aplicando principios psicoanalíticos a grupos de soldados hospitalizados por neurosis de guerra, con la finalidad de reintegrarlos a sus labores militares. Estos grupos fueron en parte formados por la gran demanda de pacientes que dejaba la segunda guerra y los pocos médicos que podían asistirlos.

Establece que lo que hace y dice el individuo dentro del grupo arroja luz tanto sobre su personalidad como sobre la opinión que tiene del grupo. Bion demostró, en 1961, que en todo grupo de cualquier índole, existen dos niveles:

- El nivel de la tarea: los miembros del grupo cooperan para la realización del trabajo.
- El nivel de la valencia: son las actividades subyacentes en las actividades de trabajo. Es la capacidad que tienen los individuos, cuando están en grupo, para combinarse de manera instantánea.

Foulkes realizó grandes aportaciones al campo de la psicoterapia de grupo, llamándola técnica psicoterapia analítica de grupo. Considera al grupo como un todo, enfatiza el hecho de que el individuo y no el grupo es el objeto de tratamiento, siendo el grupo el agente terapéutico principal (Cappon 1978).

Enrique Pichon Riviere organizó en Argentina en 1947 grupos terapéuticos con enfermos hospitalizados a partir del modelo de K. Lewin, pero con la táctica de Schilder y fundó en 1954, la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo (A.A.P.P. de G). De los grupos operativos de este autor derivaron los grupos analíticos de reflexión, que en la actualidad, tienen un encuadre psicoanalítico en su totalidad.

Posteriormente, Grinberg, Langer, y Rodríguez, se abocan al estudio de los grupos, sistematizando el enfoque del “análisis de grupo”, conciben al grupo como la integración de distintos elementos que constituyen una totalidad “gestáltica” a la que aplican estrictamente la técnica psicoanalítica de interpretación transferencial directa, en el aquí y ahora del grupo. El modelo original luego evolucionó para incluir las interpretaciones individuales en función de la historia personal de los miembros.

Hablando específicamente de la terapia grupal de niños en México los antecedentes son muy escasos. Los primeros de los que se tienen noticias fueron los doctores Ramón de la Fuente Muñiz y Leonor Torres Cravioto por los años de 1948 y 1949. Poco después el Dr. Luis Feder y en los años sesenta la doctora Frida Zmud. Y aunque se han hecho buenas aportaciones en tiempos recientes es un área prácticamente nueva y con un gran campo laboral.

En 1967, los doctores Luis Feder, José Luis González, Gustavo Quevedo y Frida Zmud fundan la Asociación Mexicana de Psicoanálisis de Grupo A. C. En 1968, como resultado de las presiones de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, el nombre de la asociación cambia al de Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG), que se conserva hasta la fecha.

A manera de resumen se presenta la siguiente tabla de Raúl Vaimberg (2012) la cual es una línea del tiempo, resumen de eventos, publicaciones y fechas significativas de la historia de la psicoterapia de grupo:

	<b>Línea del tiempo de la Psicoterapia de Grupo (1895-2010)</b>	1951	Fritz Perls, ed., Gestalt Therapy, Paul Goodman (Parte II) y Hefferline (Parte I), anotado por Fritz Perls. Carl Rogers. Terapia centrada en el cliente.
1895	Gustave Le Bon, <i>Lois psychologiques de l'évolution des peuples</i> , 1894 (trad. en inglés: <i>The Psychology of Peoples</i> , 1895). Gustave Le Bon, <i>La psychologie des foules</i> , 1895 (trad. en inglés: <i>The Crowd: A Study of the Popular Mind</i> , 1896).	1952	Siegfried Foulkes funda en Londres la Group Analytic Society (GAS). Maxwell Jones. <i>Social psychiatry. A study of therapeutic communities</i> . Desarrolla la comunidad terapéutica.
1905	Joseph Pratt. Introduce el sistema de clases colectivas en una sala de pacientes tuberculosos.	1957	Siegfried Foulkes. Group Psychotherapy. The psychoanalytic Approach.
1909	Wilfred Trotter. <i>Herd instinct and its bearing on the psychology of civilized man</i> .	1960	ARPA (Advanced Research Projects Agency) del Departamento de Defensa de los Estados Unidos, desarrolló una idea concebida por Paul Baran, antecesora de Internet.
1914 1918	<b>PRIMERA GUERRA MUNDIAL.</b>	1961 1989	<b>MURO DE BERLIN.</b>
1913	Sigmund Freud. <i>Tótem y Tabú</i> .	1961	Wilfried Bion, <i>Experiences in Groups</i> , Tavistock, Londres.
1920	William McDougall. <i>The Group Mind</i> .	1962	Didier Anzieu crea el Cercle d'Etudes Françaises pour la Formation et la Recherche: Approche Psychoanalytique du groupe, du psychodrame, de l'institution (CEFFRAP).
1921	Sigmund Freud. <i>Psicología de las masas y análisis del yo</i> .	1964	Eric Berne, <i>Games people play: The psychology of human relationship</i> . Creación del análisis Transaccional.
1927	Trigant Burrow. <i>The Social Basis of Consciousness</i> , Londres.	1968	Maxwell Jones, <i>Beyond the therapeutic community. Social learning and social psychiatry</i> .
1931	Jacob Levy Moreno, fundador del psicodrama de forma germinal ya en 1910, se autoerige en 1931 como creador de la «psicoterapia de grupo».	1970	Carl Rogers. <i>Grupos de encuentro</i> .
1934	Samuel Slavson, propulsor del desarrollo de la terapia grupal en New York.	1973	Jacob Levy Moreno funda la International Association of Group Psychotherapy (IAGP).
1935	William Griffith Wilson funda Alcohólicos Anónimos.	1973	Se constituye la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo (SEPTG).
1935	Paul Ferdinand Schilder, <i>The Image and Appearance of the Human Body</i> .	1976	René Kaës. <i>L'appareil psychique groupal</i> .
1919 1945	<b>SEGUNDA GUERRA MUNDIAL.</b>	1989	Creación de la World Wide Web (W.W.W.) por Tim Berners-Lee en el CERN (Conseil Européen pour la Recherche Nucléaire) de Ginebra.
1939	Kurt Lewin. <i>Teoría del campo y experimentación en psicología social</i> .	1993	En el encuentro de Heidelberg de la IAGP se iniciaron dos secciones: Group Analysis (coordinadores: Malcolm Pines y Juan Campos) y Psycho-drama (coordinadores: Grete Leutz y David Kipper).
1940	Siegfried Heinrich Foulkes, <i>Psicoterapia grupoanalítica</i> .	1995	Pierre Lévy, 1995. <i>Qu'est-ce que le virtuel?</i> , desarrolla el concepto de Ciberespacio.
1942	Jacob Levy Moreno funda The American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama (ASGPP).		
1943	Samuel Slavson. Introducción a la terapia de grupo. Funda The American Group Psychotherapy Association (AGPA).		
1943 1952	Wilfried Bion publica diversos artículos.		
1946	Jacob Levy Moreno, <i>Psychodrama</i>  Enrique Pichon-Rivière. Concepción operativa de grupos.		

Gómez (2010) argumenta que la psicoterapia de grupo nace de situaciones marcadas por la urgencia y por la demanda excesiva que impedía la atención individualizada y que hoy en día, la psicoterapia grupal ha encontrado un campo específico de tratamiento y tiene sus propias indicaciones.

El interés del campo psicoterapéutico grupal ha sido cada vez mayor, como lo muestran las publicaciones acerca del tema y el desarrollo de las numerosas prácticas grupales que se han realizado en estos años. La literatura sobre terapia de grupo ha demostrado la aplicabilidad del tratamiento grupal en una amplia gama de edades: infancia, adolescencia, adultos, vejez. La utilidad en patologías psiquiátricas y psicológicas diversas: neurosis, psicosis, trastornos del desarrollo, trastornos sexuales, psicósomáticos, abuso de alcohol o de otras drogas, trastornos de la alimentación, de la personalidad, problemas emocionales etc. Y, por otro lado, su gran interés en ámbitos tan diferentes como son: el hospital general, el hospital psiquiátrico, los centros de salud mental, las comunidades terapéuticas, clínicas, los centros de rehabilitación, los centros de atención primaria, los centros comunitarios, etc. A este autor le llama la atención que en la situación actual, la psicoterapia de grupo no sea un tratamiento de elección a ofertar por los servicios públicos cuando la indicación del tratamiento sea psicoterapia, sola o combinada con psicofármacos. Es evidente que con los recursos que disponen los servicios públicos, si no se da un lugar preferente a las técnicas grupales, no se podrá ofrecer psicoterapia a muchos pacientes que se beneficiarían de este tipo de tratamiento. Por otro lado, expresa que las técnicas grupales son difíciles de implementar porque el número de profesionales formado actualmente es escaso, y, a su vez, no es infrecuente que los centros de salud mental que disponen de terapeutas grupales formados no los utilicen adecuadamente. En este sentido sería necesario integrar a los terapeutas a sesiones como co-terapeutas para que aprendan la técnica ya que en ello residirá el futuro de la psicoterapia grupal, a la vez que se documenten los casos de éxito para que se repliquen las prácticas en las instituciones y poder acercar a las personas esta modalidad terapéutica.

## CAPITULO II.

### **Transferencia.**

#### **2.1 Concepto de transferencia.**

#### **“El curso ideal del tratamiento”**

Jean Laplanche y Ponatllis (1979) en su diccionario de psicoanálisis definen a la transferencia como el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica.

Para Emilo Rodriqué (1971) es un proceso mediante el cual los pacientes reeditan conflictos y vivencias del pasado y que están totalmente olvidados y reprimidos; es decir, son inconscientes.

Freud (1905) descubre la transferencia y luego la convirtió en la piedra angular del psicoanálisis, es decir en el principal instrumento técnico. Incluso designa a la resistencia y la transferencia como los dos puntos de partida del análisis.

Reconoce que lo que se revive en la transferencia es la relación del sujeto con las figuras parentales. Es un fenómeno frecuente y regular, que supone el compromiso de dos instancias temporales: pasado y presente.

Santiago Ramírez (1975) coincide con esta intercomunicación entre el pasado y el presente, afirma que este es el papel primordial que el análisis de la transferencia desempeña en la técnica psicoanalítica, en sus propias palabras menciona “la transferencia no es por sí misma, sino una repetición del pasado olvidado” (p.12).

Freud descubrió que el paciente transfiere proyectando en el extraño atributos de las personas que le son más familiares y, en especial, los primeros objetos que desempeñaron un papel central en su infancia.



Riviere (1971) refiere que en un inicio Freud encontró en la situación transferencial un obstáculo, un elemento de resistencia a la emergencia del recuerdo, por lo que el paciente actúa (revive en el vínculo) en vez de recordar. Mas tarde, y por su comprensión del fenómeno, logra convertir el obstáculo en instrumento de cura. Esto quiere decir que existe una oposición entre recuerdo y repetición y fue Freud quien mostró el carácter resistencial de la transferencia, como se mencionó anteriormente el analizado repite en lugar de recordar, pero hay que ser insistente en que el mismo Freud afirmó la identidad entre infancia y transferencia señalando que en el inconsciente no existe el tiempo. Mas tarde señaló que la resistencia se dirige especialmente contra la repetición, siendo la transferencia lo resistido. En este sentido Racker (1960) menciona que hacer consciente la transferencia es al mismo tiempo una forma de recordar. De esta forma en la transferencia como resistencia, el énfasis está puesto en que la repetición (entendida en la transferencia) es una resistencia. Freud considera la repetición como tendencia del *ello* mientras que la resistencia proviene del yo, oponiéndose a la repetición, es de hecho una defensa.

