

01962

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

2ej

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**EL USO DE LA INTERPRETACION TRANSFERENCIAL EN  
UN GRUPO DE PSICOTERAPIA DE TIEMPO LIMITADO**

Tesis que para optar por el grado de:

**MAESTRO EN PSICOLOGIA CLINICA**

Presenta:

**LIC. EDUARDO JOSE ONGAY MOGUEL**

**SINODALES:**

- Director de tesis: **Dr. Bertha Blum de Gordillo.  
Dr. José de Jesús González Núñez.  
Dra. Teresa Guerra.  
Dra. Isabel Reyes Lagunes.  
Mtra. María Elena Medina Mora.**

**MEXICO, D.F.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**1991**



## **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 está 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.

## INDICE

	Pág.
INTRODUCCION.....	1
MARCO TEORICO.....	4
CONCEPTOS FUNDAMENTALES: TRANSFERENCIA, REGRESION E INTERPRETACION.....	18
LA PSICOTERAPIA DE GRUPO DE TIEMPO LIMITADO.....	48
MATERIAL CLINICO.....	74
DISCUSION.....	108

## RESUMEN

En este trabajo se discute la viabilidad del uso de la interpretación transferencial en psicoterapia de tiempo limitado.

Tradicionalmente se ha considerado que el uso de este tipo de interpretación es perjudicial en psicoterapias de tiempo limitado, debido a que provocan una regresión muy difícil de manejar.

La proposición de este trabajo es que esta interpretación sí es factible y que su empleo es conveniente cuando hay una manifestación transferencial que puede obstaculizar el proceso psicoterapéutico.

Las bases teóricas del trabajo las constituyen los aportes de las escuelas Inglesa y Francesa de la psicoterapia psicoanalítica de grupos, así como los desarrollos de Melanie Klein y colaboradores.

Se presenta una revisión de los desarrollos recientes en las psicoterapias grupales breves en los Estados Unidos y se contrastan con la aproximación utilizada en este trabajo.

Se incluye en forma de viñetas el material clínico que sirvió de experiencia para la elaboración de la tesis, así como su discusión. Este material se obtuvo de un grupo terapéutico atendido en la clínica de la Facultad de Psicología de esta universidad. Observadores en cámara de Gesell registraron las sesiones por parejas y alternativamente. La discusión del material enfatiza el uso y consecuencias de las interpretaciones transferenciales usadas, así como su justificación.

## INTRODUCCION

La psicoterapia grupal se utiliza cada vez más como procedimiento terapéutico tanto a nivel privado como institucional. Sobre todo en este último ámbito, reviste una gran importancia, pues a través del tratamiento en grupos se puede prestar asistencia a mayor número de personas. En este sentido, se han tratado de encontrar alternativas a los tratamientos de larga duración que, son fundamentos de la psicoterapia psicoanalítica, -- se han empleado en nuestro país desde hace muchos años.

El objetivo de este trabajo es estudiar la utilización de una herramienta técnica, la Interpretación transferencial, en un grupo terapéutico de tiempo limitado. Las variaciones de la técnica en la psicoterapia psicoanalítica han sido motivo de muchas discusiones. Con la modificación de los encuadres más clásicos, tanto del tratamiento individual o grupal, producto de la apertura tanto a otro tipo de instituciones como de patologías, han venido los intentos de probar si algún componente de la técnica puede adaptarse mejor a las nuevas situaciones. Así, por ejemplo, Kernberg (1975), propone que en el tratamiento de pacientes con estructura de personalidad borderline, se modifique el encuadre psicoanalítico clásico. Utiliza lo que denomina "psicoterapia expresiva", con sesiones dos veces por semana y sin la interpretación sistemática de la transferencia. Desde -- hace años, Balint (1979) y Winnicott (1954), han pensado que pacientes con serios déficits en el cuidado materno, necesitan -- de apoyo o contacto físico por parte del terapeuta. Kohut ---

(1984), ha propuesto que, para el caso de pacientes narcisistas, la empatía es fundamental.

Un poco en el sentido contrario de la tendencia a incluir modificaciones técnicas, el trabajo que aquí se presenta trata de dilucidar el efecto de usar una de las herramientas clásicas de la psicoterapia psicoanalítica, cuando uno de los elementos del encuadre (el tiempo) varía. En este sentido, se seguiría -- persiguiendo el objetivo de buscar el insight como medio de resolver conflictos, tratando de mantener estables otros elementos del encuadre, incluida la actitud de los terapeutas.

El primer capítulo incluye la presentación del marco teórico con la revisión de algunos conceptos fundamentales de la obra de M. Klein y de las escuelas Francesa e Inglesa dentro de la psicoterapia grupal analítica. Son éstos los fundamentos teóricos del trabajo clínico.

En el segundo capítulo se presenta una revisión de los conceptos teóricos fundamentales, considerando que la transferencia, la interpretación y la regresión, son los elementos que están en juego en esta investigación clínica.

En el capítulo tercero se hace una revisión de algunos de los desarrollos que los autores norteamericanos han hecho en la psicoterapia grupal breve. Se destacan cuales son las diferencias con el trabajo clínico que aquí se discute.

El cuarto capítulo comprende la presentación y discusión del material clínico, con seis viñetas que incluyen las fases inicial, intermedia y final del tratamiento.

Por último se incluye un capítulo de discusión de los temas presentados.

## CAPITULO I

### MARCO TEORICO

En este trabajo se han seleccionado como soporte teórico dos escuelas dentro de la psicoterapia grupal analítica. Se optó por éstas, por considerar que ofrecen los mejores argumentos teórico-técnicos para fundamentar el uso de la interpretación transferencial en tratamientos grupales de tiempo limitado. Se trata de las llamadas Escuela Inglesa y Escuela Francesa de psicoterapia analítica de grupo. La primera está representada por los trabajos de W. Bion (1952) y H. Eziel (1950). La segunda tiene como exponentes a D. Anzieu y sus colaboradores (1972). Ambas escuelas tienen como fundamento teórico la obra de Freud y, además como antecedente importante, los hallazgos y desarrollos efectuados por M. Klein y colaboradores. A continuación se incluye un resumen de sus principales conceptos.

El concepto de posición en la obra de M. Klein. - Esta autora piensa que existe, desde el nacimiento, una primitiva forma de relación objetal. A través del trabajo psicoanalítico -- con niños, llegó a la conclusión de que existen dos estructuras en el desarrollo temprano del niño. A cada una de éstas le dió el nombre de posición pensando que se trata de algo más -- que una etapa secuencial en el desarrollo.

Si bien es cierto que estas posiciones se configuran al comienzo de la vida, siguen funcionando a lo largo de ésta, con

lo que no se consideran simplemente como fases superadas en el transcurso del desarrollo. De esta forma, Klein (1935, 1946) describió dos tipos de posición: la esquizo-paranoide y la depresiva.

La posición esquizo-paranoide fue descrita por Klein en su famoso trabajo "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides" de 1946. Tiene lugar en los 3 ó 4 primeros meses de vida y se caracteriza porque el bebé no se relaciona con personas totales, sino con objetos parciales como pecho, pene, etc.

Además, existe un tipo de ansiedad específica, la ansiedad persecutoria o paranoide, a la que el bebé hace frente con mecanismos defensivos como la disociación, la proyección, la introyección, la idealización, la negación y la identificación proyectiva. Por medio de la disociación, el bebé puede dividir tanto su mente como los objetos con los que se relaciona. Puede entonces disociar sus propios impulsos agresivos, proyectándolos en el objeto original, el pecho de la madre. Este sería el mecanismo de proyección.

Sin embargo, este pecho, que contiene ahora la agresión del bebé, se torna por lo mismo un objeto amenazante, persecutorio. El bebé puede entonces introyectar un objeto que lo amenaza desde dentro.

Los impulsos libidinales del bebé son también escindidos y proyectados en el pecho, el que es sentido como ideal y satisfactor de todas las necesidades. Tanto los ataques fantaseados como la satisfacción idealizada son apuntalados por las --

satisfacciones y frustraciones externas, por lo que para el bebé se convierte en vital guardar dentro de sí al objeto ideal y tranquilizador. Si este proceso se realiza de manera satisfactoria, el bebé puede calmar poco a poco su ansiedad persecutoria y pasar a la posición depresiva. Esta comienza con el reconocimiento de la madre como persona, es decir, como objeto total.

M. Klein introduce el concepto de posición depresiva en 1935, en su trabajo "Una contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos", en el que plantea el importante paso que significa pasar de una relación con objetos parciales -- (principalmente el pecho), a otra con el objeto total. Si los intensos procesos de disociación y proyección de la posición esquizo-paranoide han disminuído, el bebé podrá hacerse cargo de sus propios impulsos y sentimientos. Surge entonces la posibilidad de sentir culpa por los daños que su agresión haya ocasionado o pueda ocasionar a la madre. La ansiedad proveniente de la posibilidad de dañar a la madre es ahora el principal sentimiento del bebé.

La introyección como mecanismo comienza a desplazar a la proyección, pues el bebé desea asegurarse de tener al objeto bueno y tranquilizador dentro de sí y no dañarlo con su agresión. Esto significa que introyecta a la madre como figura tranquilizadora de sus ansiedades persecutorias. Para mitigar las consecuencias de su agresión utiliza mecanismos de defensa como la negación y las defensas maníacas. Con estos mecanismos se --

evitan los sentimientos de culpa, depresión y dolor por el daño al objeto.

Con la apropiada elaboración de la posición depresiva, - el bebé está en condiciones de poder relacionarse de manera - más realista con los objetos, así como de poder establecer -- vínculos en los que el cuidado por el otro y por él mismo juegue un papel importante, enriqueciendo las relaciones. Sin embargo, la posición depresiva nunca queda superada completamente, pues los seres humanos siempre experimentamos sentimientos ambivalentes en la relación con los demás, con lo que la culpa y la depresión por los sentimientos hostiles pueden -- aparecer a lo largo de la vida. De la misma forma, reacciones atenuadas de la posición esquizo-paranoide tienen lugar en -- los sujetos normales. Para M. Klein, la falla en la elaboración de esta posición puede dar lugar a la psicosis, mientras que las neurosis serían la consecuencia de una incompleta elaboración de la posición depresiva.

Consecuencias técnicas de los aportes de M. Klein. - A pesar -- de que Klein se proclamó siempre seguidora de Freud, es claro que sus trabajos vienen a modificar muchas de las concepciones freudianas. En lo que se refiere a la técnica, Klein -- introdujo varios y fundamentales cambios. Utilizando la técnica del juego en el psicoanálisis de niños, Klein llegó a varias conclusiones. Entre éstas quizá las más importantes son

las que se refieren a la interpretación y a la transferencia\*.

En cuanto a la transferencia, Klein piensa que ésta se da desde los inicios del tratamiento y que la forma de abordarla es utilizando la herramienta analítica por excelencia: la interpretación. Klein interpreta más y más tempranamente que otros analistas. Estas ideas son la consecuencia natural de sus hipótesis sobre la relación de objeto desde el principio de la vida y del complejo de Edipo en etapas mucho más tempranas que las propuestas por Freud (Klein, 1928). Klein piensa que hay un complejo de Edipo que tiene lugar alrededor de los tres meses (1945). No se trata de un fenómeno en el que intervengan las figuras completas de los padres, sino que el bebé constituye una fantasía de celos y exclusión con objetos parciales.

Otra idea que tiene especial relevancia en la interpretación de la transferencia en esta escuela es la fantasía inconciente. Este concepto, fundamental en los desarrollos de la escuela Kleiniana, fue sistematizado teóricamente por Susan Isaacs (1952), una de las principales colaboradoras de Klein. Para Isaacs, la fantasía es un componente permanente de toda mente humana, ya sea de personas normales o con alteraciones psíquicas. Las fantasías tienen un origen interno, pulsional, aunque pueden cambiar constantemente por influencia del contac

\* En otro capítulo se expondrán más ampliamente estos conceptos. Aquí se considera necesario incluirlos para dar cohesión al pensamiento teórico y técnico de Klein.

to con el medio ambiente. De acuerdo con su origen pulsional, empiezan a construirse en los primeros estadios del desarrollo, pero después acompañarán a la persona por el resto de su vida y en todo momento de ésta. La fantasía inconciente, según esta idea, funciona como el argumento de fondo que influye sobre cada acción o pensamiento. Estas acciones y pensamientos tienen siempre un destinatario, que normalmente es una figura importante en la vida de la persona (padres, hermanos), pero que se trasladan a las personas con las que en ese momento se relacione el sujeto. Así pues, la fantasía se construye sobre la base de relaciones objetales internalizadas que se intercomunican con las relaciones con los objetos externos. La relación con el mundo externo estará siempre influida por la fantasía inconciente.

Esta idea posibilita pensar a la transferencia como un fenómeno de gran alcance, siempre presente. No importa de qué esté hablando el paciente, en su fantasía inconciente siempre estará en relación con un objeto interno y esta relación será transferida a la figura del terapeuta. Así, puede decirse que la transferencia está siempre presente y que, como dice Etchegoyen (1986), es cuestión de saber descubrirla e interpretarla de manera oportuna y pertinente.

Otro de los grandes aportes de M. Klein a la técnica y a la teoría es el concepto de identificación proyectiva (1946). Este es un mecanismo de defensa, típico de la posición esquizo-paranoide, por medio del cual una persona se desprende de

algún aspecto o parte de sus emociones o de sí mismo, proyec--  
tándolo en el objeto. El sujeto queda entonces con la sensación  
de no ser él quien posee esa emoción o parte de su personalidad  
con la consecuente confusión entre el self y los objetos.

Las aportaciones de M. Klein inspiraron los trabajos de al  
gunos autores con grupos. A continuación se presentan las ideas  
de algunos de éstos:

#### Escuela Inglesa

Se consideran aquí a dos exponentes de esta escuela: Bion  
y Ezriel.

W. Bion. Este es un discípulo de M. Klein que aplicó algu  
nos de los descubrimientos kleinianos al estudio de los grupos.  
Bion concentró el resultado de sus investigaciones sobre grupos  
en su libro Experiencias en grupos de 1952. De esta obra son ex  
traídas las ideas que se presentan a continuación.

Para este autor el ser humano es naturalmente gregario; --  
los grupos surgen de manera espontánea y todo individuo pertene  
ce a un grupo, aunque en su conducta muestre que no pertenece a  
ninguno. De esta forma, todo individuo pasa su existencia liga  
do a un grupo. Para Bion, esta actividad natural engendra fenó  
menos emocionales que pueden ser observados desde una perspecti  
va psicoanalítica.

Según Bion, los fenómenos emocionales que surgen como pro  
ducto de la agrupación son de naturaleza muy primitiva y con--  
trastan con las actividades grupales que se realizan de manera

organizada (p. 115)\*.

Para él, entonces el agrupamiento da lugar a una regresión en los individuos, en la que aparecen ansiedades y defensas de tipo psicótico, como las que describió M. Klein. A través de sus observaciones, Bion propuso varias hipótesis relativas al funcionamiento grupal. A continuación se exponen algunas de ellas.

**Mentalidad grupal y Cultura de grupo.** - La mentalidad grupal es definida como la suma de las aportaciones mentales de los individuos, suma que resulta en una unidad diferente de las mentalidades o deseos individuales. Los individuos contribuyen a esta mentalidad grupal de manera anónima, e inclusive esta mentalidad se opone a la voluntad o deseo individual. Esta es la causa de las fricciones entre los individuos y el grupo (p. 46, 49, 58).

Existe también una forma de organización en el grupo, natural y rudimentaria. Esta organización surge como el resultado de la dinámica entre la mentalidad grupal y los deseos o actividades de los individuos. La cultura del grupo surge como una forma de organización para que no se realice, pues como dice Bion, la esperanza sólo funciona como tal, cuando permanece como esperanza. En el momento que se realiza, el dolor, la agresión y los demás sentimientos dolorosos vuelven a aparecer y entonces ya no hay esperanza que tranquilice, pues ésta ya se cumplió (pp. 122-123).

\* En algunos casos se incluye la referencia aunque no se cite textualmente, con el objeto de precisar más la información.

Por otra parte, Bion describió modos de funcionamiento grupal a los que dio el nombre de supuestos básicos.

Características del grupo de supuesto básico.- Para --- participar en una actividad de supuesto básico no es necesario tener un entrenamiento especial. La actividad se desa--- rrolla de manera espontánea, instintiva e inevitable. Para - agruparse en una actividad racional y primitiva, los indivi--- duos requieren de una capacidad instintiva denominada por -- Bion "valencia". Tomó este término de la física para desig--- nar la capacidad que poseen los individuos para interactuar instantáneamente.

Estas caracterfsticas contrastan con la actividad de -- cooperación que propositivamente y de manera racional llevan a cambio los miembros de un grupo. El grupo de trabajo está relacionado con los supuestos básicos en la medida en que -- una actividad grupal, organizada y racional, va a tener siem--- pre una contraparte primitiva que le subyace (pp. 124, 125 y 126).

Bion describió tres tipos de supuestos básicos, el de -- dependencia, el de ataque y fuga y el de apareamiento. En el grupo de supuesto básico de dependencia el grupo se organiza alrededor de un líder que pueda satisfacer sus necesidades. En el grupo de terapia este rol es atribuido de manera espontánea al terapeuta. El grupo de dependencia tiene enormes expectativas sobre las posibilidades de ayuda del terapeuta. Actúa frente a

éste como un niño pequeño frente a la madre, con pasividad, esperando que todo lo haga el terapeuta. Al mismo tiempo, las funciones intelectuales elevadas parecen perderse y aparecen formas primitivas de funcionamiento mental. La expectativa subyacente en el grupo es que será el terapeuta el encargado de proveer el funcionamiento mental adecuado y acabar con la angustia.

En el grupo de ataque-fuga, el grupo encuentra su líder en los sujetos con rasgos paranoides en su personalidad. Este tipo de líder debe apoyar la idea de que realmente existe un enemigo del que es necesario huir o al que hay que atacar. En los grupos terapéuticos el enemigo puede ser algún miembro del grupo, el terapeuta o bien la problemática grupal. Cuando el enemigo toma la figura del terapeuta puede hablarse de una transferencia negativa grupal. El grupo puede tratar de alterar el encuadre, atacar las interpretaciones del terapeuta o ignorar a éste del todo.

En el grupo de apareamiento, el líder está formado por dos personas, es decir, una pareja. En esta pareja-líder, el grupo deposita una esperanza o idea relacionada con el futuro, siempre con una expectativa de mejoramiento. El grupo crea entonces al líder impulsando a la pareja a unirse. Cuando dos miembros cualquiera del grupo establecen algún contacto, el grupo impulsa esta relación con la esperanza de que esa pareja se una y de la unión nazca un mesías que acabe con sus sufrimientos.

Resumiendo, puede decirse que Bion, al estudiar los grupos utilizando los conceptos de disociación e identificación proyectiva, pudo describir modos de funcionamiento primitivos en los grupos. Por primitivo se entiende la presencia de ansiedades muy intensas, con la consiguiente pérdida de las funciones más racionales y el empleo de los mecanismos de defensa -- mencionados, mismos que llevan a una confusión entre el self y el objeto.

H. EZRIEL.- Ezriel es un autor contemporáneo de Bion, con el que comparte algunas ideas. Las principales características del pensamiento de Ezriel son considerar al grupo como un todo en donde las aportaciones individuales constituyen una fantasía grupal común y, por otra parte, sus ideas acerca de la interpretación transferencial. Lo relativo a la interpretación -- será tratado en el próximo capítulo, por lo que aquí se expondrán las ideas de Ezriel respecto al grupo como un todo.

Ezriel sostiene la hipótesis de que "un individuo, encontrándose con otro, intentará establecer un tipo de relación -- tendiendo a disminuir la tensión provocada por sus relaciones con sus objetos inconcientes" (1950, p.62).

De esta forma, en la sesión grupal todos los individuos ponen en juego sus propias fantasías inconcientes que dan como resultado una tensión grupal común que busca descargarse. La descarga es efectuada sobre la figura primaria, parental que asume ante las fantasías del grupo.

Este autor retoma la noción de fantasía inconciente y la

aplica al estudio de los grupos. Su posición al respecto es - que cualquiera que sea el tema manifiesto dominante en el grupo, existe una tensión grupal común e inconciente que determina su comportamiento y su discurso. En la medida en que cada miembro del grupo aporta algo a la discusión grupal, (aportación por supuesto inconciente) es susceptible de que, a través de la interpretación grupal, se expliquen sus ansiedades y mecanismos de defensa particulares.

Las proposiciones de Bion y Ezriel han dado lugar a toda una escuela dentro de la terapia grupal analítica. Esta se caracteriza por considerar al grupo como un todo y por utilizar interpretaciones transferenciales dirigidas al grupo y no a los individuos.

Los desarrollos de esta escuela son, como se ha podido ver, influidos por los conceptos kleinianos de fantasía inconciente, ansiedades psicóticas y mecanismos de defensa primitivos.

Las contribuciones de M. Klein y sus colaboradores han servido también para apoyar los trabajos de otras corrientes dentro del estudio de los grupos, como es el caso de la Escuela Francesa.

#### Escuela Francesa

Esta corriente está representada por los trabajos de Anzieu y colaboradores (1972). Estos autores elaboraron una teoría del funcionamiento grupal basada en premisas psicoana

líticas y a través del estudio de los que ellos denominan -- "grupos de formación".

Estos no son grupos terapéuticos pero funcionan de acuerdo a una estricta metodología psicoanalítica. Se trata de grupos en donde los integrantes pertenecen por lo general a áreas afines a la psicología y psiquiatría, así como a otras ramas de la salud y de las ciencias sociales.

Aunque el objetivo del trabajo no es terapéutico, sí se aspira a "hacer descubrir a los interesados que lo que circula entre ellos en un grupo es el inconciente y bajo qué formas sensibilizarlos para que desentrañen en un momento determinado de qué modo se relaciona esa circulación con su inconciente personal y de qué forma se relaciona con el inconciente de otro. Objetivos semejantes sólo pueden alcanzarse mediante un despliegue de los diversos tipos de transferencia solicitados por la situación grupal y mediante un trabajo de interpretación de orden psicoanalítico" (Ibid. p.14).

Los soportes teóricos de estos autores los constituyen, por un lado Klein, como ya se indicó y, por otro la obra original de Freud y algunos de los aportes de la escuela lacaniana.

De la primera autora han tomado sus conceptos de escisión, identificación proyectiva y transferencia latente. Siguen a Bion y Ezriel en lo que se refiere a considerar al grupo como un todo y en cuanto al empleo de la interpretación transferencial, aunque con algunas variantes como se ve

17

rá después.

Por otra parte, siguen a Freud en sus ideas de cargar - libidinales y de la constitución de grupo como imago de la - horda original.

Entre las aportaciones más relevantes de estos autores están las referidas al estudio de la transferencia en los -- grupos y el empleo de la interpretación transferencial, que se estudiarán en el próximo capítulo.

## CAPITULO II

CONCEPTOS FUNDAMENTALES: TRANSFERENCIA, REGRESION E  
INTERPRETACION

## I.- TRANSFERENCIA

Este es uno de los conceptos teórico-técnicos más originales e importantes del psicoanálisis. Freud comenzó a estudiar este singular fenómeno humano desde el comienzo mismo de su práctica con pacientes neuróticos.

En efecto, en los "Estudios sobre la histeria" (1895), - escritos en colaboración con Breuer, Freud comenzó a publicar sus observaciones sobre la particular relación afectiva que se establece entre el médico y el enfermo durante el tratamiento. En el capítulo dedicado a la psicoterapia de la histeria, Freud sostiene que entre los enfermos y el médico se establece una relación afectiva producto de un fenómeno al que Freud llamó "falso enlace". Al relatar el caso de una paciente que tuvo la fantasía de ser besada por Freud, éste afirma que lo que ahí se produjo fue un falso enlace por medio del cual un impulso que originalmente estaba destinado a otra persona, se enlaza a la figura del médico por asociación. Es aquí donde Freud llama por primera vez transferencia al fenómeno y explica su ocurrencia por un falso enlace (1895, p. -- 306-307).

Poco tiempo después, en el epílogo del caso "Dora" --- (1905), Freud ubica ya de manera clara sus ideas acerca de la

transferencia, mismas que recibirán muy pocos cambios a partir de entonces. Según Freud en el curso del tratamiento psicoanalítico la neurosis deja de presentar nuevos síntomas y, en --- sustitución de éstos, aparece un nuevo tipo de producciones mentales a los que da el nombre de transferencias. Dice Freud: "¿Qué son las transferencias? Son reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza --- no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico, de este género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico. Para decirlo de otro modo, toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico" (1905, p. 101).

Como muchos otros conceptos originales de Freud, el de -- transferencia tuvo diferentes desarrollos según la corriente teórica que lo utilice. Aquí importa considerar un particular desarrollo en la concepción de este fenómeno, producto de la escuela kleiniana y que es el que posibilita visualizarlo como un fenómeno que ocurre tempranamente en el tratamiento y también de manera latente. Estas ideas ya han sido expuestas en el capítulo anterior; en lo que sigue se verá cuál es su aplicación a los grupos por parte de algunos autores.

#### LA TRANSFERENCIA EN LOS GRUPOS

Cualquier descubrimiento teórico o técnico en el psicoanálisis individual pasa a incorporarse a la terapia grupal --

analítica con las modificaciones introducidas por el estudio de los grupos y tal es el caso de la transferencia. En general, puede decirse que todo sistema de terapia grupal con bases psicoanalíticas va a tomar a la transferencia como un punto central en la comprensión de los fenómenos y de la técnica en el grupo.

Sin embargo y como sucede en el psicoanálisis individual, las aproximaciones al estudio y tratamiento de la transferencia son diferentes según sea la escuela de que se trate.

A. Bejarano.- Este autor pertenece a la escuela francesa de psicoanálisis y ya se han expuesto sus principales ideas con respecto a los grupos.

Bejarano piensa que la transferencia en el grupo tiene una especificidad que se manifiesta en modalidades clínicas. Siguiendo a los kleinianos, piensa que la transferencia se expresa en el contenido manifiesto del discurso grupal, pero los sentimientos transferenciales permanecen latentes en el grupo (1972, p. 125).