El terapeuta se coloca del lado del ello y de sus tendencias a la repetición y lucha contra las resistencias del yo que se opone a la repetición.

La transferencia es resistencia y al mismo tiempo es lo resistido, o sea, el analizado repite defensas infantiles para no hacer consciente situaciones infantiles de angustia y dolor que está por revivir en la transferencia. Hay que recordar que si se da la repetición es por que no está el recuerdo.

Dicho de otra forma Etchegoyen (1986) lo explica así “lo que más se acomoda a la resistencia al recuerdo es la transferencia, en cuanto es a través de ella que el paciente no recuerda, no recuerda. ¿Qué puede ser mejor para no recordar que tocar el recuerdo en actualidad, en presencia? Como ejemplo transcribo el que da este mismo autor: “En el momento en que yo iba a recordar la rivalidad con mi padre, empiezo a sentir rivalidad con mi analista y con esto no me hago cargo del recuerdo” (p. 327,328).

La transferencia es al mismo tiempo el pasado y el presente y cuando logra resolverse se solucionan las dos instancias, no solo una, ya que el inconsciente es atemporal y la curación consiste en darle temporalidad. Se trata de unir el presente y el pasado en la mente del analizado, superando las represiones que lo impiden.

Analizar la transferencia del paciente permite transformar la repetición en memoria y así se pasa de obstáculo a instrumento de curación.

Freud (1912) concluye, que la transferencia se origina en los mismos procesos que determinan las relaciones de objeto en los primeros estadios, por eso tenemos que remontarnos una y otra vez en el análisis hacia las fluctuaciones entre los objetos amados y odiados, internos y externos, que dominan la primera infancia. En la situación grupal todo esto se revive gracias a la transferencia con el analista. Como se mencionó anteriormente, se reviven las primeras experiencias, tales como, ansiedades, envidia, proyecciones e introyecciones. Ahora son reeditadas y si el terapeuta tiene bien trabajada su contratransferencia podrá hacer frente e interpretar transferencialmente a sus pacientes. Esto resulta de gran importancia ya que el inconsciente es atemporal y podrá el analista atento, descubrir con esta potente herramienta (transferencia) conocer y hacer consciente al analizado lo que lo atraviesa.

Freud descubre que lo que se revive en la transferencia es la relación del sujeto con las figuras parentales. Es un fenómeno frecuente y regular, que supone el compromiso de dos instancias temporales: pasado y presente. Señala que la parte decisiva de la labor se realiza creando en la relación con el analista, en la transferencia, nuevas ediciones de aquellos antiguos conflictos, en las que el paciente quisiera conducirse tal como se ha conducido en aquel entonces, mientras se obliga, por medio de la movilización de todas las fuerzas psíquicas disponibles, a una decisión distinta. La transferencia se convierte, pues, en el campo de batalla donde deben encontrarse todas las fuerzas que luchan entre sí.

Para Racker (1960) la transferencia es lo que en el presente vive y los recuerdos son traídos y deben ser interpretados en función de esa nueva-vieja realidad viviente. Los recuerdos infantiles sirven como instrumento para comprender la transferencia y para dar a las transferencias su verdadero nombre (madre, padre etc.). El analista es el centro de todo el amor y odio, angustia y defensa del analizado, todos sus sufrimientos tienen su base durante el tratamiento en la transferencia. Es ubicada en la dialéctica del presente y el pasado, en el contexto de la repetición y la resistencia.

Etchegoyen (2002) refiere que para Greenson los dos rasgos fundamentales de una reacción transferencial son que es repetitiva e inapropiada. Esto por ser un proceso primario y por tanto irracional ya que confunde el pasado con el presente, lo cual se podría decir que es una respuesta inadecuada. La vida emocional que el paciente no puede recordar, es revivenciada en la transferencia, y allí es donde debe ser resuelta su problemática.

Anna Freud (1965) da un panorama muy claro cuando dice que la transferencia, son aquellos impulsos que experimenta el paciente en relación con el analista y que no depende de la situación analítica actual, sino que remonta su origen a tempranas vinculaciones con el objeto, revivida durante el análisis bajo la influencia como ya lo vimos del impulso repetitivo. Ella hace una distinción o tipos de transferencias:

- Transferencias de impulsos libidinales: las relaciones con el analista se ven perturbadas por violentos sentimientos experimentados por el paciente: amor, odio, celos, angustia. Son irrupciones del ello.
- Transferencia de la defensa: El impulso repetitivo que domina al paciente durante la situación analítica, se extienden no sólo a los viejos impulsos del ello, sino, concomitantemente, a las antiguas defensa contra el instinto. Dicho de otra forma transfiere los impulsos del ello en todos aquellos modos de deformación que ya se habían adquirido en la vida infantil. Transformación de los instintos.

- Actuación de la transferencia: Dice Anna Freud que puede suceder que tanto los impulsos instintivos como las reacciones defensivas contra los sentimientos transferenciales empiecen actuar como hechos de la vida diaria. A este proceso que sucede fuera del análisis, lo denomina “actuación de la transferencia”.

Anna Freud (1961) en su libro “El yo y los mecanismos de defensa” menciona que los fenómenos descubiertos por la interpretación de la transferencia, se pueden dividir en dos grupos: uno constituido por los contenidos del ello, otro por las actividades del yo; ambos revelados en cada caso a la consciencia.

Agrega que un paciente que experimenta una intensa transferencia produce abundante material perteneciente a estados muy profundos del ello. El yo no se limita a ser un observador en esta situación, aunque esté dominado por impulso repetitivo, comportándose como un yo totalmente infantil, no dejará de actuar en lugar de analizar. En resumen dice que el análisis de la transferencia es una importante vía de acceso para el descubrimiento de los contenidos del ello y de las actividades del yo.

Las manifestaciones de la transferencia desde que son consideradas de primordial importancia, acaban por ocupar el lugar de casi todas las demás fuentes del material analítico, y se convierten en el camino real hacia el inconsciente.

Anna Freud (1965) considera que este criterio acerca de la transferencia está basado en tres presunciones:

1. Que todo lo que sucede en la estructura de la personalidad de un paciente puede analizarse según sus relaciones objetales con el analista.
2. Que todos los niveles de las relaciones objetales son igualmente accesibles a la interpretación, a los que puede modificar hasta idéntica medida.
3. Que la única función de las figuras ambientales es la de recibir las catexis libidinales y agresivas.

Durante el curso del análisis los pacientes repiten y escenifican alrededor de la persona del analista por medio de la regresión, sus relaciones objetales provenientes de todos los niveles del su desarrollo.

Se trata pues, como ya lo vimos de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad.

En su fragmento de análisis de un caso de histeria, Freud (1905) define la transferencia de la siguiente manera: Son reediciones o productos ulteriores de los impulsos y fantasías que han de ser despertados y hechos conscientes durante el desarrollo del análisis y que entrañan, como singularidad características de su especie, la situación de una persona anterior, por la persona del médico. O para decirlo de otro modo: toda una serie de sucesos psíquicos anteriores cobra vida de nuevo, pero ya no como pertenecientes al pasado, sino como una relación actual con la persona del médico.

Se sabe que el analista en la situación de transferencia, puede sustituir a la madre, al padre a otras personas, y que también desempeñen a veces en la mente del paciente el papel del superyó, y otras veces el del ello o el yo.

Por su parte Bleger (1985) agrega que con la transferencia el entrevistado aporta aspectos irracionales o inmaduros de su personalidad, su grado de dependencia, su omnipotencia y su pensamiento mágico. Es la actualización en la entrevista de sentimientos, actitudes y conductas inconscientes, por parte del entrevistado, que corresponden a pautas que éste ha establecido en el curso del desarrollo especialmente en la relación interpersonal con su medio familiar. En la transferencia el entrevistado asigna roles al entrevistador y se comporta en función de los mismos. En otros términos traslada situaciones a una realidad presente. Al igual que Freud distingue entre transferencia positiva y negativa.

El efecto Zeigarnik (citado en Etchegoyen, 2002) puede explicar un tanto el origen de la transferencia ya que este efecto consiste en que las personas tienen la necesidad de terminar una tarea, de cerrar una estructura dicho en términos

gestálticos. En la repetición transferencial se entendería como la necesidad de cerrar o integrar algo que quedó incompleto en el pasado.

La transferencia se apoya en personas, objetos y dinamismos de existencia real. No está emparentada con la alucinación ni con el fantasear. Es una ilusión asentada en datos concretos, acoplados con fantasías.

La conducta manifiesta de un sujeto contiene rasgos que representan un intento de solucionar una tensión consciente surgida de las relaciones con objetos inconscientes de la fantasía.

## **2.2 Modalidades de la transferencia.**

Freud (1912) distingue dos tipos de transferencias: una positiva y otra negativa, la primera hace referencia a las diferentes formas de deseos sexuales como son el amor, respeto, sentimientos de ternura, gusto por el analista. En la medida en que la transferencia del paciente es de signo positivo, se inviste al terapeuta de autoridad lo que le otorga credibilidad a sus comunicaciones y concepciones. El segundo tipo, es decir la transferencia negativa, incluye variedad de agresiones como el enojo, disgustos, odio, desprecio por el analista. Estas últimas deben ser analizadas, puesto que tal análisis fortalecerá la transferencia positiva perturbada.

- La llamada transferencia positiva es la transferencia erótica.
- La llamada transferencia negativa es la transferencia hostil.

Anzieu (1974) refiere que la transferencia positiva tiende a concentrarse en los grupos pequeños y la transferencia negativa, en el grupo amplio. El grupo pequeño se convierte en el imaginario del placer, el grupo amplio, en el lugar imaginario de la muerte. En el grupo pequeño la transferencia central se dirige al monitor pero las transferencias laterales de los participantes entre si son igualmente activas y significativas. Esto se debe al hecho de que en un grupo pequeño muy pronto cada uno conoce al otro.

Greenson (1980) hace una división de la transferencia negativa en transferencia erótica, donde se sexualiza y erotiza al analista, y transferencia agresiva, que va de fantasías a actos agresivos.

Por su parte Racker (1960) considera que el papel básico que desempeña la transferencia positiva en el proceso psicoanalítico, consiste en que suministra la energía necesaria para la colaboración del analizado, es decir la energía para ver el inconsciente, superando las resistencias.

Para Freud (1912) la transferencia, tanto en su forma positiva como negativa, se pone al servicio de la resistencia; pero, con el trabajo analítico adecuado, se convierte en el más potente de los instrumentos terapéuticos. La omnipotencia del padre nos inspira respeto y esperanza, sentimientos que volveremos a encontrar en presencia del terapeuta, por ejemplo.

Acerca de la técnica analítica de la transferencia, Díaz Portillo (2002) recomienda que la transferencia, tanto en su modalidad positiva como negativa, se explora y se interpreta, pero no se provoca, manipula ni desvía del terapeuta, los pares, el grupo y el mundo externo. Es importante pues que se espere a que surja el fenómeno sin promoverlo pero también sin evitarlo.

Uriarte (2003) afirma que actualmente se considera que la transferencias tiene un carácter ambivalente entre positiva y negativa. Argumenta que cuando la transferencia se mantiene positiva, marcada por un amor de carácter moderado todo parece ir por buen camino, pero en ciertas situaciones el movimiento transferencial se intensifica y deviene pasional en el odio o en el amor excesivo.