Así el contenido manifiesto designa y a la vez oculta la verdadera manifestación transferencial. La transferencia, entonces, hay que descubrirla del contenido manifiesto. Este ocultamiento es una de las formas de resistencia, pues Bejarano se adhiere al enunciado lacaniano de que la resistencia es la transferencia, aunque en un momento dado puedan distinguirse los dos fenómenos. Resistencia es para el autor a la manera clásica, todo lo que obstaculice el trabajo psicoanalítico

de aproximación inconciente. Pero al mismo tiempo, esta resistencia le da al analista la posibilidad de interpretarla si se presenta en forma de transferencia, con lo que se convierte en una vía de acceso al inconciente (p. 130).

Un elemento central en la sistematización que Bejarano hace de la transferencia en los grupos es el concepto de clivaje de la transferencia. El clivaje es la manera específica en que los objetos internos se escinden y se transfieren a objetos externos. Así, por ejemplo, la forma más sencilla de clivaje es la escisión en objetos buenos y malos. Los miembros de un grupo pueden pensar que el grupo es bueno mientras que el terapeuta es malo, con lo que "mente grupal" realiza una disociación que en ese momento le da una característica específica a la transferencia (p. 128).

Bejarano ha propuesto dividir los objetos transferenciales de un grupo en cuatro modalidades. Tres son objetos interiores al grupo: el monitor o terapeuta (transferencia central); los otros miembros del grupo, (transferencias laterales) y el grupo como tal (transferencia grupal). El último es un objeto exterior, es el mundo externo que también es objeto de transferencia (p. 131).

Con estos cuatro objetos transferenciales y de acuerdo con el clivaje que funcione en un momento dado, Bejarano describe también cuatro modalidades clínicas de expresión transferencial.

a) La posición persecutoria, en la que los tres objetos

interiores son vividos como persecutorios, porque el objeto bueno ha sido proyectado al mundo exterior que queda así -- idealizado.

b) La posición depresiva en la que los compañeros o el grupo son vividos como malos, mientras que el monitor y el mundo externo se perciben como objetos buenos.

c) La defensa maníaca en la que la transferencia negativa se da sobre el mundo externo y la transferencia positiva -- sobre los objetos interiores.

d) La defensa histérica en la que se deposita en los -- otros miembros del grupo la transferencia positiva y el terapeuta y el grupo son vividos como objetos malos, quedando el mundo exterior como ambivalente. (p. 132).

GRINBERG, LANGER Y RODRIGUE.- Estos son autores que también siguen los lineamientos kleinianos y los aplican al estudio -- de los grupos. Consideran a la transferencia en los grupos co -- mo una situación total en el que intervienen "todas las reac -- ciones y actitudes emocionales del paciente, comunicadas o verbalmente; las que están aparentemente determinadas por las características personales del terapeuta y las que se suponen derivadas de situaciones ajenas al mismo. En síntesis: todos los elementos existentes integran esta situación entre el mé -- dico y el paciente, que se desarrolla dentro del marco trans -- ferencial y, por consiguiente, todas las interpretaciones de -- ben ser formuladas sobre esa base" (1959, p.151).

Esta concepción integral de la transferencia proponen --

llamarla "transferencia gestáltica" pues piensan que en un grupo "siempre existen correspondencia y compromisos tácitos de supeditación entre las diversas manifestaciones, aunque sean aparentemente incoherentes o deshilvanadas.

No porque se lo hayan propuesto así, sino porque constituye el resultado automático e inevitable, determinado y regido por las leyes de la Gestalt, que se produce cuando distintas individualidades se reúnen para integrar un grupo terapéutico" (Ibid. p. 152).

P. O'Donnell.- Este es un autor argentino que tiene su base teórica en las teorías de M. Klein y Pichón Riviere y piensa que en el grupo la transferencia se da como resultado de un desplazamiento del grupo interno (grupo primario introyectado, familia) sobre el externo (1977). Para O'Donnell, entonces, a cada escena "real" que se produzca en el consultorio (la actitud de los pacientes, del terapeuta, sus verbalizaciones), corresponderá una activación, en lo interno, de las escenas del grupo primario. Esta es una característica importante del pensamiento de este autor, porque señala que en la terapia grupal -- los cambios no se logran siempre debido a la interpretación, sino también por lo actuado y lo sentido.

Foulkes.- Este es un autor importante dentro de la psicoterapia grupal, con desarrollos en varios aspectos. En lo relativo a la transferencia piensa que no hay razón para pensar -- que ésta se diluye más en un tratamiento grupal que en uno individual. Al contrario, cree que la naturaleza misma del grupo

permite que las manifestaciones transferenciales sean tan intensas y más complejas que en la psicoterapia individual --- (Foulkes, 1964).

Foulkes piensa que en el grupo se dan las transferencias múltiples que significan "el proceso por el cual cada paciente reacciona transferencialmente a lo que Alexander Wolf ha llamado 'las diferentes características provocadoras de las múltiples personalidades en el grupo'. Las distintas personas del grupo permiten que cada paciente reaccione a una amplia variedad de estímulos transferenciales" (Ibid, p. 105).

Otro señalamiento de Foulkes en este sentido es que la relación transferencial en el grupo, hacia el terapeuta difiere de la del tratamiento individual. Esta diferencia es producto de que en el grupo, el terapeuta se encuentra más expuesto por su posición cara a cara y porque son varios los miembros que lo miran, lo juzgan, etc.

## 2.- LA REGRESION

Freud utilizó por primera vez el concepto de regresión en "La interpretación de los sueños" (1900), para explicar el fenómeno casi alucinatorio característico de los sueños. Para Freud, el sistema psíquico, durante los sueños, regresa a un tipo de funcionamiento más primitivo: el del proceso primario.

En sus "Tres ensayos sobre una teoría sexual" (1905) supone la posibilidad de que cualquier individuo pueda regresar a un estadio anterior de su evolución psicosexual, al que ha

ya quedado previamente fijado.

Después de estudiar los fenómenos de los grupos (1921), Freud describió las características de funcionamiento primitivo que ocurren como consecuencia de la reunión de personas. Freud sostiene que el sólo hecho de que los individuos se agrupen espontáneamente, pone en juego mecanismos primitivos de funcionamiento mental.

El concepto de regresión en psicoanálisis es, pues, antiguo y ha sido utilizado también para explicar ciertas modalidades de comportamiento y de funcionamiento mental, así como para explorar posibilidades terapéuticas.

Laplanche y Pontalis definen a la regresión de la siguiente manera: "Dentro de un proceso psíquico que comporta una trayectoria a un desarrollo, se designa por regresión, un retorno en sentido inverso a partir de un punto ya alcanzado, hasta otro situado anteriormente" (1968, p. 371). Freud postuló en su libro sobre los sueños que la regresión puede conceptualizarse desde tres puntos de vista. Utilizó este modelo también en otras obras. Los puntos de vista sobre la regresión son:

a) Tópico. - Aquí la regresión se efectúa en el recorrido de una sucesión de instancias o sistemas psíquicos. En el modelo utilizado por Freud en el capítulo VII de la "Interpretación de los sueños" (1900), el sueño, en su característica casi alucinatoria tendría un recorrido regresivo desde el consciente, pasando por el preconciente, hasta llegar al inconsciente.

b) Cronológico. - Desde este punto de vista, la regresión

significa un retorno a una etapa dentro del desarrollo psicológico que ya había sido superada. Este es el enfoque que --- Freud considera en sus "Tres ensayos sobre una teoría sexual" (1905).

Formal.-- Desde este punto de vista, la regresión corresponde a la adopción de tipos de funcionamiento más primitivo. Así, por ejemplo, un tipo de regresión formal llevaría al individuo a pasar del proceso secundario al proceso primario, o a la manifestación de fenómenos primitivos como la alucina--- ción.

#### LA REGRESION EN LOS GRUPOS.

Como ya se señaló, desde su trabajo "Psicología de las masas y análisis del yo" (1921), Freud apuntó la característica regresiva de los grupos. Un ejemplo de esta idea lo ofrece Freud en su comparación de la masa con la horda primordial: "Así como el hombre primordial se conserva virtualmente en cada individuo, de igual modo la horda primordial se restablece a partir de una multitud cualquiera de seres humanos; en la medida en que éstos se encuentran de manera habitual gobernados por la formación de masa, reconocemos la persistencia de la horda primordial en ella. Tenemos que inferir que la psicología de la masa es la psicología más antigua del ser humano; lo que hemos aislado como psicología individual, dejando de lado todos los restos de masa, se perfiló más tarde, poco a poco y por así decir, sólo parcialmente a partir de la antigua psicología de la masa" (Ibid, p. 117).

Dicho de otra forma, Freud piensa que el individuo evolucionado lleva en sí restos de la antigua horda a los que retrocede cuando se reúne en grupos amplios. Varios autores que han realizado investigaciones sobre grupos terapéuticos han señalado esta característica regresiva como un componente fundamental de la organización grupal. Aquí se incluirán algunos de estos autores.

W. BION.- Como ya se señaló en el capítulo anterior, --- Bion piensa que la reunión en grupo produce en los individuos modos de funcionamiento mental primitivo, al que considera un tipo de funcionamiento psicótico. De acuerdo con Bion, cuando los individuos se reúnen, surgen motivaciones y comportamientos que obstaculizan el desarrollo de las actividades grupales, sobre todo si éstas tienden a un objetivo de trabajo. El grupo, bajo estas condiciones, se vuelve "un agregado de individuos en el mismo estado de regresión" (1952, p. 115-116). - Bion piensa que la relación del individuo con el grupo es una relación difícil que produce regresión como consecuencia: "El adulto debe establecer contacto con la vida emocional del grupo en que vive; esta tarea puede parecerle tan formidable como le parece al niño la relación con el pecho, y su regresión revela el fracaso en satisfacer las exigencias de esta tarea. Una parte esencial de su regresión consiste en la creencia de que un grupo existe como algo distinto de un agregado de individuos y también son partes de su regresión las características que el individuo atribuye al supuesto grupo" (p. 115).

De hecho, para Bion los supuestos básicos que él describe en el funcionamiento grupal (ver capítulo anterior), surgen como una especie de reacción contra un estado fundamental, altamente primitivo, al que contribuyen los grupos. Dice Bion: -- "...podrá apreciarse que los supuestos básicos emergen como formaciones secundarias de una escena primaria muy temprana, elaborada en un nivel de objetos parciales, y asociada con la ansiedad psicótica y los mecanismos de división y de identificación proyectiva, que Melanie Klein ha descrito como características de las posiciones esquizo-paranoide y depresiva" --- (p. 133).

Bion subraya que la escena primaria a la que él se refiere no es la que clásicamente se ha descrito en psicoanálisis. Es un fenómeno de naturaleza más primitiva, en la que dicha -- escena transcurre dentro del cuerpo o pecho de la madre, con el padre como objeto parcial y provocando emociones muy intensas de odio o temor. Para él, el estudio de los grupos muestra que estas fantasías, primitivas y de naturaleza psicótica, están presentes en todos los grupos, aunque en diferentes grados, según sea que los grupos sean más estables o más perturbados.

S.R. SLAVSON.- Para introducir un poco de contraste, se incluyen los puntos de vista de este autor. Influenciado por la corriente llamada "psicología del yo", ve a la regresión como un fenómeno en el que el yo pierde el control de las actividades racionales y el monto de la regresión depende de la can-

tividad de desintegración del yo. El punto de vista de Bion sobre la regresión es en base a las relaciones de objeto, mientras -- que el de Slavson tiene que ver con la estructura del aparato psíquico o punto de vista estructural (Freud, 1923). Slavson -- hace una clasificación de las distintas variedades de regresión.

"La regresión terapéutica es un regreso a los sentimientos y la conducta pasados, que incluye un volver a recorrer los pasos del desarrollo y organización de la psique del individuo, mediante una relación transferencial con el terapeuta (como --- sustituto paterno) y con los restantes pacientes (como réplicas de los hermanos y de otras personas importantes en la vida del paciente)" (Slavson 1976, p. 335).

Por otra parte, en la regresión patológica "el yo pasa por un proceso de desintegración. El paciente regresa a fases más tempranas de su desarrollo, más no afectiva, sino actualmente. El sentido de la realidad y la percepción de ésta (no su puesta a prueba) se transforman de modo tal que no son como si fueran las del pasado, sino precisamente como en el pasado. Este proceso se produce en el deterioro psicótico u orgánico, a resultas del cual el paciente retorna a estadios inferiores e infantiles del desarrollo del yo y su libido, y ceden las defensas y las protecciones" (ibid).

La regresión parapatológica es un fenómeno intermedio entre la regresión patológica y la terapéutica. Aquí el yo no se desintegra, pero las modalidades de comportamiento y de funcionamiento mental van más allá de una simple regresión terapéuti

o normal.

En la regresión inducida, una persona estimula a otra por medio de la identificación y el contagio. Este tipo de regresión es muy frecuente en los grupos y es debida a la debilidad yoica de los pacientes y al alto nivel de identificación por la cercanía grupal.

Para Slavson un signo de la regresión es el "acting out" producto de un yo débil y en el que el sujeto regresa a un patrón anterior de comportamiento frente a las tensiones internas y externas.

Hay sin embargo, un tipo de actuación que no es dañina ya que el "acting-out" terapéutico en el que el yo permanece intacto, posibilita la recuperación del equilibrio tanto externa como internamente.

Bejarano.- Este autor, representante de la llamada "escuela francesa", sigue a Freud en las manifestaciones regresivas de los grupos. Bejarano dice: "... debido a la regresión que se comprueba en los grupos, nos vemos llevados, después de Freud, a retomar la hipótesis de que la vida grupal reactiva a la vez la ontogénesis y la filogénesis" (1972, p.p. 200-201).

Según Bejarano, el grupo actúa como una representación o imago de la horda primitiva. En este sentido, la representación de esa imago se efectúa a través de mitos, de los cuales los más frecuentes son:

a) La comida totémica. En este mito, los integrantes del grupo comparten la fantasía de comer al terapeuta (representan-

te fantaseado del padre original) con el fin de adquirir su -- fuerza. Esta fantasía se puede expresar de diversas maneras, - desde la organización de una comida durante el grupo, hasta la expresión de fantasías de apoderarse (tragarse), la mente o el cerebro del terapeuta.

b) El complot de los hermanos contra el padre-terapeuta. Esta es una fantasía que expresa la rivalidad de los hombres - jóvenes de un grupo con el terapeuta por la posesión de las mu - jeres. En este mito la idea inconciente grupal se puede manifes - tar a través de la fantasía de la muerte del terapeuta, de ex - presiones en el sentido de que el grupo se la pasaría muy bien sin el terapeuta, etc.

Bejarano piensa que aunque estos mitos se expresan con ma - yor claridad en los grupos avanzados, también se manifiestan - en los de reciente iniciación. La condición para que el tera - peuta pueda distinguir estas fantasías primitivas es que no -- tienda a escotomizarlas.

### 3.- LA INTERPRETACION

Una de las aportaciones más originales del psicoanálisis es su concepto de interpretación. La que es considerada como -- la obra fundamental de Freud, "La interpretación de los sue-- ños" (1900). tiene como base la idea de que los fenómenos psí - quicos encierran un significado susceptible de ser aprehendi - do. En el capítulo XI de esa obra Freud plantea que interpre - tar un sueño significa descifrar sus posibles significados, --

darle un sentido. Para Freud es necesario encontrar los significados que el proceso de elaboración del sueño deformó hasta convertirlos en contenido manifiesto, esto es, la trama que recordamos del sueño.

Para Laplanche y Pontalis (1968), el término interpretación de Freud encierra dos significados. El primero se refiere a la elaboración de contenidos por medio de la cual se proporciona cierta coherencia al contenido latente y fundamental del sueño. Aquí existe una interpretación, efectuada por el inconsciente del soñante, que descompone los elementos primarios del sueño para sintetizarlos en el recuerdo que posibilita el relato de aquel.

Otra acepción es la intervención técnica que el analista realiza con tal de comunicarle al analizado un significado nuevo y diferente, significado que es producto de la mente del analizado pero que, perteneciéndole por completo, no conocía.

Si la meta principal del tratamiento psicoanalítico es hacer consciente lo inconsciente y esto se logra a través de la interpretación, se colige de inmediato la importancia de ésta. Sin embargo, en la actualidad no existe un acuerdo en torno a qué, cómo y cuando interpretar. Para este trabajo importa considerar dos puntos de vista sobre el tema: el que sostiene que el único cambio real se logra a través de la interpretación -- transferencial, (Strachey, 1934, Ezriel, 1952). Y aquél que -- considera que las interpretaciones pueden ser extratransferenciales y efectivas en lograr cambios estructurales (Brenner, --

1967; Slauson, 1964).

### Interpretación transferencial y no transferencial.

Quienes trabajan siguiendo la línea teórica iniciada por M. Klein tienden más a pensar que sólo la interpretación transferencial es efectiva.

Es decir, piensan que el objeto a quien se transfiere el impulso (el terapeuta) debe ser el mismo que interpreta. La primera teorización sistemática en este sentido la inició -- Strachey con su clásico trabajo "La naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis" (1934). Apoyado en los hallazgos de Klein acerca del papel que juegan la introyección y la proyección en las relaciones de objeto, Strachey describió -- lo que llamó el "círculo vicioso neurótico". En éste, el sujeto proyecta un impulso sobre el objeto y, al introyectarlo, -- lo sentirá conteniendo ese mismo impulso que proyectó en él, con lo que el objeto es sentido con características iguales -- al sujeto. Por ejemplo, si una persona proyecta un impulso -- agresivo en otra, la sentirá agresiva y, como consecuencia, -- tenderá a volverse más agresiva en la relación con aquella, -- para "defendarse". No es difícil imaginar cómo esta relación se reproduce muchas veces, a través de la transferencia, en -- el tratamiento. Para poder romper con este círculo vicioso, -- Strachey piensa que es necesario que la imagen que el paciente proyectó no se confunda con la real. Strachey explica así la forma de acción de la interpretación que él propone se llama mutativa" "... pondré por ejemplo la interpretación de un

impulso hostil. En virtud de su poder (estrictamente limitado) como superyó; el analista permite que una pequeña cantidad de la energía del ello del enfermo se torne conciente (en nuestro caso, bajo la forma de un impulso agresivo. Dado que por la naturaleza de los hechos, el analista es también el objeto de los impulsos del ello del paciente, dicha cantidad de impulsos ahora liberados será dirigida concientemente hacia el analista, y éste es el punto crítico. Si todo marcha bien, el yo del paciente se dará cuenta del contraste que existe entre el carácter agresivo de sus sentimientos y la naturaleza real del analista, ya que éste no se comporta como sus objetos arcaicos 'buenos' o 'malos'. Es decir, que el paciente distinguirá su objeto fantaseado arcaico del objeto real externo. La interpretación se ha convertido así en mutativa, puesto que ha abierto una brecha en el círculo vicioso neurótico" (Ibid p. 146-147).

Paula Helmann. - Esta autora es una de las principales integrantes del movimiento Kleiniano y en 1956 publicó un importante trabajo sobre la interpretación transferencial. Helmann piensa que la función de la percepción del yo del paciente es una de las más importantes, tanto en su vida diaria como en el tratamiento analítico. La tarea fundamental del análisis sería entonces ensanchar la función perceptiva del yo que tiene que ver con el conocimiento de sí mismo. El instrumento para lograr esto es la interpretación transferencial, en donde el yo puede hacerse conciente de los impulsos y de la manera

en que éstos afectan su relación con el objeto (analista) en el momento mismo en que surgen.

Otro apoyo teórico en el trabajo de Heimann es el concepto de fantasía inconciente de Isaacs. Como se vio en el primer capítulo, la fantasía inconciente permite visualizar un argumento que dirige la conducta del paciente en todo momento, --- aunque éste no se dé cuenta. Esta fantasía inconciente determina la transferencia del paciente y posibilita, también, que el terapeuta pueda tener acceso a ella en cualquier momento. Su tarea consistiría entonces en hacer conciente lo inconciente, tanto en lo que se refiere a la transferencia positiva como a la negativa.

El trabajo de Heimann apunta a señalar, finalmente, que la transferencia puede ser interpretada, potencialmente, en todo momento ya sea positiva o negativa. La tarea del terapeuta sería descubrirla y encontrar el momento oportuno de mostrársela al paciente.

#### La interpretación extratransferencial.

Como se ha visto, los analistas que siguen las ideas de Klein son quienes más apoyan el empleo de interpretaciones --- transferenciales.

Existen otros analistas (básicamente agrupados en la corriente de la psicología del yo) que critican esta postura y que piensan que la interpretación no transferencial también es efectiva (Greenson, 1967). Estos se verán en otro capítulo. -- Aquí es necesario señalar los argumentos que se exponen a fa--

vor de la interpretación transferencial y en contra de la extratransferencial.

Strachey, en el trabajo ya revisado, es tajante al afirmar que una interpretación extratransferencial no puede lograr los pasos y cambios que él señala y que califica como la esencia de la terapia psicoanalítica. Para ello, aduce varias razones. La primera es que una interpretación no transferencial no va dirigida al punto de urgencia, es decir al impulso y al objeto del impulso (el analista) y resulta por lo tanto alejada en el tiempo y el espacio como para ser efectiva.

Otra razón es que si el objeto sobre el cual se interpreta no se encuentra presente en el momento de la sesión, el paciente se va a ver imposibilitado para distinguir entre fantasía y realidad.

Dicho de otra forma, si el analista interpreta a su paciente que lo ve y reacciona ante él como si fuera un padre sádico, el paciente tiene la oportunidad de comprobar la naturaleza fantaseada de sus temores puesto que el analista no es y no actúa como un padre sádico.

Pero si la interpretación se refiere exclusivamente al padre del paciente, resulta muy difícil para este juzgar la verdad o falsedad de sus impulsos, pues el padre no está presente y no puede saberse cómo es la relación entre éste y el paciente.

Strachey señala, además, la posibilidad de un gran riesgo - consecuencia del uso de las interpretaciones extratransferenciales. Este consiste en que la transferencia quede intacta, con lo

que el analista puede quedar imposibilitado de seguir actuando como tal. Sus siguientes intervenciones -en caso de no despejar el campo transferencial- estarán empañadas por los mecanismos proyectivos del paciente y serán escuchados desde los objetos internos proyectados.

Por otra parte, es necesario decir que Strachey también reconoce que no es posible dar interpretaciones transferenciales todo el tiempo; las interpretaciones extratransferenciales deben servir como intervenciones que preparen el terreno para la interpretación transferencial.

#### La interpretación en los grupos.

La interpretación es la herramienta fundamental en la psicoterapia grupal analítica. No obstante, aquí también existen diferentes formas de concebir a la interpretación en cuanto a cómo debe de usarse, cuando interpretar o bien qué interpretar. Una de las divisiones que puede hacerse es tomar en cuenta la importancia que se otorga a la interpretación transferencial. Existen autores que piensan que las interpretaciones extratransferenciales pueden ser efectivas, mientras que otros piensan que sólo la interpretación transferencial puede lograr cambios estructurales.

Interpretación no transferencial. - Se presentarán como exponentes de esta tendencia a Slavson, Foulkes y Grothjan.

Slavson (op.cit.), piensa que la promoción del "insight" se da como resultado de una búsqueda de significados, proceso que puede ser iniciado por el terapeuta o por alguno de los

miembros del grupo.

Para él, la interpretación adquiere significado cuando el paciente está listo para aceptarla después de haber vencido -- las resistencias en el proceso grupal. Visualiza a la interpretación más de acuerdo con un proceso de comunicación que como una técnica estrictamente psicoanalítica. Slavson dice: "La comunicación terapeuta a paciente puede ocurrir sobre la base -- de indicaciones terapéuticas o debido a reacciones contratransferenciales. El terapeuta comunica sus reacciones objetivas -- analíticas; en raras ocasiones puede explicar, elucidar, interpretar, aprobar (...) a un paciente individual dentro del grupo. La comunicación del terapeuta puede ser también no verbal, como ocurre con el encogimiento de hombros, un asentamiento -- con la cabeza o una sonrisa, recurso este que con mucha frecuencia se emplea para estimular al paciente a continuar, para evitar el compromiso del terapeuta con la situación creada e -- impedir verse implicado en ella o para animar y apoyar al paciente" (Ibid p. 247-248).

Así, al englobar a la interpretación grupal en un proceso general de comunicación que se da en el grupo y entre los diferentes integrantes, Slavson resta importancia a la interpretación transferencial y piensa que las comunicaciones reveladoras de significados las pueden hacer también los pacientes.

Para Foulkes (1975) la interpretación "es una comunicación verbal hecha por el conductor del grupo o por los miembros del grupo con el propósito de llamar la atención sobre algún signi-

ficado que el grupo no conoce, pero que puede ser conocido a través de la ayuda verbal. El momento psicológico ideal es --- cuando los miembros del grupo (pueden ser todos o bien sólo algunos) están muy cerca de la comprensión de algo, pero no parecen muy seguros. Dice Foulkes "Una interpretación correcta produce un tipo de ¡Ah!; es decir, algo hace 'click' y cae en el lugar correcto, por lo que el significado se vuelve obvio" --- (p. 113).

Agrega que el terapeuta debería dar interpretaciones sólo después de haber esperado a que el mismo grupo logre un "in---sight" y se pueda interpretar a sí mismo.

Foulkes divide en tres clases a las interpretaciones que se pueden dar en el grupo.

a) De parte de los pacientes.- En este tipo de interpretaciones, los pacientes han desarrollado una cultura interpretativa y la practican activamente en general, esta actitud es positiva para el grupo, aunque puede darse el peligro de que la actitud interpretativa la utilice el grupo como resistencia. - Esta resistencia tiene como significado una identificación del grupo con la función del terapeuta y en particular, una rivalidad del grupo con esta función. Aquí la tarea del terapeuta es analizar esta resistencia.

b) Interpretación inconcientes por parte del grupo.- En el análisis de grupo se consideran las contribuciones de diferentes miembros como una conexión asociativa en donde frecuentemente hay un elemento de interpretación inconciente involu-

crado. A veces este elemento es más obvio que otras, pero en general está siempre presente.

c) Interpretaciones del Terapeuta. - Estas interpretaciones pueden ser vistas como una forma deliberada de comunicación verbal.

Se considera que el terapeuta está menos involucrado en la situación grupal y por lo tanto es un mejor intérprete, ya que puede juzgar cuáles son los aspectos más importantes, el "timing" de su comunicación, etc.