Destaca entonces una transferencia negativa erótica cuando una transferencia amigable, amorosa, deviene excesivamente erótica y, por otro lado, una transferencia negativa hostil definida por una intensa hostilidad.

Como vemos las transferencias positivas y negativas se encuentran señaladas por cierta ambigüedad.

Esta autora concluye que la relación transferencial no puede jamás ser enteramente positiva, sino que debe nutrirse de las posibilidades de la transferencia negativa. Una y otra permiten el análisis completo de la transferencia en la dimensión esencial de la ambivalencia.

De hecho sucede que un paciente, en un período de transferencia negativa tiene la posibilidad de tomar conciencia de sus impulsos agresivos, y ello marca un avance importante para el análisis; inversamente, ciertas fases de transferencia positiva sexualizada caracterizan tiempos detenidos de un análisis, y se acompañan de efectos negativos.

### **2.3. La transferencia en la psicoterapia de grupo.**

Bion (1948) y Ezriel (1950 y 1952) afirmaban que la tarea esencial del terapeuta de grupos consiste en confortar al grupo como un todo, con los temas de sus fantasías inconscientes compartidas en el aquí y ahora; y por esta razón confirieron máxima importancia a la interpretación de la transferencia central.

Con respecto a la transferencia central, la posición del coordinador parece similar a la del analista en una cura individual, sin embargo, por la presencia de los otros objetos transferenciales, las proyecciones efectuadas sobre el coordinador son diferentes. Algo similar se presenta en el análisis individual donde el paciente utiliza al mundo externo como resistencia, pero él es el único que “se defiende” de ese modo contra la situación; en grupo, cada uno recibe el sostén y las contracatexias de los otros que refuerzan su defensa. En ambos trabajos, tanto individual como grupal, los otros cobran importancia y se presentan de manera diferente. En el trabajo individual los otros son evocados en la cura manteniéndose ausentes, imaginarios y cargados con una realidad psíquica que el analista no puede apreciar, contrario a lo vivenciado en el grupo donde los otros se encuentran allí, presentes, reales hablan, responden, reaccionan ante las proyecciones que se efectúan sobre ellos, proyectan y a su vez atacan, se comprometen entre sí en alianzas o conflictos “reales” y es aquí donde el terapeuta puede visualizar, parte de realidad psíquica y las proyecciones. Es así



como la presencia de los otros dentro del grupo permite movilizar, bajo forma de transferencias laterales, situaciones vividas por los participantes, lo cual facilita las proyecciones y éstas a la vez permiten a cada uno utilizar a los otros en el sentido de sus deseos o defensas, de hablar en su lugar o de hacerlos hablar en lugar de uno.

Dentro del grupo es importante destacar que el sujeto está en un espacio marcado por la mirada del otro, está expuesto a las miradas de los demás, esto permite el que se vea reflejado en esa mirada de ese otro y vuelva a sentirse completo, pues los otros pasan a ser objetos imaginarios para él.

Este método se podría definir como terapia en el grupo, del grupo y realizada por el grupo.

El terapeuta se mueve entre el contenido individual, la interacción grupal, las transferencias al grupo como un todo y la tensión grupal común (Díaz, 2000).

Uno de los primeros en explicar la transferencia de grupo fue Foulkes (en Díaz, 2000), quien considera que ésta se desarrolla con menor intensidad en el grupo que en el análisis individual; motivo por el cual este último es el procedimiento de elección para el tratamiento de las neurosis de transferencia. Señaló además que en el análisis individual, la “transferencia” tiene un carácter regresivo “vertical”, porque se refiere al pasado; mientras en el grupo es “horizontal”, pues se desarrolla en el plano actual y multipersonal.

Rodrigué (1957) recalca que las expresiones de amor y de agresión que surgen entre los componentes del grupo, como así también las dirigidas hacia el terapeuta, son manifestaciones de transferencia.

El terapeuta debe aprovechar la situación “transferencial” que existe en toda relación humana para corregir y solucionar los conflictos que han sido puntos de partida de los padecimientos neuróticos.

La verdadera transferencia, entendida en términos psicodinámicos, tiene lugar en los grupos de psicoterapia. De hecho, es muy poderosa e influye radicalmente en el carácter de las interacciones grupales. Para trabajar eficazmente con la transferencia, los terapeutas deben ayudar a los pacientes a reconocer, comprender y cambiar sus reacciones distorsionadas.

Existen dos enfoques fundamentales para resolver la transferencia en la terapia de grupo: la validación consensuada y la transparencia del terapeuta.

En la validación consensuada, el terapeuta anima al paciente a que compare sus impresiones de un acontecimiento que ha tenido lugar en el grupo con la de los demás miembros.

En cuanto a la transparencia se refiere a que los terapeutas de grupo deben aprender a responder de una manera juiciosa y responsable, y a admitir o refutar motivos y sentimientos que se les atribuya.

Corominas (1996) por su parte sugiere hacer interpretaciones transferenciales individuales y grupales, aunque, por lo general, se procura hacerlas grupales, dirigidas al terapeuta tomado como objeto o al grupo. En este caso, el terapeuta habla de un modo plural que le incluye a él mismo. No obstante, aconseja que al principio y hasta que el grupo no esté bien integrado, es necesario hacer interpretaciones individuales, aun cuando siempre se procure vincularlas al proceso grupal. Este tipo de intervenciones señala que también favorecen la constitución del grupo y viabiliza la profundización en la transferencia grupal.

Los enlaces transferenciales son muy intensos en el grupo. El grupo terapéutico crea una situación que obliga a trasponer los sentimientos de situaciones anteriores a los miembros.

La neurosis de transferencia se actúa en el grupo lo que permite revivir, en el aquí y ahora de la interacción, la relación con padres, hermanos y grupos familiar y social, en forma simultánea. Esta depositación transferencial masiva de objetos internos favorece intensas regresiones, cuya fuerza de convicción supera, en

muchas ocasiones la que se da en el análisis individual (Kadis, 1969). Al respecto Slavson (1974) argumenta que en la psicoterapia grupal las transferencias paciente-terapeutas se ven además modificadas por la presencia de otros y que se activan los sentimientos tempranos y los recuerdos inadecuadamente reprimidos relativos a hermanos y a progenitores. De este modo, un paciente que proyecta sobre el terapeuta sentimientos transferenciales propios de la relación padre-hijo puede, al mismo tiempo, reaccionar también ante otros miembros del grupo como si éstos fuesen sus hermanos.

En los métodos en donde el terapeuta es la figura central, éste se convierte en poseedor de gran autoridad y prestigio, lo que fomenta la dependencia. Al realizar conjuntamente la terapia individual y de grupo, transferencias y contratransferencias se complican y el área individual constituye un lugar de reservas y secretos, que interfieren con la integración del grupo, y refuerzan el papel central del terapeuta, poseedor de todos los secretos de los pacientes. Díaz (2000) señala que de estos mismos métodos se desprende una variante de la terapia de grupo, con la diferencia de que el grupo actúa con una dinámica de “estructura fraternal”, en donde en lugar que se establezca una relación con un terapeuta padre-idealizado, se estimula la fraternidad homogeneizadora de los miembros, que disminuye la rivalidad y la envidia dentro del grupo. En este aspecto Yalom (1986) menciona que una fuente realista de intensos sentimientos hacia el líder de grupo es la que se basa en la apreciación, intuitiva o explícita por parte de los miembros, de gran poder que ejercen los terapeutas de grupo. La constante presencia e imparcialidad del terapeuta son esenciales para la supervivencia y estabilidad del grupo.

No se puede dejar de lado la **neurosis de transferencia** ésta tiene lugar en las primeras etapas del análisis, se traduce en una disminución y en ocasiones hasta la completa desaparición de los síntomas, que dicho sea de paso no es equivalente a la curación. Lo que ocurre es que la neurosis que antes era del día a día, de la vida cotidiana ahora ocurre dentro del espacio terapéutico y con el terapeuta

## Capítulo 3.

### Contratransferencia.

*“Cualquiera que se disponga a atender un paciente al día siguiente debe en algún momento sentir miedo. En todo consultorio deberían de haber dos personas bastante asustadas: el paciente y el psicoanalista. Si no lo están, cabe preguntarse por qué se toman la molestia de indagar lo que todo el mundo sabe”*  
Bion. (1974).

#### 3.1 Concepto de contratransferencia.

A medida que iba siendo comprendida y analizada la transferencia, también iba adquiriendo vital importancia la contratransferencia entendiéndose cada vez mas su papel fundamental en el análisis de los pacientes. Transferencia y contratransferencia se dan vida mutuamente. Es la posición básica del analista frente al analizado.

Así como el analizado manifiesta su transferencia, el analista en correspondencia presenta una respuesta, la cual el diccionario de psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (1979) define contratransferencia como el conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste.

Para Kernberg (2005) la contratransferencia es una fuente significativa de información acerca de la situación analítica, a partir de la experiencia subjetiva del paciente, la cual comunica por medio de la asociación libre y de la conducta no verbal que se manifiesta durante la sesión.

El concepto original de la contratransferencia según Little (1951) y Reich (1951) (citados en Kernber, 2005) consiste en la reacción inconsciente del analista ante el paciente o ante la transferencia, derivada del potencial transferencial propio del analista, que habría de sobrellevarse por medio del análisis propio del analista, a

efecto de regresar a una posición de neutralidad técnica. La tarea dice Kernberg ahora se convirtió en el análisis de los diversos componentes de la contratransferencia global del analista, incluyendo: 1) sus conflictos inconscientes no resueltos o reactivados, 2) su realidad externa y sus reacciones hacia terceras personas, 3) las contribuciones de la transferencia del paciente y 4) la realidad de la vida del paciente.

Racker (1960) considera importante que el analista perciba sus propias expresiones faciales, que las comprenda como respuesta contratransferencial a la transferencia y que después de descontar de ella el factor personal, reintegre en el paciente mediante la interpretación, esta parte de su personalidad puesta en un objeto interno-externo: el analista. Es a través del análisis de la contratransferencia que podemos comprender lo que el analizado siente y hace frente a sus pulsiones y sentimientos hacia el analista. La respuesta interna total del analista es decisiva para la comprensión e interpretación de los procesos psicológicos del analizado.

Con Racker (1960) entendemos la contratransferencia como la totalidad de nuestra respuesta psicológica a los mensajes del paciente, como una totalidad cuyas partes interactúan dentro nuestro y con el paciente. La contratransferencia, al influir sobre la comprensión y la conducta del analista, influye pues sobre el analizado y, en especial, sobre su transferencia.

Racker (en Etchegoyen 2005) afirma que la contratransferencia opera en tres formas, como: a) obstáculo (puntos ciegos), b) como instrumento para detectar qué es lo que está pasando en el paciente y c) como campo en el que el analizado puede realmente adquirir una experiencia viva y distinta de la que tuvo originariamente.

Actualmente, la contratransferencia ya no es sólo un peligro, se piensa mas bien como un instrumento sensible, que puede ser muy útil para el desarrollo del proceso analítico. La exploración de la contratransferencia del analista, le permite un diagnóstico más específico de las relaciones objetales internalizadas activadas

del paciente. De esta forma, el análisis de la contratransferencia se convirtió en una herramienta estratégica para el análisis de la transferencia.

Bleger (1985) define la contratransferencia como las respuestas del entrevistador a las manifestaciones del entrevistado, el efecto que tienen sobre él, dependen en gran medida de la historia personal del entrevistador, pero si aparecen o se actualizan en un momento dado de la entrevista, es porque en ese momento hay factores que operan para que ello suceda así. Es fundamental el aporte de Bleger cuando menciona que a la observación en la entrevista es necesario agregar también la autoobservación.