Foulkes aclara que aunque las interpretaciones transferenciales son muy importantes, no constituyen la base de su trabajo pues él considera igualmente necesario analizar lo que ocurre en la vida diaria; en la historia del grupo y no sólo en la relación con el terapeuta.

Grotjahn (1977) toma como factor central en la terapia grupal el análisis de las resistencias. Así, piensa que la meta principal de las interpretaciones es la resistencia y que el "insight" es sólo un objetivo secundario. Al igual que Foulkes otorga importancia a la posible función que pueda desarrollar cualquier paciente del grupo como co-terapeuta.

Grotjahn utiliza lo que él llama "interpretación comparativa" en el grupo y que consiste en tomar un tema común al grupo, por ejemplo, la timidez e informarle a cada uno de los miembros cuáles son sus características respecto a ese tema. Así, puede interpretar a un miembro su excesiva timidez como

defensa contra la agresión y a otro, en comparación, su agresividad como defensa contra una gran inseguridad interna.

De esta manera, Grotjahn no hace énfasis en la situación transferencial para efectuar una interpretación.

Interpretación Transferencial - Existen otros autores dentro de la psicoterapia analítica de grupo que piensan que la única alternativa para lograr un cambio estructural en los pacientes es la interpretación transferencial. Aquí se incluirán a Bion (op. cit.), Ezriel (op. cit.), Grinberg (et. al. op. cit.) y Anzieu (op. cit.)

Al teorizar acerca de los fenómenos de naturaleza muy primitiva (psicótica) que ocurren en los grupos, Bion ubica al terapeuta como el receptor de estos fenómenos. Piensa que esto se debe a que el analista en el grupo es el recipiente del fenómeno de identificación proyectiva descrito por M. Klein en 1946. (Bion, op. cit. p. 121). Siguiendo este razonamiento de Bion se diría que la única forma de resolver la ansiedad existente es la interpretación transferencial.

Es decir, la interpretación de los impulsos y los objetos internos que han sido proyectados e identificados en la figura del terapeuta es la mejor vía para que el grupo tome contacto con las partes que, por proyectadas, quedan excluidas de la conciencia grupal. Si bien Bion no hace una referencia teórica explícita a la interpretación transferencial, en cada uno de los ejemplos clínicos que expone en su trabajo se nota claramente el manejo transferencial de la interpretación.

Ezriel (op. cit.) es tal vez el autor que ha dado el mayor énfasis al uso de la interpretación transferencial en los grupos. Este autor parte de una premisa básica: no importa -- cuál sea el contenido manifiesto entre los miembros de un grupo pues siempre existe un común denominador de la tensión grupal, que es inconciente pero que determina su comportamiento. Por la posición del terapeuta y como consecuencia de lo que simboliza para el grupo (figura parental), éste es el receptor de la descarga de esa tensión grupal común, por lo que la forma más efectiva de explicar esos fenómenos inconcientes es la interpretación transferencial. Según Ezriel "Siguiendo una rigurosa técnica interpretativa en el 'aquí y ahora' las interpretaciones se dirigen principalmente al común denominador de la tensión grupal y cualquier reacción de un paciente tomado individualmente se interpreta sólo si se pueden mostrar dos cosas:

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

b) Por qué elige esta manera de enfrentarse con el problema de grupo. Un paciente en un grupo puede por ejemplo intentar con frecuencia conseguir una 'sesión individual' en la sesión de grupo ofreciendo material 'tentador' al analista: puede contar un sueño o cualquier experiencia de su vida o sus -- síntomas con lujo de detalles. En tales ocasiones extraigo de este material lo que me parece que tiene relación con la tensión grupal común" (p. 64).

En otro trabajo Ezriel (1952) profundiza en sus investigaciones sobre el empleo de la Interpretación transferencial. Expone que desde que los analistas centraron su atención en la transferencia, se fue haciendo evidente que ésta no es un fenómeno aislado, sino que actúa activamente desde el primer encuentro terapéutico. Muchos analistas tienden a explicar -- continuamente las situaciones transferenciales, pero tomando en cuenta tanto el aquí y el ahora como el pasado del paciente. Ezriel expone que si se considera a todo el material producido por el paciente como transferencial, se deben utilizar sólo interpretaciones transferenciales. "Esto significa que cualquier cosa que el paciente haga o diga durante una sesión (movimientos, gestos, fantasías, sueños, recuerdos e inclusive mentiras deliberadas), se considera como el lenguaje utilizado por el paciente para expresar su necesidad, en esa sesión, de un tipo específico de relación con su terapeuta" -- (p. 121).

Gringerb et. al., influenciados por la Escuela Inglesa, se muestran de acuerdo con las consideraciones expuestas por Ezriel acerca de las interpretaciones transferenciales. Difieren no obstante en su concepción del proceso curativo. Exponen que Ezriel piensa que la curación se da sólo como resultado de las interpretaciones mutativas. Si bien esto es cierto para el -- análisis individual -- agregan -- en la psicoterapia de grupo el -- proceso es mucho más complejo. Esto se debe a que aún cuando -- las interpretaciones transferenciales le posibiliten al pa--

44

ciente diferenciar su relación con los objetos arcaicos internos de los objetos reales presentes, los otros miembros del grupo asumen para el paciente características de objetos internos. Por lo tanto se hace necesario interpretar también estas relaciones, lo que autores como Bejarano (1972) llamarían transferencias laterales.

Anzieu, quien al igual que los otros autores de la escuela francesa (ver a Bejarano en el apartado de transferencia) - ha desarrollado sus investigaciones con grupos no terapéuticos, defiende la utilización de la interpretación en este tipo de grupos. Anzieu refuta el criterio no interpretativo: "En to dos estos casos, sin embargo, la conveniencia de no interpretar se basa en razones coyunturales y no de fondo.

Ahora bien, la doctrina que exhorta últimamente a la prudencia en la práctica, constituye una resistencia enojosa para el progreso teórico y técnico, a partir del momento en el que pretende que se consideren como razones de fondo ineluctables e intangibles razones que sólo son coyunturales, es decir, provisorias y pasajeras. Pueda la desventura de Augusto Comte servir como lección a los profesionales de grupo excesivamente ortodoxos. Este filósofo de las ciencias había mencionado como ejemplo de los problemas inaccesibles que un sabio no debería perder el tiempo en plantearse, el problema de la composición química de los astros. Algunos años después, sin embargo, un descubrimiento técnico, el análisis espectral resolvió con mucha simplicidad y eficacia el problema decretado insoluble. En

lugar de repetir estérilmente que la interpretación es imposible, ¿no habrá llegado acaso el momento de investigar concretamente sus condiciones de realización?" (p. 236).

Anzieu aduce tres razones para interpretar (y en específico interpretar la transferencia) aún en encuadres restringidos:

La primera es que en todo grupo se produce una regresión que a su vez moviliza la transferencia. Este es un fenómeno común que ha sido aprovechado por algunos líderes para manipular grupos o masas. Así, la transferencia puede manipularse en un grupo terapéutico. Otro aspecto de la producción de la transferencia es que puede bloquear el desarrollo del trabajo grupal. El único camino para que la transferencia no sirva como fuente de manipulación ni como resistencia es su interpretación.

La segunda razón es que cualquier grupo que trabaje con fundamentos psicoanalíticos (aunque no sea terapéutico) toma en cuenta necesariamente la movilización del inconciente. Se movilizan pulsiones que habían permanecido estáticas y esto puede ocasionar una resistencia que se exprese en la repetición del conflicto. La repetición conflictiva da lugar al reforzamiento de la resistencia que se encarna en la transferencia, -- por lo que el único camino para romper este conflicto es la interpretación.

La tercera razón, dice Anzieu, es más general y tiene que ver con la manifestación del inconciente. Si se desea que éste aparezca, debe darse un marco apropiado para que se manifieste.

Una vez manifestado debe nombrársele, explicársele, de otro modo queda como algo misterioso, inexplicable y poderoso. Por su puesto que la única manera de dar nombre y explicar los fenómenos inconcientes es la interpretación. Dice Anzieu: "La experiencia de la transferencia sin la de la interpretación, permite solamente saber que el inconciente existe, en su peso y en su opacidad, indisoluble de mi propia realidad existencial -- saberlo como se recibe una bofetada o un puñetazo, o como se teme recibirlos". "La interpretación proporciona al sujeto el ejemplo y la prueba de otra faceta. Le comunica la confianza en la inteligibilidad del inconciente y en su capacidad de -- acceder a la inteligencia de éste, con la condición de estar -- suficientemente formado" (p. 240).

Si bien Anzieu comparte en principio con Ezriel sus puntos de vista sobre el empleo de la interpretación transferencial en un grupo visto como una totalidad, restringe la utilización de ese tipo de interpretación a el grupo como un todo por dos motivos. El primero es que la interpretación centrada en el -- grupo no alcanza a todos los miembros en su inconciente individual. Sólo serán afectados aquellos que en el momento de la interpretación tengan sus conflictos en resonancia con la ten--- sión común.

El otro motivo es que cuando se da una interpretación grupal no se excluye el hecho de esclarecer a un individuo cuál es su participación preponderante de la producción fantaseada del inconciente grupal (p. 249-250).

Se han expuesto así los principales puntos de vista respecto a los conceptos que tienen una vinculación estrecha con el tema de este trabajo.

En el próximo capítulo se incluye una revisión de las principales tendencias en la psicoterapia grupal breve.

CAPITULO III

LA PSICOTERAPIA DE GRUPO DE TIEMPO LIMITADO

Las psicoterapias de grupo de tiempo limitado se han popularizado recientemente, sobre todo en los Estados Unidos. Garfield (1978), piensa que su reciente aceptación refleja el hecho de que la mayoría de los contactos terapéuticos duran menos de seis sesiones, ya sea por un acuerdo previo o por interrupción prematura. De la misma manera, Klein (1985) reporta que la atención psicoterapéutica en servicios hospitalarios tiene una duración promedio menor a los 21 días.

Otras razones que han contribuido al crecimiento de las psicoterapias breves son: el elevado costo de los tratamientos psicoterapéuticos largos; el crecimiento de la demanda de asistencia psicoterapéutica en instituciones con gran número de pacientes y las limitaciones de tiempo y disposición de terapeutas, entre otras (Klein, ibid.). Poey (1985), por su parte, señala las limitaciones económicas de los pacientes, así como la efectividad institucional de las terapias breves, como las razones para que los terapeutas vean a este método como una alternativa viable de tratamiento. De hecho, piensa que las terapias breves son el tratamiento de elección en el presente y en el futuro. Así, los tratamientos psicoterapéuticos breves o de tiempo limitado se han extendido, por una parte debido a la creciente demanda de este tipo de pacientes los impide seguir un tratamiento largo.

La mayor parte de los desarrollos en psicoterapia grupal -

breve que aquí se exponen están basados en las aportaciones de la corriente conocida como "psicología del yo". Muchos de los lineamientos técnicos para la selección de pacientes o el logro de metas terapéuticas, tienen sus bases en conceptos tales como el de analizabilidad de E. Zetzel (1966), del "area libre de conflictos del yo", de Hartmann (1939), o la "alianza de trabajo" de Greenson (1967).

Es indudable que los instrumentos teórico-técnicos creados por el psicoanálisis tanto para el tratamiento como para la investigación han tenido que ser modificados. Las modificaciones han sido provocadas tanto por la patología de los pacientes (como en los casos límite o las psicosis) así como por la ampliación de sus aplicaciones a grupos, familias, comunidades, etc. De esta forma y dadas las condiciones materiales de la sociedad moderna, parece una consecuencia natural que el tiempo del tratamiento se acorte en ciertos casos.

Los aportes de la psicoterapia psicoanalítica siguen siendo utilizados como el fundamento para entender los problemas y se ensayan nuevas formas de aplicación de estos aportes.

Tal es el caso de este trabajo.

Definición.- La psicoterapia de tiempo limitado es definida principalmente por el número de sesiones. Klein (ibid.) considera que para la psicoterapia individual el número promedio de sesiones es de veinticinco, mientras que para la psicoterapia grupal el número promedio de sesiones es de 12 a 15. En cuanto a la duración de las sesiones grupales, Klein reporta --

que el tiempo promedio es de una hora y media con una frecuencia de una vez por semana. Es necesario señalar que en este trabajo serán usadas indistintamente los términos psicoterapia breve y de tiempo limitado.

Butcher y Koss (1978) han encontrado que existen varias características compartidas por la psicoterapia breve ya sea grupal o individual. Estas características están más allá de las diferencias teóricas de los practicantes y son: (1) el manejo terapéutico de las limitaciones temporales, (2) la limitación de las metas terapéuticas, (3) la ubicación del contenido de la terapia en el presente, (4) el manejo directivo de la sesión por parte del terapeuta, (5) valoración rápida de la patología, (6) intervenciones rápidas del terapeuta, (7) flexibilidad del terapeuta, (8) catarsis como elemento básico del tratamiento, (9) establecimiento rápido de relaciones interpersonales para apoyar el proceso terapéutico y (10) selección apropiada de los pacientes, pues no todos son capaces de entrar en un tratamiento breve.

Bernard y Klein (1977) señalan que existen tres grandes clases de terapia grupal de tiempo limitado: grupos de tiempo limitado, grupos de crisis y grupos maratón. Cada uno de éstos varía en cuanto a los objetivos y también en la técnica. Los grupos de tiempo limitado se integran con pacientes predominantemente neuróticos y tratan de resolver los problemas o síntomas neuróticos más relevantes. Los grupos de crisis se integran sobre la base de personas que hayan sufrido algún problema en -

común, por ejemplo, catástrofes, guerras o accidentes. En los grupos maratón, un buen número de personas asisten a pocas sesiones (por ejemplo un fin de semana), durante tiempo prolongado (6 a 12 hrs.).

De acuerdo con la revisión de la bibliografía ya expuesta, cabe señalar que este trabajo tuvo como base una experiencia -- clínica en donde el contrato terapéutico fijó una duración de un año, con la posibilidad de otro más de tratamiento. Esta duración no encaja dentro del número promedio de sesiones que cita Klein, pero tampoco puede considerarse como un tratamiento largo (con duración de varios años). Donde sí coincide es en la realización de una sesión semanal con una duración de una hora y media. Debido a estas diferencias se considerará al trabajo clínico expuesto como una "terapia de duración intermedia". Se le diferencia así de los tratamientos más breves y también de las terapias a largo plazo.

Metas de la psicoterapia de tiempo limitado. -- Las psicoterapias breves comparten muchas de las metas de otras formas de psicoterapia. Entre estas metas se incluyen: a) la disminución de la ansiedad y de las molestias producidas por los síntomas, b) promover el restablecimiento del equilibrio emocional, c) -- promover en el paciente el uso eficiente de sus recursos internos, d) desarrollar la comprensión de los conflictos del paciente, así como su habilidad para hacerles frente en el futuro (Klein, 1985).

Otros autores piensan que la psicoterapia grupal de tiem-

po limitado puede ser un buen recurso para preparar al paciente para una psicoterapia de largo plazo (Imber et al., 1979). Bravender (1985) piensa que hay una meta general en un tratamiento grupal breve: el capacitar a los pacientes para obtener la información necesaria acerca de cómo modificar sus relaciones interpersonales de manera positiva.

Poey (op. cit.), en una revisión de la literatura sobre grupos de tiempo limitado, señala que los objetivos terapéuticos más comunes en estos grupos son: 1) la autonomía, es decir, enfocan los problemas relativos a la dependencia-independencia; 2) la formación de la identidad, es decir, enfocar la autoexploración y solidificación de la identidad a través de la expresión de los sentimientos, pensamientos y opiniones, al mismo tiempo que se está receptivo a recibir una retroalimentación; 3) habilidades interpersonales, que consisten en poder escuchar y responder para interactuar con mayor control y confianza; 4) asertividad, que quiere decir reemplazar los extremos de interacción pasiva o agresiva por una actitud más funcional y asertiva; 5) intimidad, es decir, la habilidad para acercarse y amar a una persona en lugar de permanecer distante y aislado.

Selección de pacientes. - En general, los autores se muestran precavidos en la selección de pacientes para este tipo de tratamiento. Señalan que es necesario que los pacientes puedan entender las características de funcionamiento de estos grupos. Poey (ibid.) piensa que aunque la sintomatología puede va

riar de paciente a paciente, es indispensable que los síntomas tengan una dimensión interpersonal. Los pacientes son referidos a estos grupos por presentar principalmente problemas relativos a las relaciones interpersonales. Estos incluyen dificultades con sus padres, compañeros, autoridades o parejas. También existen problemas caracterológicos que los llevan a una disfunción social crónica.

Para este autor un grupo ideal se compone de seis a ocho personas (hombres y mujeres) quienes tienen homogeneidad en edad, acervo cultural, fuerza vocica y habilidad para tolerar la ansiedad. La heterogeneidad es aceptable en lo relativo a los estilos caracterológicos, sistemas defensivos y niveles de actividad. Como característica de personalidad más específicas, este autor señala a las siguientes: 1) la habilidad para verbalizar quejas que enfoquen una dificultad emocional; 2) un nivel significativo de sensibilidad para ponerse en contacto con sus emociones; 3) un deseo de exploración y crecimiento; 4) el deseo de entrar a un grupo con estas características; 5) expectativas realistas respecto al grupo y 6) habilidad básica para influir y ser influido por otros. Poey piensa que los pacientes con patologías más severas y aquéllos cuyos conflictos tienen una base pregenital deben ser referidos a los grupos tradicionales de largo plazo.

Klein (op. cit.) señala que no hay un consenso sobre las características de los pacientes que pueden ser incluidos con éxito en un grupo de tiempo limitado. Agrega que, no obstante,

se han hecho algunos esfuerzos por clarificar la selección y cita a Woods y Melnick (1979), quienes subrayan las siguientes características: 1) un grado razonable de motivación para la psicoterapia y para el cambio; 2) ansiedad o incomodidad emocional y 3) la expectativa de obtener ganancias de la psicoterapia.

Por su parte, Klein enumera también las características de los pacientes que se pueden beneficiar más de la psicoterapia grupal breve: 1) que puedan especificar una queja; 2) la presencia de problemas que se han desarrollado recientemente y a los cuales se busca solución; 3) una historia de buena adaptación al medio ambiente; 4) la experiencia de una intensa relación interpersonal, por lo menos una vez en la vida; 5) la habilidad para interaccionar y reaccionar emotivamente en una primera entrevista evaluadora; 6) un alto nivel de motivación inicial, complementado con la capacidad de lograr cambios en el momento en que el grupo experimente un alto nivel de tensión emocional; 7) inteligencia y capacidad para la introspección y 8) expectativas realistas acerca del tratamiento y de los logros que se pueden obtener en éste.

Klein comenta que aunque estas características son las mismas que puede pedir un analista clásico para seleccionar a sus pacientes, la diferencia radica en la actitud del terapeuta. En la psicoterapia breve el terapeuta se muestra más activo para desarrollar una alianza terapéutica y una transferencia positiva. Asimismo, Klein subraya que éstas son características ideales y que en muchas ocasiones pueden verse como una gran exigen

cia en relación a la gran cantidad de pacientes más enfermos que son referidos a los grupos. En su opinión también los pacientes más perturbados o menos motivados se pueden beneficiar de un grupo de tiempo limitado. Es necesario, sin embargo, adaptar el encuadro a las características grupales y a la patología de los pacientes. En este mismo sentido, otros autores piensan que también los pacientes con patologías más serias se pueden beneficiar con un tratamiento breve. Russakoff y Oldham (1984), son autores de un trabajo donde presentan el tratamiento de pacientes graves (psicóticos y fronterizos) en grupos breves, utilizando como soporte teórico un modelo de relaciones objetales.

Otras observaciones de Klein se refieren a la composición de los pacientes dentro del grupo, una vez que ya han sido seleccionados. La pregunta a responder es: ¿Cuál combinación de pacientes puede ser la de mayor efectividad para ayudar a los miembros a cumplir tareas grupales? La decisión principal a tomar es si los grupos se conformarán de manera homogénea o heterogénea. Según Klein ambos tipos tienen sus ventajas y desventajas. En un grupo heterogéneo las patologías de los miembros son diferentes, así como sus edades, estatus socioeconómico, intereses, etc. En los grupos homogéneos, los miembros comparten una problemática específica, el mejoramiento de la cual se convierte en el principal objetivo del tratamiento. Así, los grupos pueden estar compuestos de personas con problemas de drogadicción, alcoholismo o depresión crónica.



dad para adaptarse a las principales reglas del grupo. El tercero tiene que ver con las características intrapsíquicas del paciente. Este debe poseer la capacidad de discriminar la fantasía de la realidad y su "self" de los otros; así como poder modular sus afectos y controlar sus impulsos. El cuarto (que es un criterio institucional) es la decisión del psiquiatra de que el paciente pueda permanecer en el hospital durante las dos semanas necesarias para el tratamiento.

El objetivo fundamental de esta selección es crear un grupo que pueda tolerar un buen monto de ansiedad, pues ésta será usada por el terapeuta como un promotor para el cambio, en lugar de que sólo sea considerada como un síntoma molesto que se tiene que aliviar.

En los criterios de composición del grupo, Bravender piensa que es mejor lograr una homogeneidad. Una vez seleccionados los pacientes, se excluirán del grupo aquellos que aún cumpliendo con los criterios de selección, presenten alguna característica que los haga completamente distintos a los otros miembros, por ejem. que sea el único adolescente, el único de un sexo, el único de raza distinta.

No obstante, busca que exista cierta heterogeneidad, especialmente en lo que se refiere a la fuerza yoica, la estructura defensiva y los patrones de los síntomas.

Como se ha visto, en general los autores citados prefieren tener exigentes criterios para la selección de pacientes. Estos criterios parecen tener sus bases en el concepto de analizabili

dad de la psicología del yo. Este concepto tuvo su origen, en parte, en la necesidad de asegurarse de que el paciente pudiera soportar las exigencias de un tratamiento analítico "clásico". De la misma manera, los terapeutas de grupo tratan de -- eliminar los riesgos que constituirían el manejo de un paciente grave en un número reducido de sesiones. Sin embargo, en la psicoterapia psicoanalítica individual estos criterios de alta exigencia han sido modificados para la atención de pacientes con patologías fronterizas o psicóticas (Balint, 1979, Rosenfeld, 1947, Winnicott, 1958).

De igual forma, en la psicoterapia grupal se ha dado cabida a pacientes con patologías más graves dentro de los grupos de tiempo limitado. Aquí en México, Althaus et. al. (1988), estudiaron el manejo de la regresión en grupos de terapia con -- contratos de dos años de duración. Entre los pacientes aceptados en estos grupos se encontraban varios con patologías fronterizas e inclusive psicóticas. Las necesidades de la demanda han ocasionado que los criterios de selección no sean tan estrictos, dando oportunidad a un mayor número de pacientes.

Desde el punto de vista teórico, Etchegoyen (1986) ha objetado las limitaciones que impone el concepto de analizabilidad. Según este autor, quienes trabajan desde la línea de las relaciones de objeto y piensan que éstas se dan en las etapas preedípicas, pueden analizar los conflictos de estas etapas, - aunque ciertamente este análisis sea más difícil (p.p. 48-49).

La participación del terapeuta. - Dado que la psicoterapia

de grupo de tiempo limitado presenta características propias, es de esperarse que la actuación del terapeuta se modifique en relación con las psicoterapias de largo plazo. Varios autores han expresado sus ideas acerca de la participación del terapeuta en los grupos.

Yalom (1975), por ejem. señala que entre las tareas básicas que un terapeuta debe cumplir están el dar estructura a un grupo, de la misma manera que un ingeniero organiza una construcción. La estructura o creación del grupo es dada por el contrato terapéutico, donde el terapeuta fija las reglas de tiempo, lugar y funcionamiento. Con estas reglas intenta crear una atmósfera en la que los pacientes puedan hablar libremente, al mismo tiempo que trata de solucionar cualquier interferencia con la tarea grupal. Estas interferencias pueden originarse por las ausencias, la creación de subgrupos, etc.

En lo que se refiere específicamente a las funciones o actitud del terapeuta de grupos breves, muchos autores piensan que éste debe ser directivo, activo y tener la suficiente flexibilidad para poder resolver las situaciones imprevistas. Klein (op. cit.) señala que la actuación del terapeuta debe adaptarse a las características del paciente, tales como su nivel de patología, capacidad de manejar la ansiedad, recursos yoicos, y motivación. Así, por ejemplo, si el grupo está compuesto por personas con un nivel neurótico de funcionamiento, no muy perturbadas y con un buen nivel de fuerza yoica, el terapeuta puede optar por una terapia orientada a la consecución del insight. ---

Klein señala un principio general del funcionamiento de estos grupos y es que los conflictos profundos o básicos como los -- problemas edípicos o los de reparación individualización solo pueden ser identificados en el grupo. La elaboración de estos problemas tiene que ser dejada a otra psicoterapia a más largo -- plazo.

En contraste, con los pacientes más graves, Klein piensa que el terapeuta debe de dar mayor apoyo a los pacientes. Un -- grupo donde el apoyo juega un papel importante debe de tener focalizadas sus metas. Entre éstas, las más importantes son las de la remisión de síntomas, sin pretender un cambio estructural de la personalidad. Aquí, el terapeuta juega un papel predomi--nantemente orientado al apoyo, sin interpretar en la mayoría de las ocasiones y ofreciendo a veces consejos o bien dando con--frontaciones.

Así, las intervenciones del terapeuta tratan de reforzar las actitudes de los pacientes que tienden a ser más exitosas en sus relaciones con el medio ambiente. Se pueden reforzar -- las defensas y rasgos de carácter que tengan estas tendencias.

Para poder lograr estos objetivos, el terapeuta tiene que medir constantemente el nivel de la ansiedad grupal, para que no vaya a sobrepasar cierto nivel que pueda desorganizar a los pacientes. Al mismo tiempo, el terapeuta debe de cerciorarse - de que la expresión de los impulsos sea de manera adecuada, -- dando la posibilidad de que éstos queden integrados en una ex--periencia positiva.

Las características de la actuación del terapeuta quedan definidas por los objetivos que Klein propone en cuanto a la profundidad del trabajo terapéutico. Para este autor, se trata de manejar más el nivel conciente o preconciente, desalentando incluso la expresión de contenidos inconcientes. El trabajo grupal breve tiene más que ver con la exploración de las funciones del yo y del superyó, mientras que los contenidos del ello reciben poca atención.