Ciertos aspectos contratransferenciales pueden desencadenar emociones intensas en el terapeuta tales como celos, envidia, competencia, rivalidad, acercamiento con matices hostiles o sexuales, emociones que deben ser elaboradas para evitar actuaciones, actitudes de “como si” y posturas imitativas, que en caso de no ser analizadas correctamente se pueden convertir en un serio obstáculo para el avance del tratamiento e incluso generar una iatrogenia en el paciente.

Cabe mencionar que Kernberg (2005) consideraba que la contratransferencia como fuente de información varía según la gravedad de la enfermedad del paciente. Mientras más extrema sea la patología de carácter del paciente, más intensa, regresiva y primitiva será la transferencia; por lo tanto mayor trascendencia tendrán las reacciones contratransferenciales.

Cohen (citado en Azouri 1995) señala que la contratransferencia se manifiesta cuando en la relación paciente-analista, surge ansiedad en éste, cuando el resultado de la comunicación es interferida por alguna alteración en la conducta del analista (verbal o no), entonces está presente la contratransferencia.

Por su parte Paula Heiman (1950) es de las terapeutas que utiliza la contratransferencia para interpretar, establece el concepto de que el inconsciente del analista es un instrumento privilegiado para conocer el inconsciente de su analizado; afirma en última instancia, “la contratransferencia es la creación del

paciente” (p.22, 23). Para esta autora, si un analista intenta trabajar sin atender a sus sentimientos, sus interpretaciones serán pobres; aspecto común en el trabajo de los principiantes, quienes, despreocupados, ignoran o ahogan sus sentimientos.

Heiman sugiere que el analista, a lo largo de su trabajo con la atención flotante necesita un libre acceso a su sensibilidad emocional, para poder seguir los movimientos emocionales y las fantasías inconscientes del paciente. El inconsciente del analista entiende al de su paciente. Esta relación a nivel profundo, aparece en la superficie en forma de sentimientos, a los que el analista responde al paciente en su contratransferencia.

Sustenta que si uno no es consciente de los impulsos que experimenta, tampoco lo es de su influencia sobre el inconsciente del analizado.

A partir del momento en que la contratransferencia es reconocida, es posible detectar una línea evolutiva en el modo de enfocarla. Se puede resumir en tres puntos sucesivos en su aparición:

- Como una perturbación que debe ser reducida o suprimida mediante el análisis personal.
- Como una empatía con el paciente y sus objetos, gracias al niño que fuimos.
- Como nuestra participación en el proceso analítico con el ser que somos actualmente.

Con las aportaciones de Winnicott (1974) se da un paso más en conocimiento de la contratransferencia ya que destaca:

- En el proceso analítico es frecuente la aparición de intensas reacciones contratransferenciales en el tratamiento de psicóticos, en lo particular del odio que éstos despiertan, y como, para poder analizarlos, es necesario

haber llegado a niveles muy primitivos de uno mismo, y ser analista – madre que tolera sentir odio por sus hijos sin dañarlos.

- Señala que la elaboración de un encuadre para nuestro trabajo analítico involucra identificaciones y tendencias personales. Finalmente agrega al respecto que nuestros sentimientos contratransferenciales reprimidos, necesitan más análisis personal para no ser inconscientemente actuados en la tarea.

La importancia de la contratransferencial es primordial, pues permite deducir, a través del material, el punto de urgencia sobre el cual debe recaer la interpretación.

El analista al tener una historia de relaciones de objeto, sus ocurrencias surgen como un entendimiento hacia la manera en que el paciente establece vínculos y hacia el tipo de angustia que prevalece en él. Al respecto Velasco (2011) esquematiza los fenómenos que pueden ocurrir dentro de la contratransferencia (ver cuadro 1), que al ser registrada presenta buena parte del material de análisis psicodinámico del paciente.

Cuadro 1. Reacciones contratransferenciales.

AFFECTIVAS	COGNITIVAS	CORPORALES	ISOMÓRFICAS	REACCIONES COMPLEJAS
Ansiedad, celos, envidia, enojo, miedo, tristeza, simpatía, soledad, alegría,	Aburrimiento, distracción, desorientación, confusión, desinterés, interés excesivo, admiración, fantasías.	Recuerdos, hambre, cefalea, excitación, gestos, somnolencia, náuseas, parestesias.	Actitudes, afectos y conductas que comprenden casi todo el listado anterior.	Actuación de roles específicos.



ternura, odio, pena, frialdad, indiferencia.				
---	--	--	--	--

Basada en tabla de reacciones contratransferenciales de Velasco (2011).

El manejo de la contratransferencia se facilita dice Portillo (2000) si el terapeuta contempla los sentimientos, pensamientos y fantasías que le despierta el material de sus pacientes como posible resonancia del significado latente de la comunicación.

### **3.2.Modalidades de la Contratransferencia.**

Al igual que en la transferencia, en la contratransferencia se da el fenómeno de contratransferencia positiva y negativa, la primera se pone de manifiesto cuando el terapeuta grupal tiene una actitud favorable o amistosa hacia un paciente determinado o cuando prefiere algunos pacientes de un grupo. Esta se puede dar por diversas razones, por que le recuerdan a alguien agradable, por mejorías reales o fantaseadas de sus pacientes etc.

En cuanto a la contratransferencia negativa, ésta se puede observar sobre todo en terapeutas poco preparados, en donde los recuerdos dolorosos que en él provocan los pacientes, pueden activar sentimientos inconscientes o conscientes de incomodidad, miedo, hostilidad o ira, en relación con una o más personas de un grupo.

Kernberg (2005) establece que especialmente en el caso de la intensa patología de carácter, es posible que las poderosas reacciones contratransferenciales negativas dominen el campo de la observación del analista, al menos de manera temporal.

Por otra parte Racker (1953) distinguió dos clases de contratransferencia según la forma de identificación:

- La contratransferencia **concordante** supone para Racker la capacidad del analista de identificarse con diferentes objetos del mundo interno del analizado en forma refleja, ya sea, por ejemplo, con el Ello, el Yo, o el Superyó del paciente. Esto posibilita al analista equiparar la experiencia propia con la ajena, de manera que pueda ponerse en el lugar del *analizado*. Este tipo de identificación, una “identidad aproximada” diría Racker, que tiene una función operativa y resulta móvil, estaría en la base de los fenómenos de resonancia con el paciente y de comprensión empática. En la misma se subliman los sentimientos positivos del analista frente a su paciente (De León, B., 1993).
- Complementaria.- en la que el yo del analista se identifica con los objetos internos del analizado. El objeto del paciente con el que el analista se identifica se vivencia como propio, es decir, representa un objeto interno del analista. El analista reacciona pasivamente a la proyección del analizado pero a partir de sus propias ansiedades y conflictos.

En la medida en que el analista fracasa en la identificación concordante se intensifica la complementaria.

Racker (1990) distingue también la ocurrencia contratransferencial, la cual consiste en las fantasías del analista respecto al paciente. Las ocurrencias del analista surgen como un entendimiento hacia la manera en que el paciente establece vínculos y hacia el tipo de angustia que prevalece en él.

Ahora se hará mención de la contratransferencia directa e indirecta las cuales se definen de la siguiente manera:

- Indirecta.- Se habla de contratransferencia indirecta cuando el objeto que moviliza la contratransferencia del analista no es el analizado mismo sino otro.

- Directa.- Proviene directamente del paciente. Depende de la interacción con el paciente.

Por su parte Winnicott (1999) clasifica los fenómenos contratransferenciales en tres tipos:

1. Los sentimientos contratransferenciales anormales que deben considerarse como una prueba de que el analista necesita más análisis. Anormalidad en los sentimientos de contratransferencia, y relaciones e identificaciones fijas que se hallan bajo represión en el analista.
2. Los sentimientos contratransferenciales que tienen que ver con la experiencia y el desarrollo personal del analista y de los que depende el trabajo de cada analista y
3. La contratransferencia verdaderamente objetiva del analista, es decir el amor y el odio del analista como respuesta a la personalidad real y al comportamiento del paciente, y que se basan en una observación objetiva.

Una de las principales tareas de cualquier analista consiste en mantener la objetividad ante todo lo que le presente el paciente, un caso especial de esto es la necesidad del analista de poder odiar objetivamente al paciente.

Money- Kyrle (1956 citado en Etchegoyen, 2005) habla de una contratransferencia normal para referirse a la del analista que asume un papel parental, en donde el analista asume esa actitud contratransferencial a partir de una vivencia inconsciente en la que se siente el padre o la madre del paciente.

La contraidentificación proyectiva de la que habla Grinberg (en Díaz, 2000) es una defensa contratransferencial contra mecanismos de identificación proyectiva en los pacientes, que son excesivos en intensidad, frecuencia y cantidad. El analista reacciona frente a dichas identificaciones como si hubiera adquirido y asimilado real y concretamente los aspectos que se le proyectaron. Deja de ser él, para transformarse en lo que el paciente necesita (yo, ello u otro objeto interno). Se ve llevado en forma pasiva a desempeñar el papel que el paciente fuerza en él, en forma inconsciente.

También existe la contratransferencia ambivalente (toda transferencia lo es por esencia) y de adhesión al objetivo, y por supuesto la contratransferencia hacia el grupo, la cual en resumen podría manifestarse con la necesidad del terapeuta de ejercer autoridad sobre el grupo, como resultado de su propio condicionamiento previo o bien el terapeuta puede insistir en que el grupo siga una meta definida. Se le puede ver como sentimientos de inadecuación por parte del terapeuta los cuales guían las técnicas aplicadas al grupo.

A continuación se enlistan algunos puntos que podrían tomarse como focos de advertencia si el terapeuta los experimenta con la finalidad de analizarlos y no influyan en el proceso terapéutico negativamente.

- Interpretaciones innecesariamente sarcásticas.
- Sentir que los comentarios positivos o negativos del paciente acerca del analista le son personalmente importantes.
- Discutir con el paciente.
- Ayudar al paciente en forma extra - analítica.
- Impulsos frecuentes a pedirle favores al paciente.
- Interés o desinterés excesivo por el paciente.
- Incapacidad de comprender material que toca en problemas personales del analista.
- Descuido en la mantención del encuadre.
- Reacciones emocionales intensas.
- Maniobras de apoyo narcisista.
- Fomentar la dependencia del paciente a través del apoyo excesivo.
- Compulsión a hablar acerca del paciente, fuera del espacio terapéutico.

### **3.3 La contratransferencia en la psicoterapia de grupo.**

Pichon Riviere (1971) menciona que hay una transferencia recíproca, inadecuadamente llamada contratransferencia, o conjunto de reacciones inconscientes del operador frente al grupo, la tarea y los procesos transferenciales que en él se cumplen constituyen un elemento de trabajo de inestimable valor dice Riviere, ya que alimentará en el operador la capacidad de fantasía para establecer hipótesis acerca del acontecer del grupo.

Tanto Riviere (1971) como Bion (1975) consideraban que la terapia no es sólo lo afectivo y no efectivizan el grupo, ambos diferencian el rol del coordinador y el de líder; para Bion cada supuesto básico tiene su líder y para Pichón el líder debe ser la tarea del grupo. Señalan que la coordinación es una función vacía y que la relación entre el grupo y el coordinador es más compleja que la dual, ambos hablan de la contratransferencia y de la transferencia con la tarea.

Bion y Riviere llegan a algunas conclusiones comunes:

- a) La existencia de “fantasías grupales universales” a los que Bion denomina “supuestos básicos” y Riviere “universales”.
- b) La importancia en los grupos de los “mecanismos de identificación introyectiva”.
- c) La vigencia en el grupo de las “posiciones esquizoparanoide y depresiva” descritas por Melanie Klein, así como de mecanismos de control, proyección, introyección, splitting e inhibición.

Ambos consideran la enfermedad mental como un problema grupal. Riviere en particular insiste en que es en el contexto grupal y más en concreto en el grupal familiar, con su historicidad en donde la conducta del sujeto se hace significativa y en tanto comprensible resulta modificable.

Según Díaz (2000) la contratransferencia se facilita si el terapeuta contempla los sentimientos, pensamientos y fantasías que le despierta el material de sus pacientes como posibles resonancias del significado latente de la comunicación. Si

el terapeuta puede transformar sus pensamientos y sentimientos contratransferenciales en interpretaciones, devuelve elaboradas y digeridas, las emociones del grupo.

Dupont y Jinich (2007) exponen que en terapia de grupo se da un proceso regresivo en donde el paciente asigna un papel a los terapeutas (de padre, hermano, mujer, madre excluido etc.) provocando respuestas contratransferenciales importantes que pueden ser muy reveladoras o tornarse en un obstáculo. De su elaboración depende la posibilidad de abrir nuevos caminos de expresión y comprensión de los obstáculos internos que impiden la acción y capacidad de goce. Constantemente el paciente confronta al terapeuta con sus partes infantiles, tanto placenteras como displacenteras, que exigen ser elaboradas, ya que lo pueden rigidizar, al grado de dificultar su capacidad regresiva.

El terapeuta poco experimentado en grupos, puede llegar a sentirse invadido por las transferencias múltiples, si se siente inseguro del manejo adecuado, es posible que se angustie por su involucramiento emocional y corporal, sentirse exigido por la necesidad de poseer la suficiente practicidad para que, como objeto de transferencia, pueda entender el conflicto y su posición dentro del mismo grupo.

La contratransferencia es más compleja y visible en el grupo, dice Díaz (2000), que en el análisis individual porque en el primer caso, el terapeuta no tiene la seguridad del anonimato que ofrece la situación individual. Los pacientes observan su conducta, apariencia e interpretaciones.

Pero la presencia de los otros también sirve para mantener la alianza terapéutica cuando el terapeuta pierde objetividad, bajo el influjo de su contratransferencia. El grupo es capaz de traer a la realidad al terapeuta perturbado por su contratransferencia. Lo protege contra el impacto intenso que crean la transferencia negativa y los brotes de ira de los pacientes. Le da tiempo para controlar posibles sentimientos contratransferenciales de venganza. En el grupo terapéutico, el analista puede apelar a los demás pacientes, para contestarse sobre si la

sensación de ira que lo invade se debe a un deseo infantil contrariado y ajeno al vínculo terapéutico, o corresponde al material emergente, dependiendo de que los demás pacientes reaccionen como él o en forma diferente. Si el terapeuta puede transformar sus pensamientos y sentimientos contratransferenciales en interpretaciones, devuelve elaboradas las emociones del grupo. Cuando la contratransferencia impide comprender las ansiedades individuales y grupales se produce un clima antiterapéutico (Díaz, 2000).

Foulkes (1950) afirmaba que el terapeuta debe tomar conciencia de su contratransferencia, ya sea en sesión o lo que es más frecuente, entre sesiones, a fin no sólo de modificarse a sí mismo, sino también de cambiar consecuentemente, su conducta en el grupo.

## **Capítulo 4.**

### **4.1 Intertransferencia.**

Hasta aquí hemos revisado ya los conceptos básicos que se movilizan en la psicoterapia y que nos ayudarán a entender el presente capítulo, así mismo se revisaron algunos conceptos fundamentales del fenómeno grupal y sus implicaciones, ahora es turno de exponer detalladamente el fenómeno transferencial en grupo y sus bifurcaciones.

El fenómeno de la transferencia, que se pone de manifiesto en la psicoterapia de grupo evoca diferentes conceptos, entre ellos destacan, “Intertransferencia”, “transferencia laterales”, “transferencias múltiples”. Cualquier paciente en un grupo de terapia puede crear transferencias múltiples con varias personas en el grupo, incluyendo el terapeuta, cada una de las cuales puede tener un significado simbólico diferente respecto a él.

Porter (1993) encuentra que en la terapia de grupo el paciente cuenta con una multiplicidad de objetos transferenciales, observadores, intérpretes, solucionadores emocionales, ambientes terapéuticos, reacciones contratransferenciales y estados del yo.

Así mismo, Kadis, Krasner, Foulkes (1950) explican que las distintas personas del grupo permiten que cada paciente reaccione a una amplia variedad de estímulos transferenciales o dicho con otras palabras, las transferencias múltiples se refieren al proceso por el cual cada paciente reacciona transferencialmente” a lo que llaman las diferentes características provocadoras de las múltiples personalidades en el grupo.

Cabe resaltar que en terapia individual, el terapeuta es el único que puede hacer observaciones al respecto del analizado, en contraposición a la terapia grupal, en donde los otros pueden observar e indicar alguna pauta que transferencialmente les llame su atención.



En el grupo los otros se encuentran allí presentes reales, hablan, responden, reaccionan ante las proyecciones que se efectúan sobre ellos, proyectan a su vez, atacan, se comprometen entre sí en alianzas o conflictos “reales” y el analista puede entonces apreciar la parte de realidad psíquica y la de proyecciones”. Se observa como la presencia de estos otros, moviliza, reactiva, bajo la forma de transferencias laterales, situaciones existenciales. Cada uno de los pacientes se encuentra, alternativamente en una posición de debilidad y de fuerza, atacado, aislado, culpable etc. Y luego atacante, líder, unido o aliado.

A menudo los pacientes presentan primero un comportamiento transferencial en relación con el terapeuta o con los otros pacientes. A ellos les resulta especialmente instructivo experimentar en primer lugar su significado inmediato en el grupo y en la vida cotidiana, y luego descubrir por sí mismos los vínculos tan importantes con el pasado parental o con sus relaciones familiares. Por otra parte, dice Foulkes (1950) que la relación que los miembros del grupo establecen entre sí y con el conductor constituye el objeto de comunicación y de análisis.

Anzieu et al. (1978) se refiere a transferencia múltiple como la transferencia de varias personas sobre el terapeuta y a la vez de los pacientes entre sí. Se plantea tres objetos transferenciales y un cuarto más agregado en colaboración con Anzieu y Pontalis.

- Central.- Con él o los terapeutas (monitores); sobre el grupo como un todo. El grupo concede poderes especiales al terapeuta. En este caso el monitor funciona como imago paterna.
- Lateral.- Con los otros miembros grupales, los otros participantes quienes representan imagos fraternos.

Al respecto Díaz (2000) comenta: “Frente a la personalidad, conducta, lenguaje y comunicación de los demás, el individuo reacciona en términos de atracción o repulsión irracionales, que corresponden, en gran medida, a distorsiones transferenciales. En el grupo, los sentimientos hacia personas importantes en las etapas tempranas de la vida se actúan, verbalizan, desplazan y proyectan sobre los compañeros, en especial sobre aquellos

que, por su aspecto físico, modales o logros, pueden parecerse a los prototipos tempranos y así resultan objetos de inmerecido e irreal afecto, identificación, dependencia, hostilidad, rivalidad o celos” ( p. 192).

- Transferencias al grupo.- Se refiere a la transferencia proyectada sobre el grupo como tal. El grupo se instaura, a nivel inconsciente, como “grupo madre”, gratificadora de necesidades (objeto parcial). Los miembros participan en las respuestas del grupo como un todo, para intentar obtener mayor gratificación del líder. La transferencia grupal como un todo, como la buena madre-grupo.
- Un objeto exterior.- El mundo exterior, considerado como objeto de transferencia. como afuera amenazador y también como eros, un devenir mas adecuado.

Para que el terapeuta ejerza su función como tal, es preciso que realice un manejo adecuado de la transferencia propia de los grupos y sus cuatro niveles.

Lo que le pasa a los pacientes en terapia grupal, es que los remite a la vivencia intrauterina fundamentalmente, donde el grupo sería como el representante del útero y uno está metido adentro. Y en un cierto nivel esto puede ser sentido como algo que ofrece mucha seguridad. "Tengo un grupo que me contiene". Sería como si uno se metiera en el grupo del mismo modo que en el vientre de mamá. Esto remitiría a la imago materna, pero no a la mamá en abstracto, sino a la primera mamá y a las primeras experiencias con la mamá. Y lo remite a lo más arcaico de todo, que serían desde las experiencias intrauterinas, hasta las primeras experiencias extrauterinas, principalmente vivencias de fusión, donde la madre es el bebé y el bebé es la madre.

El analista, sentado frente a frente entre los participantes, comparte sus vivencias, se siente observado, espiado, solicitado por la mirada, el gesto, la voz, y sus reacciones mímicas, posturales, afectivas verbales, son amplificadas por la caja de resonancia que constituye el grupo e interpretadas por los participantes.

Rivirie (1971) menciona que varias personas se reúnen en grupo, cada miembro proyecta sus objetos de fantasía inconsciente sobre varios miembros del grupo, relacionándose con ellos según esas proyecciones, que se patentizan en el proceso de adjudicación y asunción de roles.

El grupo proporciona seguridad numérica, sirve como refugio, tanto para los pacientes como para el terapeuta, especialmente en las situaciones de transferencia negativa, o de mayor ansiedad.

Rivirie (citado en Amado, Guittet, 1980) pone de relieve la metacomunicación que predomina entre los miembros, (transferencia lateral), la cual puede ser verbal o preverbal, a través de gestos, se toma en cuenta no solo el contenido del mensaje sino también el como y el quien de ese mensaje. Es sumamente importante prestar atención a factores como el comportamiento no verbal que tienen los participantes en la terapia de grupo, ya que ésta nos dará una gran información que se puede interpretar, al mismo tiempo habría que prestar atención a la localización por ejemplo que ocupa cada integrante, en donde se sienta, (al centro, a la orilla en la cabecera etc.), la posición espacial desempeña un papel importante en la modulación de los mensajes, ya que modifica el sentido de las relaciones entre los individuos. El terapeuta no puede dejar de mirar los gestos que preceden o acompañan el discurso, porque el conocimiento de estos signos manifiestan la pertenencia al grupo. A nivel de grupo, las modificaciones de posiciones son indicadores, a menudo, de las relaciones existentes entre los miembros de ese grupo. Y por supuesto, hay que poner atención a la mirada y que nos dice ésta, la voz y sus signos paralingüísticos, su concordancia y discordancia entre los códigos verbales y no verbales. Freud (citado en Amado, Guittet, 1980 p.26) menciona: *“El que tiene ojos para ver y orejas para escuchar puede llegar a convencerse de que ningún mortal es capaz de guardar un secreto. Si sus labios están silenciosos, habla con la punta de los dedos. La traición se desprende de cada uno de sus poros”*.

Slavson (1974) hace una importante aportación cuando refiere que el medio grupal tiene gran eficacia como correctivo del yo, debido a una serie de características:

su propiedad de ser real, las inevitables y múltiples identificaciones y sobre todo las múltiples transferencias que ocurren y que facilitan la influencia catalítica que los pacientes ejercen unos sobre otros, los servicios que presta como campo de prueba del funcionamiento del propio yo, y el modo en como refleja las conductas.