Dies (1985), señala también algunas de las características que definen al terapeuta de grupos de tiempo limitado.

Debe ser directivo, sobre todo en lo que se refiere a -- promover la interacción grupal, usando técnicas que pueden ir desde las simples preguntas, hasta ejercicios altamente estructurados para incitar al involucramiento con el grupo. Dies -- cree también que el terapeuta es visto como un "portero" que -- tiene la tarea de manejar los límites internos y externos del grupo.

A menudo también el terapeuta asume la responsabilidad de dar sugerencias, proveer información o bien hacer explicaciones sobre el proceso del grupo. Dentro de este rol activo, -- Dies señala que el terapeuta puede revelar sus sentimientos en un momento dado, volviéndose un modelo de honestidad para los pacientes y "desmitificando" el proceso terapéutico.

Este autor subraya también algunos de los conflictos que pueden ser experimentados por el terapeuta debido a las particularidades que causa este tipo de técnica. Citando un trabajo

de Imber y Col. (1979) destaca que sólo los terapeutas con más experiencia y habilidades se pueden desempeñar con éxito en esta modalidad terapéutica. Las dificultades que se le presentan al terapeuta tienen que ver con la necesidad de tomar prontas decisiones con lo corto del tiempo y con la incertidumbre que priva en todo el proceso.

Cuando los terapeutas no son capaces de fijar metas realistas pueden sentirse culpables de no lograr cambios en los pacientes.

Dies cita a Yalom (1983), quien sugiere que para evitar este problema el terapeuta debe proponer pequeñas metas que puedan ser logradas aun en el transcurso de una sola sesión.

Un problema que a Dies le parece básico es la capacidad del terapeuta para mantener una actitud activa sin extralimitarse.

Así, por ejemplo con grupos de largo plazo, tienden a ser muy pasivos en los grupos breves de largo plazo, tienden a ser muy pasivos en los grupos breves (Budman y Col. 1981). Otros, por el contrario, se vuelven sobredirectivos y actúan dando consejos de manera inmediata.

Estos problemas han llevado a muchos terapeutas a enfrentar lo que Dies llama "las implicaciones manipulatorias de sus intervenciones" (p. 439). Dies piensa que los conflictos surgidos en el terapeuta por la sensación de estar manipulando o controlando a sus pacientes, son de fundamental importancia en la psicoterapia breve. Concluye que cualquier extremo en la --

conducta de los terapeutas (ya sea muy poco o demasiado) ha de mostrado ser contraproducente. Los mejores resultados se obtienen cuando el terapeuta es activo pero no monopoliza la sesión; habla frecuentemente pero sus intervenciones son breves y directas, apuntando a animar a los pacientes a ser más responsables por el contenido de las sesiones.

Poey (op. cit.) realiza también varias consideraciones --- acerca de la participación del terapeuta en los grupos breves. Este autor coincide en que las características de actividad, -- flexibilidad y optimismo son necesarias para el terapeuta de -- grupos breves. No obstante, piensa que su principal tarea es interpretar los conflictos, sólo que en este tipo de terapia las interpretaciones y las confrontaciones son más frecuentes. Al mismo tiempo, señala la necesidad de ser práctico al fijar las metas y refrenar "el deseo de efectuar un análisis individual y profundo a la reorganización del carácter" (p. 344). Es de ayuda tener experiencia con la terapia de apoyo, pues a veces es -- más necesario reforzar las defensas que analizarlas. La actitud de "pantalla" muchas veces enfatizada por el psicoanálisis clá -- sico puede contribuir al estancamiento o deterioro del proceso grupal debido a la ansiedad que esta actitud genera en los pa -- cientes. Por el contrario, la mejor manera de desarrollar un -- buen ambiente grupal es el establecimiento de una relación com -- prensiva entre el grupo y el terapeuta que posibilite que el grupo en su conjunto comprenda la dinámica individual.

En cuanto a las intervenciones, éstas deberán ser simples

y directas, ayudando a los pacientes a comprender su problemática en términos interpersonales. Las intervenciones deberán ser formuladas en el aquí y el ahora de la sesión. La rapidez con que se tienen que estructurar estos procesos provoca que el terapeuta deba tener una gran capacidad para hacer diagnósticos psicodinámicos.

Otras acciones del terapeuta de tiempo limitado son muy diferentes de la actitud que guarda el terapeuta de grupos tradicionales. Por ejemplo, puede pedir a los pacientes que realicen en casa una tarea destinada a resolver la problemática, tal como la anotación de las circunstancias dentro de las que ocurrió un síntoma. El terapeuta de grupos breves no promueve la regresión, la asociación libre o la expresión de fantasías, a no ser que estas manifestaciones se puedan controlar y ayuden a la resolución de un problema específico.

Estas indicaciones acerca de la participación activa del terapeuta pueden tener sentido en grupos de muy breve duración. Sin embargo en el capítulo anterior hemos visto como Anzieu et. al. se apegan a seguir con las reglas de asociación libre e interpretación, aún en lo que ellos llaman "grupos de formación".

En grupos que no tengan tan corta duración, pueden utilizarse estas mismas herramientas técnicas, con el objeto de lograr más "insight" y no sólo servir como apoyo o ayuda de los pacientes.

Otras de las modalidades técnicas mencionadas en cuanto

a la participación del terapeuta, tienen que ver también con conceptos de la psicología del yo. Así, la idea de reforzar las defensas que no sean tan patológicas, tiene su fundamento en la noción de "área libre de conflictos" y en la "autonomía secundaria" de Hartmann (op. cit.)

El proceso de la psicoterapia grupal de tiempo limitado.-

A pesar de la limitación de tiempo, la psicoterapia grupal breve tiene también un proceso, es decir, un comienzo, un desarrollo intermedio y un final. Algunos autores han tratado de especificar y definir con exactitud las diferentes etapas o fases por las que atraviesa esta modalidad terapéutica.

Poey (op. cit.) divide el proceso grupal en cuatro fases, sobre la base de un número de doce sesiones.

Etapa I.- En esta fase, que comprende de la sesión 1 a la 3, se tratan los problemas relativos al comienzo del grupo. Entre éstos se encuentran la presentación de los pacientes y terapeutas, la preparación de la estrategia terapéutica y el establecimiento de un contrato centrado en los problemas específicos a resolver. Durante esta etapa los terapeutas participan activamente en la facilitación del proceso, haciendo sugerencias, estableciendo tareas concretas y límites de tiempo.

Etapa II (sesiones 4 a 6).- Esta etapa tiene dos objetivos fundamentales: orientar a los miembros hacia las modalidades específicas de la terapia y establecer la cohesión grupal. Estos objetivos se ven obstaculizados normalmente por resistencias, sentimientos de competencia entre los pacientes y rivalidad con

el terapeuta. Este debe abandonar un poco su posición directiva y dejar que los pacientes desarrollen más su responsabilidad. Para esto, debe reforzar el apego al encuadre e interpretar las resistencias. Si el terapeuta mantiene su actitud flexible entre la interpretación y el reforzamiento del encuadre, es de esperarse que cedan las resistencias y el proceso siga su marcha.

Etapa III (sesiones 7 a 9).- Esta es la fase de integración grupal propiamente dicha. Los pacientes por lo general ya han superado las resistencias fuertes y comenzado a interactuar. Esta atmósfera facilita la manifestación abierta de los problemas, así como la exploración de sus motivos dinámicos, permitiendo la retroalimentación de una manera más libre. El terapeuta adopta un rol más pasivo, ofreciendo ocasionalmente interpretaciones o clarificaciones y actuando predominantemente como facilitador del proceso. Asimismo, se crea un ambiente de optimismo y energía y se dan pocas ausencias de los pacientes.

Etapa IV (sesiones 10 a 12).- En esta etapa el objetivo fundamental es hacer un recuento de las metas que se han alcanzado y de las que no se han podido lograr. También es importante la despedida. Muchos pacientes pueden presentar agudas ansiedades de separación, expresadas a través de la pasividad, dependencia del terapeuta y una reactivación de sintomatología que ya había desaparecido. El terapeuta debe regular las ansiedades de separación participando activamente en la focalización del aquí y ahora en relación a los sentimientos de pérdi-

da y separación.

Poey comenta que es sorprendente la magnitud de los fenómenos emocionales que se pueden dar en un grupo breve, así como de los logros que se pueden obtener. Inclusive, dado el límite de tiempo y hasta cierta presión, se obtiene el vencimiento de resistencias de manera mucho más rápida que en los grupos tradicionales donde los miembros se pueden sentir "muy cómodos" como para esforzarse en lograr cambios.

Otra autora que ha estudiado el proceso de desarrollo de estos grupos es Virginia Bravender (op. cit.). Esta terapeuta creó un modelo de desarrollo grupal para pacientes hospitalizados que presenta las siguientes características: todos los miembros permanecen en el grupo por un total de ocho sesiones; el grupo es cerrado, por lo que todos los miembros empiezan y terminan el mismo día; la selección de pacientes es restringida con el fin de crear un grupo homogéneo.

Para Bravender el tener una visión completa del desarrollo grupal como un proceso es de fundamental importancia. Así se evita la interacción diádica que empobrece el funcionamiento grupal. También es importante para entender lo que sucede en el aquí y ahora de la sesión. El lograr trabajar sobre los conflictos interpersonales de los miembros a través de este modelo disminuye mucho la conflictiva interpersonal de éstos en su vida diaria.

Al igual que en el modelo de Poey, el propuesto por Bravender consta de cuatro fases, que son similares en cuanto a

los problemas que aborda y las soluciones que propone.

Primera fase.- Durante esta fase es común que los individuos del grupo se muestren reticentes, pero es raro que el grupo en su totalidad muestre esa actitud. Puede suceder que los pacientes se ofrezcan soluciones entre ellos mismos, así como que se expongan detalladamente sus problemas. El principal -- evento durante esta fase es el intento de los pacientes de establecer nexos comunes entre sus conflictos. Esta actitud de los pacientes posibilita que se cumpla el principal objetivo que es el establecimiento de una comunidad grupal. Sin embargo, al mismo tiempo que los miembros del grupo expresan su deseo de establecer una comunidad, muestran también una actitud de aislamiento. Entre las defensas utilizadas para evitar el involucramiento están la intelectualización, la negación y las formaciones reactivas contra los sentimientos negativos.

Intervenciones del terapeuta.- El objetivo del terapeuta durante esta fase es ayudar al grupo a establecer un sentido básico de cohesión, superando la desconfianza inicial. Las intervenciones deben ser dirigidas a enfrentar a los pacientes con su negativa a involucrarse.

Es común que algún paciente exprese su sensación de no pertenecer al grupo, por lo que el terapeuta deberá interpretar el miedo de estar en el grupo y de involucrarse como base de esta sensación. Las intervenciones se harán tomando en cuenta tanto las resistencias individuales como las del grupo en su totalidad.

Segunda Fase.- Una vez que el grupo alcanza un sentimiento de cohesión puede presentarse la desilusión. Esta puede -- ser motivada por la sensación de que el grupo no va a satisfacer las necesidades de dependencia de sus miembros. Los silencios pueden entonces hacerse muy prolongados y frecuentes. -- Los pacientes expresan a menudo su confusión acerca del propósito del grupo. En la medida en que esta etapa progresa, los pacientes concentran más su atención sobre el terapeuta y tratan de forzarlo a que les dé gratificaciones inmediatas. Por ejemplo, le piden que dé explicaciones técnicas sobre el manejo del grupo y sobre sus objetivos. La frustración y la ira -- son descargadas en el terapeuta.

Intervenciones del terapeuta.- En esta fase el terapeuta se ve confrontado con fuertes reacciones de transferencia negativa y su principal objetivo es tratar de resolverlas. No obstante, contratransferencialmente puede sentirse intimidado por la hostilidad y puede dar muestras de apoyo a través de -- la gratificación de las demandas de los miembros. Sin embargo, estas gratificaciones rara vez cumplen su cometido, pues los pacientes reciben el mensaje de la fragilidad del terapeuta, lo que los hace desistir de la expresión y exploración de su coraje.

La opción más viable para el terapeuta es interpretar la transferencia negativa como un resultado de experiencias pasadas, tratando de establecer los nexos entre éstas y lo que pasa en la sesión. Es conveniente efectuar estas interpretacio-

nes al grupo como un todo. Si bien es cierto que este tipo de intervención puede provocar gran ansiedad entre los pacientes, ésta se puede modular si a través de la interpretación se logra captar que los sentimientos de hostilidad son compartidos.

Tercera fase.- Si la etapa de desconfianza y coraje es superada, el clima del grupo cambia. Los pacientes empiezan a mostrarse más activos y a interesarse genuinamente en los otros. El nivel de intercambio aumenta y los miembros pueden interrogarse mutuamente o expresarse sus sentimientos. Al mismo tiempo, los pacientes pueden mostrarse más dispuestos a asumir la responsabilidad de su progreso y buscan menos la dirección del terapeuta.

Tres procesos tienen lugar durante esta etapa. En el primero, los miembros se ofrecen retroalimentación sobre su manera de relacionarse. Esto significa que han abandonado la actitud defensiva de la primera fase, caracterizada por una fantasía de igualdad.