Reconoce principalmente tres tipos de transferencia:

- Transferencia unilateral, (psicoanálisis) la cual se dirige del paciente hacia el analista.
- Transferencia bilateral (tratamiento cara-cara) que de igual forma, se dirige del paciente hacia el analista, pero esta vez el terapeuta responde con empatía, interés y estímulo.
- Transferencia multilateral, (se produce en los grupos), en la cual las transferencias paciente-terapeuta se ven, además, modificadas por la presencia de otros. Se activan los sentimientos tempranos y los recuerdos inadecuadamente reprimidos relativos a hermanos y progenitores. De este modo, un paciente que proyecta sobre el terapeuta sentimientos transferenciales propios de la relación padre-hijo puede, al mismo tiempo, reaccionar también ante otros miembros del grupo, como si estos fueran sus hermanos. En esta modalidad también se dan las transferencias bilaterales.

Considerando el modo de relación en un segundo momento, hace una distinción más fina de las transferencias, la cual consiste en:

- Transferencia libidinal.- para los sentimientos que se derivan de los progenitores y con ellos se vinculan.
- Transferencia fraternal.- para los sentimientos que emanan de las relaciones con los hermanos.

- Transferencia de identificación.- el paciente se identifica con el terapeuta y otros miembros del grupo y desea emularlos y ser como ellos. Esto es, funcionan como ideales del yo y modelos de identificación.

Fenómenos de transferencia en la psicoterapia de grupo:

Positiva	Transitoria	Libidinal	Diluida★
Negativa	Permanente	Fraterna ★	Identificada★
		De identificación grupal★	Multilateral ★
			Bilateral.

★ Indica fenómenos exclusivamente presentes en la psicoterapia grupal. Los demás están presentes en todas las terapias y, en forma modificada, en los grupos.

Salvson hace hincapié que cuando el yo de un paciente no es capaz de manejar la ansiedad inducida por el grupo, dando como resultado una transferencia negativa hacia el grupo, el paciente requiere una preparación preliminar mediante terapia individual, que le permita superar estos temores y agresiones iniciales.

Respecto al tema de las intertransferencias afirma que las actitudes y las respuestas hacia los grupos son réplicas de la experiencia familiar. Las personas repetirán sus pautas de conducta aprendidas y lo harán en otros grupos. Muchos sentimientos y respuestas que las relaciones individuales dejan intactos, se desencadenarán en los grupos: se intensifican la ansiedad y seguridad, aumentan la agresión y la hostilidad y pueden aparecer el miedo y el retraimiento. La exposición a la mirada de los demás es amenazadora.

Slavson fue de los primeros autores en hablar de la dilución de la transferencia, fenómeno exclusivo de la terapia grupal. Este fenómeno se explica fácilmente, en terapia individual sólo hay un objeto transferencial, pero debido a que los grupos proporcionan diversos objetos, aparece una multiplicidad de blancos. Esta multiplicidad de blancos de hostilidad, representados por las personas de los pacientes miembros del grupo, disminuye la intensidad de la transferencia, que se

dirige hacia cualquier persona individual. Pero este fenómeno de la multiplicidad de blancos, no solo diluye la transferencia, sino que distribuye también la libido entre un cierto número de objetos, impidiendo así que la hostilidad contra el terapeuta sea demasiado intensa.

En la situación psicoanalítica de grupo, las transferencias plurales, heterogéneas y multilaterales, no solo están conectadas entre sí, están difractadas sobre objetos predispuestos para recibirlos: analista(s), miembros del grupo, grupo, fuera del grupo, la difracción de la transferencia no es una dilución de la transferencia. Más bien dice este autor que el dispositivo de grupo posibilita para cada sujeto difractar sobre la escena sincrónica del grupo conexiones de objetos de transferencia constituidos en la diacronía.

Enfatiza que la transferencia solo es analizable en el espacio, entre la posición transferencial del analista y la de los otros miembros del grupo.

Foulkes (1950) agrega que por necesidades morfológicas de grupo, el psicoanalista en el grupo es objeto de transferencias simultáneas o sucesivas de varios sujetos y no es el único objeto de transferencia.

- La dilución de la transferencia central a través de las transferencias laterales, permite elaborar una contratransferencia más mitigada, lo que a su vez facilita la capacidad de pensar e interpretar del terapeuta.
- Lo que se sacrifica en términos de la pureza de la transferencia se compensa plenamente por la observación directa del funcionamiento real del paciente.

Racker (1960) amplía más el concepto al considerar que “el analizado, además de su transferencia con el analista mismo establece transferencias con personas cercanas al analista (familiares, otros analistas, etc.), así establece también el analista, además de su contratransferencia con personas cercanas al analizado” (p.138). Según el punto de vista de Racker las primeras podrían llamarse para-transferencias, las últimas para-contratransferencias.

Continúa diciendo que las transferencias laterales son normales en las situaciones de grupo: la transferencia se produce ahí en sincronía, previendo así una figuración de las conexiones de los objetos transferidos. Estas ideas de Racker se parecen mucho a las de Díaz (2000) quien literalmente dice “que el grupo ofrece al paciente una multiplicidad de objetos transferenciales, observadores, intérpretes, solucionadores emocionales, ambientes terapéuticos, reacciones contratransferenciales y estados del yo” (p.57).

Anzieu et al. (1978) consideran que en los grupos también los sujetos pueden aprender no solo de su inconsciente, al mismo tiempo pueden lograr una sensibilización a otros modos de funcionamiento inconsciente diferentes del suyo, así como a las interferencias de las fantasías y de las angustias, de las identificaciones y de las proyecciones de los unos con las de los otros.

Para René Kaes (1977) la transferencia es el resultado de la propiedad de la situación y de lo específicamente transferido que se convoca ahí. Para este autor el grupo es (tópicamente) una proyección del aparato psíquico, representación del inconsciente que opera en el aparato grupal.

En el grupo la identificación se da entre sus miembros, identificación basada en la semejanza dada su incompletud y en la búsqueda de completud entre ellos, es decir, todos son objeto de completud imaginaria para los otros.

Todo hecho psicológico que se expresa en el grupo, dice Rodrigué (1957) debe ser considerado en función del campo transferencial. Desde que el grupo constituye una gestalt caracterizada por una estructura definida, resultaría conveniente la denominación de transferencia gestáltica, aplicada al fenómeno transferencial que transcurre en su seno. Dentro del grupo adquiere una complejidad grande, dado que contiene las reacciones recíprocas entre los integrantes y entre éstos y el terapeuta.

Dupont y Jinich (2007) afirman que la neutralidad del terapeuta le permite reconocer y acercarse a las necesidades básicas de cada miembro del grupo y reaccionar, desde una posición flexible, a las transferencias de cada paciente. El

terapeuta es, pues, un objeto transferencial, una figura cariñosa que cuida a sus pacientes, al tiempo que los predispone a formar un espectro de reacciones multitransferenciales, entre cada uno y con el grupo y los terapeutas.

En el mismo sentido, para Anzieu (1950) el despliegue de la transferencia se hace más espacial que temporal y en lugar de que sus faces ocurran sobre un solo analista pueden también, simultáneamente, inducir sobre otros. Para este autor hacer psicoanálisis grupal significa trabajar con un material común a todos. La interpretación debe de hacerse en el aquí y ahora grupales.

Anzieu describe un fenómeno frecuente al cual llama “la ilusión grupal”, que consiste en la vivencia común del grupo de sentir “qué bien que estamos en este grupo”. Esta ilusión no dura demasiado, es un enamoramiento grupal. En el enamoramiento, decía Freud (1912) hay una distorsión, un cierto grado de patología, porque uno ve cosas que no existen y no ve otras que sí existen, por eso lo de la ilusión. El paciente se ilusiona con que por fin encontró ese objeto, ese lugar tan deseado, pero al poco tiempo se da cuenta que no es así, que tendrá que seguir buscando el resto de su vida. La ilusión es un momento donde todo el grupo se ilusiona con haber encontrado aquello que cada uno en su historia perdió, pero dura poco, porque la realidad se impone.

Otra fantasía frecuente en los grupos, es la de que el grupo es vivido como una boca, esto relacionado con las primeras experiencias orales. Si el grupo es una boca puedo, por ejemplo, tener miedo de que esa boca me coma, me devore, me destruya...o puede suceder que no se dé cuenta y termine comiéndose a otro. O al revés, yo puedo estar hablando todo el tiempo para que mi boca sea más grande que la del grupo digamos-y tragarlo al grupo antes de que él me trague a mí. En todos los grupos hay casos de estas características, los silenciosos y los hiperparlantes, que serían como las dos caras de la misma moneda. Podría pensarse que la fantasía es la misma, solamente que uno se defiende atacando y otro se defiende escondiéndose.



Pagés (en Sbandi, 1980) fundamenta la importancia del grupo en que la co-presencia de varias personas en un mismo grupo hace que cada miembro experimente directamente una relación emocional con el otro, y que de este modo se aperceba del otro en su calidad de ajeno a él.

O'donnell (1974) afirma que toda psicoterapia y en especial la grupal, debe proponer hacer consciente lo inconsciente no solo los dinamismos intrapsíquicos, sino también los extapsíquicos, los sociales y sus articulaciones con ellos. Es dar cuenta de la multiplicidad de estímulos y respuestas, manifiestas y latentes, que se presentan en la interacción grupal y comprometen al terapeuta, por cuanto el mismo se halla incluido en dicha trama interaccional: sus conductas son también estímulos y respuestas.

Este autor sostiene que en terapia de grupo se reproducen los resortes fundamentales aludidos gracias a la multiplicidad de roles con los otros, la menor estructuración de los mismos, la mayor incorporación de otros registros (corporal y espacial), la gran variedad de estímulos y respuestas, (laterales), que abarca una gama muy amplia de niveles horizontales y verticales. Es en un grupo terapéutico donde privilegiadamente se puede hacer hablar, moverse, dramatizar, gesticular, escribir lo enmudecido en la realidad.

Es en este sentido que expone como cada paciente, al entrar al grupo, proyecta sus objetos inconscientes fantaseados en otros miembros del grupo, e intenta manipularlos para que asuman el rol asignado, que corresponde a la propia manera de defenderse contra temores inconscientes.

Las transferencias múltiples en el seno del grupo permiten conocer e interpretar las modalidades objétales y, por ende, vinculares a los pacientes, así como la organización de sus grupos internos.

Así como los miembros del grupo promueven la transferencia central y lateral; no puede desconocerse que el grupo promueve la transferencia en su totalidad.

Para los autores, Blanca, Vilma, La planche y Pontalis (1967) la transferencia grupal surge por las imagos, es decir, mas que una representación inconsciente, un esquema imaginario adquirido que se proyectan sobre el grupo como tal, a través del cual el sujeto apunta al otro (grupo) que puede “objetivarse tanto en sentimientos y en conductas como en imágenes”, siendo cada miembro del grupo portador de varias imagos inconscientes del grupo. Por ello en el momento de las representaciones, el grupo puede reactivar en los participantes, las imagos familiares reales y también imagos familiares ideales, las cuales se presentan como reales cuando surgen narcisismos defensivos, fantasías conscientes. A si mismo pueden surgir imagos extrafamiliares, las cuales hacen referencia a la relación primitiva con la madre o el grupo familiar. También pueden evocar conflictos vividos que se expresan en términos de poder y autoridad, los cuales pueden ser vistos cuando el grupo se ubica en un momento que actualiza lo edípico. Las transferencias múltiples puede llevar al reconocimiento de una relación familiar o una situación conocida iniciada por uno o más de los pacientes, lo cual puede provocar angustia y ésta llevar a la expresión de un mecanismo defensivo debido a la intensidad de la reacción transferencial.

Por otra parte, es preciso hablar de la regresión, fenómeno comprobado ampliamente, el cual reactiva en el inconsciente individual y colectivo, los procesos psíquicos de la ontogénesis. Esto es la indiferenciación primaria de los seres, su dependencia total, con angustia persecutoria, clivaje defensivo, proyecciones sobre el medio, la incorporación (identificación primaria), de los objetos buenos. L. Díaz (2000) incluye la noción de repetición de una situación ya pasada, hipotetiza que la angustia persecutoria que genera la inmersión en un grupo suscita el mecanismo defensivo primitivo del clivaje del yo, que da lugar a la escisión de los objetos y, así, a la de los objetos transferenciales.

Mientras más claramente surjan las relaciones transferenciales hacia los miembros del grupo, sus percepciones y relaciones emocionales anteriores, más protegerá sus defensas que han apuntalado, en el pasado, sus relaciones con

otros. Podría ser que los pacientes en el grupo adopten, ante los demás, la conducta y respuesta que hayan sido más aceptadas en la infancia.

Ahora bien, Norberto Lipper (2002) agrega otro concepto que han trabajado los autores franceses que es el de intertransferencia, que no es la transferencia lateral de los integrantes sino la transferencia lateral del equipo. También se producen transferencias en un equipo de coordinación, situaciones de competencia, lealtad, deslealtad, idolatría, denigración, etc. Esto es importante trabajarlo en el propio equipo para evitar que se deslice después en el grupo (como un obstáculo). Al mismo tiempo, puede suceder que se den en el equipo situaciones que reflejan (predicen) situaciones transferenciales del grupo. Poder trabajar la intertransferencia puede ser un instrumento para comprender un poco más qué ocurre en el grupo a nivel transferencial.

Lo que se ve entonces son distintas situaciones. Por ejemplo, evitar conectarse con la tarea, o con algún aspecto de la tarea. Lo más grueso sería directamente hacerse los desentendidos y hablar de otras cuestiones, o hacer otra cosa, en forma consciente o no. Hay otra forma de no enfrentar la tarea, por ejemplo, tomando algo secundario que dijo el docente y hablar toda la reunión de eso y no trabajar lo central. Son muchísimas las formas que hay, todas evitativas. Justamente, hablando de la pretarea, Pichón dijo que eran técnicas postergatorias y evitativas del abordaje de la tarea. Lo que se transfiere sobre la tarea sería todas estas modalidades, a veces arcaicas, a veces muy estereotipadas, de lo que a uno le fue pasando en su vida en sus sucesivos aprendizajes.

## **Conclusiones.**

El ser humano al ser un ente social va estableciendo relaciones grupales, resultando evidente que la primera relación grupal que el individuo establece es con su grupo de familiares y dentro de este con la madre; González (2002) afirma que dos o más personas forman un grupo, por tanto es la relación interpersonal madre-hijo la que constituye el primer grupo humano. De manera posterior, padres hermanos, familia extensa, amigos y comunidad en general conforman el núcleo social en el que el niño estará inmerso el resto de su vida; los vínculos que establezca estarán matizados por el tipo de relación que previamente experimentó con los objetos de la infancia. Es aquí donde se van a troquelar muchos de los comportamientos grupales futuros. Por tal motivo, es importante explorar y analizar las relaciones objetales de cada individuo en terapia grupal y como las vivieron; es justo en este punto, donde la psicoterapia grupal surge como una modalidad muy eficiente, ya que conforme transcurre la psicoterapia, las conductas y la personalidad de los pacientes se empiezan a expresar de manera más natural que en sesiones individuales. El grupo desborda al paciente en cierto momento y éste se pronuncia y comporta como realmente vive y piensa. Los pacientes tienen la posibilidad como la hay en terapia individual de dirigirse al analista, pero en grupo se dirigen también a los otros, los cuales dan la posibilidad de proyectar, transferir, idealizar etc. e incluso de excluir al terapeuta.

Desde que inicia una terapia de grupo, cada participante empieza a contar para el otro, sobre todo como punto de identificación; así, paulatinamente en una terapia de grupo literalmente hay un encuentro con los otros, con nosotros, aunque siempre se despertarán temores, por vernos en los demás, que nos dan la existencia. En este encuentro emergen los viejos fantasmas, el miedo al otro, a la crítica, a la soledad y al rechazo, también aparecerán la envidia, las primeras angustias, celos, rivalidad, voracidad, la compulsión a la repetición, etc.

Se puede ya inferir con el material revisado en esta tesina, lo trascendental que resultan los otros y las relaciones que se establecen con ellos para la conformación de una patología o un adecuado desarrollo mental, ya que al existir

perturbaciones en dichos vínculos el hombre puede enfermar. Al respecto, Sullivan (1959) afirmaba que la personalidad es casi por completo un producto de la interacción con otros seres humanos significativos y que la psicopatología surge cuando estas interacciones, y las percepciones y expectativas resultantes están distorsionadas; entonces se sigue que el tratamiento psicológico debería estar dirigido hacia la corrección de las distorsiones interpersonales. Se alcanza la salud mental en la medida en que uno toma consciencia de las propias relaciones interpersonales, en este sentido, la terapia grupal es una poderosa herramienta que expone las relaciones de cada individuo con los otros, tanto como la posición que ocupa en dichas interacciones.

Al respecto de la transferencia, es necesario señalar que ésta no es un fenómeno propio del psicoanálisis, solo que éste la pone de manifiesto y se la hace consciente al analizado.

Es un fenómeno que se da entre dos o más personas que se encuentran y se conocen, lo cual es una condición indispensable para que ésta se de. De hecho el fenómeno se manifiesta incluso antes de la primera entrevista. Debe existir siempre un mínimo de dos personas para que una experimente la emoción y la otra persona la reciba.

Un analista diestro en la identificación de la transferencia, dispuesto a interpretar y que a su vez tenga perfectamente bien analizada su contratransferencia, puede hacer del fenómeno transferencial, llámese “transferencia, contratransferencia, intertransferencia etc, un instrumento de cura, siendo éste uno de los principales argumentos de su quehacer a la hora de analizar.

En la situación de terapia grupal para que el terapeuta pueda interpretar al grupo, lo cual es una de sus funciones principales, primero debe de conocer perfectamente las características, personalidad y patología individual de cada integrante del que está conformado. Debe de conocer a la vez las transferencias dirigidas hacia él y hacia cada integrante. Y hacer uso de la técnica que en resumen es “interpretar la transferencia”.

Los otros (pacientes) deben confiar en el terapeuta para que estos vuelvan y el terapeuta por su parte debe de aceptar ser investido por las múltiples transferencias y poder analizarlas.

Es bien sabido que una buena parte de la cura en la terapia grupal recae en el análisis de la transferencia y sus fenómenos. Anna Freud (1965) veía en la transferencia la vía regia de acceso para el descubrimiento de los contenidos del ello y de las actividades del yo.

Por otra parte, es importante resaltar algunas cualidades y condiciones que el terapeuta grupal debe reunir, tales como una buena capacidad de respuesta emocional, esto implica que previamente haya iniciado ya un análisis personal y que por supuesto haya vivido en su propia piel la experiencia de participar en terapia grupal; así como poseer una excelente atención flotante, que le permita leer a sus pacientes, al mismo tiempo que genera asociaciones con el material recaudado, y una disposición continua para el despertar afectivo, es decir una actitud favorable para estar atento y elaborar la contratransferencia que surge con cada individuo y con el grupo en su totalidad.

Bleger (1985) resalta los siguientes puntos básicos para la psicoterapia de grupo.

- El coordinador de un grupo debe tender a facilitar el diálogo y establecer la comunicación. incluyendo el respeto a los silencios creadores de insight.
- Se debe evitar el enfrentamiento estereotipado.
- No se debe desestimar ninguna opinión ni sugerencia en forma apriorística o por meras razones de sentido común.
- El coordinador debe hacer lo posible para establecer el diálogo entre los componentes del grupo y no acaparar ni centrar todo en si, de tal manera que cuando el diálogo y la comunicación funcionen bien, el coordinador no debe intervenir.
- No se debe ser crítico ni correctivo con ningún integrante. Es el grupo quien debe aprender hacerlo.
- Quedan excluidos los consejos por parte del coordinador.

Las cualidades del coordinador pueden resumirse en tres palabras según este autor:

- Arte.
- Ciencia.
- Paciencia.

Para Winnicott (1949) (citado en Kernberg 2005) existen algunas actitudes emocionales en el analista que pueden adquirir importancia en el tratamiento de pacientes. Señala que es esencial que el analista: tolere la experiencia consciente de poderosas reacciones contratransferenciales, que contenga esta reacción y que la utilice para una autoexploración, así como para el diagnóstico de la situación transferencial total

El grupo debe funcionar con un tiempo limitado y previsto, y con una frecuencia regular. (Generalmente sesiones de poco más de una hora).

Queda de manifiesto la importancia que adquiere la terapia grupal, y como ésta puede tener grandes alcances, así como múltiples ventajas o beneficios de los cuales los defensores de la terapia de grupo argumentan a su favor:

- Que la confesión pública en terapia de grupo tiene ya un efecto catártico.
- La psicoterapia conduce en dirección a la autoconfianza, autoestima adecuada, mutua comprensión, respeto y certeza de poseer un lugar social de igualdad.
- El grupo es más eficaz que la terapia individual para disminuir culpas y ansiedades, gracias a la universalización.
- En algunos casos, los pacientes se benefician más rápido en el tratamiento grupal que en el individual, porque en el primero es más difícil aislar la interpretación y esconder la hostilidad contra el terapeuta.

- El grupo facilita la expresión de los sentimientos ambivalentes a través de la escisión y proyección de los objetos buenos y malos en distintos miembros del grupo.
- Los miembros del grupo constituyen un ambiente contenedor y de apoyo.
- El grupo permite la superación de fallas yoicas mediante las múltiples posibilidades identificatorias y de rectificación transferencial.
- Poder ayudar a los demás a obtener insight a través de la auto-revelación, coloca al paciente en una posición adulta que incrementa su autoestima.
- Pueden ver la manera en que actúan, reacciona e interactúan sus compañeros.
- La dilución de la transferencia central a través de las transferencias laterales, permite elaborar una contratransferencia mas mitigada, lo que a su vez facilita la capacidad de pensar e interpretar del terapeuta.
- Lo que se sacrifica en términos de la pureza de la transferencia, se compensa plenamente por la observación directa del funcionamiento real del paciente.
- Los grupos terapéuticos proporcionan un nuevo escenario para representar viejas y familiares conductas.
- A algunos pacientes el cambio del foco de atención de un miembro a otro, les da tiempo para asimilar y elaborar los insights que pueden haber adquirido y a otros les permite no sentirse presionados a abandonar prematuramente sus resistencias.
- La duración de la psicoterapia grupal es, en general, más corta que la individual.

Otros autores afirman que las ventajas de la terapia de grupo son:



- Se puede tratar a un elevado número de pacientes.
- El espacio (no se necesitan varios consultorios).
- Utilización de menos personal.
- Rentabilidad (costo).

Mancilla (1997) refiere que un beneficio de la terapia grupal, es el hecho de que el paciente experimenta una sensación de aceptación en el grupo, como no la han tenido en ninguna otra parte. Se puede expresar y, aprende, que sus impulsos y tendencias no lo hacen malo o sin valor ante los demás y descubre que puede ganar un estatus dentro del grupo, dice la maestra que en terapia de grupo se puede logra:

- Aprender a comprometerse.
- A dar y recibir amistad.
- Puede aminorar, eventualmente remplazar, sentimientos destructivos interpersonales, por otros mas adecuados.

A continuación se citarán cinco aspectos teóricos que González (1999) considera importantes llevar acabo en la práctica de la psicoterapia de grupo:

- El terapeuta no dirige al grupo, ni especifica su propia función.
- Interpreta los fenómenos que observa como un acontecimiento global del grupo o de sus partes en función de un todo.
- Da contenido a los conflictos inconscientes de sus miembros, convirtiéndose en un buen continente.
- Trata de que los elementos beta se vuelvan alfa.
- Utiliza todas las técnicas psicoanalíticas existentes, según las necesidades del paciente.

Díaz (2000) por su parte dice que la naturaleza y grado de transparencia (autorevelación, autodescubrimiento) que se permiten los terapeutas es

muy variada, para la postura analítica tradicional que tiene en la resolución de la transferencia el motor de la cura, se requiere del anonimato del terapeuta para favorecer la emergencia de sentimientos inadecuados hacia él. Se piensa que la curiosidad del grupo sobre el terapeuta es insaciable, pero en realidad, los miembros también requieren que el terapeuta permanezca desconocido y poderoso.

Vinogradov y Yalom (1996) argumentaban que existen dos principios básicos en la terapia de grupo: La importancia de una experiencia emocional intensa y el descubrimiento por parte del paciente de que sus reacciones son inapropiadas. Y que para que las interacciones inherentes a un escenario grupal se traduzcan en experiencias emocionales correctivas, son necesarias dos condiciones fundamentales:

- 1.- Los miembros deben considerar al grupo lo suficientemente seguro y capaz de prestarles apoyo como para estar dispuestos a expresar las diferencias y tensiones básicas.
- 2.- Debe existir el feedback y la franqueza expresiva suficiente como para enfrentarse eficazmente a la realidad.

En conclusión, las personas saben empíricamente del alcance de los grupos y esto se pone de manifiesto al preguntárseles su opinión sobre los mismos, siendo frecuente obtener respuestas como: “Se es más eficaz juntos que aisladamente”, lo cual se puede observar fácilmente en la cultura popular, un ejemplo de ello son los refranes que condensan las creencias populares: “dos cabezas piensan mejor que una”, “uno para todos y todos para uno”, “las penas con pan (compartidas) son menos” “la unión hace la fuerza” etc. En estas frases que se transmiten de generación en generación, ya se puede ver la importancia que la sociedad le asigna a los grupos y como por supuesto la ciencia no podía dejar de lado tan importante terreno y hacer de esto una forma eficaz de ayudar a las personas, que es primordialmente mi meta a alcanzar.

## Bibliografía:

Anzieu, D. (1997). "La dinámica de los grupos pequeños". Barcelona, España: Biblioteca Nueva.

Anzieu, D. Bejarano, Angel., Kaes Rene. A. Missenard y J.B. Pontallis (1978). "El trabajo psicoanalítico en los grupos". D.F., México: Siglo XXI Editores.

Anzieu, D. (1974). "Perspectivas teóricas", en idem el grupo y el inconsciente, Buenos Aires, Biblioteca nueva.

Ávila, E y García de la Hoz A. (1994) "Aportaciones de la Psicoterapia de grupo a la atención pública en Salud Mental". Madrid: Editorial SEGPA.

Azouri, Chawki. (1995). "El psicoanálisis". Barcelona, España: Acento Editorial.

Bach, George R, (1975) "psicoterapia intensiva de grupo" Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Bellak, Leopold M.D. y Small, Leonard S.D. (1980) "Psicoterapia breve y de Emergencia" México D.F: Pax.

Bion, W.R. (1948). "Experiencias en grupos". Buenos Aires, Paidós.

Bion, W.R. (1975). "Aprendiendo de la experiencia". Buenos Aires, Paidós.

Bleger, J. (1985). "Temas de psicología (entrevista y grupos)". Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

Cartwright, D. y Zander A, (1953). "Dinámica de grupos, investigación y teoría". D.F., México: Trillas.

Cappon, Jorge. (1978). "El movimiento de encuentro en psicoterapia de grupo". D.F., México: Trillas.

Corominas J. (1996). "Psicoterapia de grupo con niños". Ed. Trillas. México.

De León, B. (1993): El sustrato compartido de la interpretación. Revista de Psicoanálisis 4-5. [También publicado como: El sustrato compartido de la interpretación. Imágenes, afectos y palabras en la experiencia analítica. Revista Uruguaya de Psicoanálisis (1995).

Días Portillo, I. (1998). "Técnica de la entrevista psicodinámica". D.F., México: Pax.

Días Portillo, I. (2000). "Bases de la terapia de grupo". D.F., México: Pax.

Real academia de la Lengua Española. (2001) España: Espasa Calpe.

Etchegoyen, H, (2002). Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. ) (2 ed.). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, Anna (1961), "El yo y los mecanismos de defensa". Madrid, España: Paidós.

Freud, Anna (1965), "Normalidad y patología en la niñez". Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Freud, S. (1901-1905). "Tres ensayos de teoría sexual y otras obras". Obras completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1912). "Sobre la dinámica de la transferencia". Obras completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1915). "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia". Obras completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1916). "Conferencias de introducción al Psicoanálisis". Vol. VX1 Obras completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1917). "Duelo y melancolía". Obras completas. Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1921) “- Más allá del principio de placer, Psicología de la masas y análisis del yo, y otras obras” Vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu

Foulkes, S.H., (1975) “Introducción a la Psicoterapia grupoanalítica”, Barcelona, Ed. Gedisa.

Foulkes I, Kadis. (1950) “Manual de psicoterapia de grupo”. España: Madrid. Ed. Morata.

Gilles, Amado., Guittet André. (1980). “La comunicación en los grupos”. D.F. México: Ateneo.

Gómez, R. (2010) “Psicoterapia de grupo, principios básicos y aplicaciones”, Centre Londres 94 Paidopsiquiatric de Barcelones. (08/09/2010) disponible en internet: <http://www.centrelondres94.com/documento/psicoterapia-de-grupo-principios-basicos-y-aplicaciones> s.n, s.f.

González, N, J.J. (1999) “Psicoterapia de grupos” D.F. México: Manual Moderno.

González, N, J.J. y Rodríguez, C,M. (2002). “Teoría y Técnica de la psicoterapia psicoanalítica”. México: ed. Plaza y Valdés, S.A. de C.V.

González, N, J.J., Monroy De V. A. y Kupferman, S. E. (2004). “Dinámica de Grupos: Técnicas y Tácticas” D.F. México: Pax

Greenson, R. R. (1980). Técnica y práctica del psicoanálisis. D.F., México: Siglo Veintiuno Editores.

Grinberg, L., Langer,M., Rodrigué, E. (1957) “Psicoterapia de grupo”. Buenos Aires Paidós.

Heimann Paula (1950) Seminario "La transferencia" - sesión del 8 de marzo 1961

Sobre la contratransferencia International Journal of Psycho-Analysis, 31:81-84

Hoffman L. (1992) Una postura reflexiva para la Terapia Familiar. En: Gergen K J.

McNamee S. (1996) La terapia como construcción social. Ed. Paidós. Barcelona.

Jinich A. Y Dupont M. A. (2007) "Una Alternativa para el Tratamiento Psicoanalítico Grupal de Niños y Padres" D.F., México: Siglo Veintiuno Editores.

Kaes, R. (1977). "El aparato psíquico grupal". Buenos Aires: Amorrortu.

Kaes, R., Fernández, A., Mercado, Verdin, J., Vallejo, Zerón,G,. Solís, G, H., (2006). "Entre lo uno y lo múltiple". Editorial Universitaria.

Kernberg. O. (1993) "Paranoiagenesis in organizations" Baltimore: Williams Wilkins

Kernberg, Otto F. (2005) "Agresividad, Narcisismo y Autodestrucción en la relación Psicoterapéutica". México D.F. Ed. Manual Moderno.

Klein, Melanie. (1994). "Envidia y gratitud". Obras completas Melanie Klein. Barcelona, España. Paidós.

Laplanche, J. y Pontalis J.B.; (1974) "Diccionario de psicoanálisis" Ed. Labor S.A.; México.

Luft J. (1973). "Introducción a la dinámica de los grupos". Barcelona, España: Herder.

Mancilla Gómez, B. "Historia y diferentes tipos de psicoterapia". D.F., México: Armando Mendoza.

Martí, J.L. (1970). "Desarrollo en psicoterapia de grupo y psicodrama" Madrid. Ed. Básica.

Materazzi, M. A. (1975) "Psicoterapia grupal en la psicosis". Barcelona: Paidós.

Moreno, J.L. (1959) "Psicoterapia de grupo y psicodrama". México, Fondo de Cultura Económica, p. 108

Moreno, J.L. (1985) "Psychodrama". First Volume. Beacon, N.Y. p. 10

O'Donell. (1974). "Teoría y técnica de la psicoterapia grupal". Barcelona: Masson.

Pichon, Riviere Enrique. (1971). "El proceso grupal del psicoanálisis a la psicología social". Buenos Aires: Nueva Visión.

Racker, H. (1960). "Estudios sobre técnica psicoanalítica". D.F., México: Paidós.

Ramirez, Santiago. (1975). "Infancia es destino". D.F., México: siglo XXI editores, s.a. de c.v.

Rousseau, J. (2008) "El Contrato Social", Valladolid, Maxtor.

Sartre, J. (1971) "La psicocoterapia de los grupos" Buenos Aires: Paidós.

Sbandí, Pio. (1977) "Psicología de los grupos" Barcelona: Herder.

Segal, H. (1984). "Introducción a la obra de Melanie Klein". D.F., México: Paidós.

Slavson, S.R. (1974). "Tratado de psicoterapia grupal analítica". Barcelona, España. Paidós.

Serebrinsky, H. (2012). "psicoterapia de grupo". Ajayu: Órgano de difusión científica del Departamento de Psicología [En Línea], 10(2), 132-155, Disponible en: <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/Ajayu/v10n2/v10n2a01.pdf>

Sullivan, H.S. (1959). "La entrevista psiquiátrica" Buenos Aires: Psique.

Torre Francisco, (2007). "Relaciones Humanas". D.F., México: Trillas.

Uriarte, C. (2003) "Fundamentación presentada para un Seminario sobre transferencia negativa y transferencias de lo negativo. Instituto de Psicoanálisis de APU. Revista Uruguaya de Psicoanálisis 2003; 97: 105-112.

Winnicott, D.W. (1974). "El odio en la contratransferencia". Escritos de Pediatría y psicoanálisis. (1998). Barcelona, España. Paidós.

Winnicott, D.W. (1994). "Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional." Barcelona: Paidós.

Vinogradov S. y Yalom D.I. (1996). "Guía breve de psicoterapia de grupo". Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Witaker D.S, y Liberman, M, (1964). "Psicoterapia de grupo". Buenos aires, Argentina: Troquel.

Wojciech P. (2003). "Importancia de los grupos informales". D.F., México.

Yalom ID, (1986) "Teoría y Práctica de la Psicoterapia de Grupo". México DF: Editorial F.C.

Zimmermann, D. (1969) Estudios sobre psicoterapia analítica de grupo. Buenos Aires: Paidós.