El segundo es el involucramiento verdadero en un proceso de toma de decisiones, en el que cada quien expone sus puntos de vista, a pesar de que éstos difieran de los de los otros. El tercer proceso es defensivo, pues a partir del reconocimiento de las diferencias los pacientes pueden utilizar más la proyección, atribuyendo a otros conflictos propios.

Intervenciones del terapeuta.- Durante esta fase aumentan las intervenciones hacia los individuos o hacia las maneras de interrelación de los pacientes. Estas intervenciones -

están dirigidas a apoyar a los pacientes en sus intentos de solución independiente.

Las interpretaciones al grupo como un todo tienen por objeto la disminución de las defensas proyectivas.

Cuarta fase.- Al acercarse la terminación es común que el nivel de actividad del grupo disminuya ostensiblemente. Los pacientes pueden empezar a mostrar signos de tristeza que atribuyen a situaciones fuera del grupo. En contraste con la fase anterior, donde los miembros mostraban genuino interés por los otros, en esta etapa se muestran más preocupados por sí mismos. De manera típica, poco a poco los miembros se van dando cuenta de que los sentimientos negativos tienen que ver con algo compartido, esto es, la tristeza por la terminación.

Hay una gran variación en la forma como los grupos afrontan esta fase. Si un grupo no resolvió de manera adecuada los conflictos de la primera fase, puede idealizar al grupo y sentir la terminación como una catástrofe. En contraste, los que no resolvieron los conflictos de la segunda fase, tenderán a devaluar al grupo. Sentirán que sus sentimientos de abatimiento no tienen nada que ver con la terminación del grupo y seguirán quejándose de la falta de comprensión y apoyo del terapeuta.

Intervenciones del terapeuta.- La principal tarea es ayudar a los pacientes a resolver el duelo por la terminación del grupo. Los pacientes pueden recurrir a maniobras defensivas para evitar los sentimientos de pérdida. El terapeuta deberá en-

tonces interpretar todas estas conductas como una forma de evitar los afectos dolorosos.

Otra tarea del terapeuta es la consolidación en los pacientes de lo que han aprendido en el grupo. Para lograr esto, el terapeuta puede animarlos a que expresen sus puntos de vista sobre los cambios ocurridos en otros pacientes. Esto puede servir para que los pacientes busquen un tratamiento adicional, pues usualmente los otros miembros pueden notar más cambios de los que cada uno percibe en sí mismo.

#### Las diferentes técnicas en la psicoterapia grupal breve.-

Con la excepción de Bravender, todos los autores que se han presentado comparten la idea de que en la psicoterapia de tiempo limitado es necesaria una participación más activa del terapeuta.

Así, las intervenciones no se limitan a la interpretación de los conflictos sino que van encaminadas a activar el proceso grupal por medio de información, proposición de tareas concretas, indicación de un tema a seguir, etc. Bravender por su parte, si bien puede ser más activa en alguna de las fases, -- propone a la interpretación como la herramienta fundamental aún en un grupo de tan corta duración (12 sesiones). Además le confiere especial importancia a la interpretación de la transferencia positiva y negativa como la mejor manera de resolver las ansiedades que se presentan en el proceso grupal.

Otros autores como Bion y Anzieu y colaboradores, de quienes se han presentado sus aportaciones en el capítulo anterior,

también utilizan a la interpretación y en especial a la interpretación transferencial, como su principal herramienta terapéutica en grupos breves. Como se ha visto, Anzieu afirma que aun tratándose de grupos no terapéuticos como los que él ha estudiado la mejor manera de explicar tanto los fenómenos grupales como individuales es la interpretación transferencial.

Bion, por su parte, en grupos de investigación que supone mos fueron de corta duración, pues no lo especifica, también utilizó la interpretación transferencial como principal instrumento de investigación y explicación de los fenómenos grupales.

En el trabajo clínico que sirvió de base a la elaboración de esta tesis se utilizó siempre a la interpretación tanto transferencial como transferencial como la más importante herramienta terapéutica. El tiempo de duración del grupo no fue tan breve como los que aquí se han reseñado, pero aun así tenía un tiempo límite fijado a un año. La discusión del material clínico se presentará en el próximo capítulo.

## CAPITULO IV

### MATERIAL CLINICO

Este trabajo será realizado sobre la base de una experiencia terapéutica grupal en la facultad de Psicología de la U.N.A.M.

El trabajo clínico se llevó a cabo como parte de la materia de "Psicoterapia de grupos" correspondiente a la Maestría en Psicología Clínica, y en la que el autor participó como co-terapeuta. Todos los datos de los pacientes han sido modificados para proteger su anonimato.

Características del grupo.- El grupo estuvo formado por estudiantes de licenciatura y maestría de diferentes carreras a los que la Clínica de la Facultad de Psicología presta asistencia psicoterapéutica. Fue un grupo abierto, lo cual quiere decir que podían integrarse nuevos miembros en el transcurso de la terapia. El número límite de miembros se fijó en diez, mismo que nunca fue alcanzado.

El trabajo con el grupo se fijó a un año de duración, lo que se les indicó a los pacientes. También se les aclaró que se podría hacer una prórroga de otro año para los pacientes que necesitarán más tiempo de tratamiento por no haber modificado algunos conflictos importantes. Es necesario señalar que la totalidad de los miembros de este grupo estaban repitiendo un segundo período de tratamiento cuando se inició la etapa que es objeto de este trabajo. Hubo tres incorporaciones, de las cua-

Las dos muchachas asistieron sólo a una sesión y el otro integrante, paciente masculino, continuó hasta el final del período. También hubo dos deserciones del grupo original, con lo que el número de pacientes considerados constantes fue de siete.

Como ya se mencionó en el capítulo precedente, el tiempo de duración de este trabajo clínico, no puede considerarse breve, en el sentido que le dan los autores norteamericanos (12 a 15 sesiones como promedio). Si es de tiempo limitado (uno o dos años), pero este tiempo es lo suficientemente largo como para conseguir una profundización en el abordaje de los conflictos. Es por eso que este tipo de tratamiento será llamado en este trabajo "terapia de duración intermedia".

El equipo terapéutico estuvo formado por la maestra del curso y dos coterapeutas, hombre y mujer. Como parte del equipo terapéutico se encontraba el grupo de observadores situados en una cámara de Gesell. Estos observadores eran los restantes miembros del curso, quienes se encargaron de llevar un registro de las sesiones y de servir como retroalimentadores de lo sucedido durante las sesiones en reuniones que se efectuaban después de cada sesión. El registro de las sesiones se efectuó por parejas, que se turnaban para tal efecto. Los coterapeutas se incorporaron primero como observadores y después pasaron al grupo. La maestra notificó esto a los miembros del grupo con el fin de trabajar las posibles reacciones emocionales producidas por este cambio. Asimismo, se les informó de la

presencia del grupo de observadores.

Enquadre.- Como ya se dijo, se fijó un tiempo límite de un año, con posibilidad de prórroga. Las sesiones se tuvieron una vez a la semana y su duración fue de hora y media. Nunca se prolongó este horario, ni se tuvieron sesiones extras. A los pacientes se les fijó una cuota por la atención terapéutica, misma que ellos se encargaban de pagar en la administración de la clínica.

Cuando un paciente nuevo era asignado al grupo, se le hacía una entrevista individual y si era aceptado se pasaba al grupo.

Sólo se buscaba detectar patología muy severa (síntomas francamente psicóticos) en cuyo caso no serían aceptados.

Se trabajó sobre la base de la asociación libre; los pacientes hablaban de lo que querían, contando sueños y fantasías.

Se les pidió a los pacientes discreción y se fijó como única norma para las faltas, la salida del grupo si un paciente faltaba cinco veces seguidas y sin avisar.

Reglas para el equipo terapéutico.- Se interpretarían las asociaciones de los pacientes tanto en el nivel individual como en el grupal. Se procuraría evitar la interpretación de la transferencia central para evitar una regresión profunda. Sólo se interpretaría en el caso de que fuera muy manifiesta y se constituyera en una resistencia. Por las razones que se expondrán después y que constituyen el tema -

central de esta tesis, esta regla se modificó. En este sentido, el equipo terapéutico trabajó más sobre las bases propuestas por Anzieu et. al. (1972), de utilizar a la interpretación como la principal herramienta de trabajo. Sólo en dos o tres ocasiones se hicieron intervenciones de apoyo o se dieron sugerencias.

Descripción de los miembros del grupo.- La descripción psicopatológica se hará tomando en cuenta los conceptos de Kernberg (1975).

Mariana: 23 años, soltera, estudiante y secretaria, con estructura de tipo neurótico con rasgos fóbicos. El motivo de consulta fueron sus dificultades en el estudio y los temores para relacionarse con los muchachos.

Lupe: 35 años, casada, estudiante y ama de casa. La patología era un poco más grave: estructura de personalidad borderline de tipo infantil. Solicitó atención por problemas con su pareja y por continuos ataques de ansiedad.

Margarita: 20 años, soltera, estudiante. Estructura neurótica con rasgos histéricos. Solicitó atención por problemas en el estudio y con su familia.

Lila: 23 años, estudiante, soltera. Estructura neurótica con rasgos histéricos. Solicitó atención por sentimientos de angustia y soledad.

Ruth: 21 años, estudiante, soltera. Estructura neurótica con marcados rasgos depresivos. Solicitó atención por sen-

timientos de tristeza y de inadecuación en la escuela y con sus compañeros.

Miguel: 25 años, estudiante soltero, estructura de personalidad borderline consultó por sentimientos de angustia y de presión, así como de inadecuación con sus compañeros.

Lola: 24 años, casada, estudiante. Estructura de tipo --neurótico con rasgos histéricos. Consultó por problemas con su pareja.

Puede observarse que la composición es heterogénea en --cuanto a edades, sexo y patología. La selección de estos pacientes no sigue los lineamientos propuestos por los autores norteamericanos incluidos en el capítulo anterior. Es cierto que tal vez la duración de este tratamiento influya en que una patología más que neurótica no sea motivo de preocupación. Como se señaló antes, sólo se buscó descartar un paciente con --francos síntomas psicóticos. Los pacientes con estructura fronteriza, ocasionaron algunos episodios de gran ansiedad en el grupo, como se verá más adelante, pero esto no fue obstáculo --para el trabajo grupal.

#### Análisis del material clínico.

El material se presenta en forma de viñetas, las que comprenderán dos sesiones del comienzo del grupo, dos de la parte intermedia y dos del final.

PRIMERA VIÑETA.- Esta es una de las primeras sesiones antes de la incorporación de los coterapeutas, quienes en este momento funcionaban como observadores. La intención de la te--

1970 04 08 10 10  
CENTRO DE INVESTIGACIONES  
PSICOLÓGICAS

rapeuta era ir creando un espacio dentro del grupo para la incorporación de los coterapeutas y de los nuevos miembros del grupo. De esta manera se podrían ir interpretando las ansiedades que tuvieran relación con el cambio. Este es el material.

Margarita.- "Ha habido muchos cambios últimamente, empecé a estudiar entrevista, contratransferencia y entiendo mejor lo que me dijo de que me enojé con usted porque se iba de vacaciones....me siento más estable pero ansiosa, tengo miedo pues mis compañeros no han encontrado trabajo y yo ya voy a terminar la carrera....Emilio quiere que me vaya con él fuera a estudiar una Maestría pero yo no sé qué hacer.....estoy mal pero viendo claro por lo menos".

Terapeuta.- ¿Cuándo se va Emilio?

Margarita.- "En Septiembre, cuando consiga la Beca o sus papás lo manden, él tiene posibilidades de ir y yo no, mis papás no me apoyan...él estudia Veterinaria".

Terapeuta.- "Y la angustia que tienes, ¿es por qué estás descubriendo la transferencia, por lo que sucede en el grupo o por qué te separas de Emilio...(silencio)...creo que tiene que ver más con lo que sucede en el grupo, te sientes mal porque no sabes quién va a llegar".

Mariana.- "Tiene miedo de que lleguen otros".

Margarita.- "No me gustaría que vinieran otros".

Terapeuta.- "No sé si van a venir otros y no sé si puedo evitar que vengan, pero hay que trabajar con la fantasía del

temor de ser visto por ellos en tus partes íntimas...pero tú también la vas a observar".

Mariana.- "Yo no quiero que sea un compañero de mi grupo".

Terapeuta.- "Miedo de que se comuniquen las fantasías, de que no se guarde el secreto...pero en la misma situación están los otros, tal vez también tengan miedo de que se revelen sus secretos, de quedar descubiertos....Pero creo que además hay muchos otros temores (cómo se van a sentir ustedes desplazadas, cómo será la competencia y las expectativas?....creo que es útil plantearlas ¿no?...también vendrán nuevos coterapeutas...ustedes ya han hecho una historia, un grupo conocido, -abierto, receptivo, donde no hay mucha competencia...tenemos que pensar cómo serán los otros, ¿vendrán de uno en uno o en conjunto, cómo nos complementarán?....tenemos que incluir a -- los coterapeutas...hay una relación tan estrecha conmigo, que cuando tú Margarita dijiste "quisiera quedarme con Emilio", -- sentí como que decías: "Quisiera quedarme con Celia" y ésto -- que tú manifiestas, es lo que siente todo el grupo".

Margarita.- "No siento eso"

Mariana se levanta y se acerca al resto del grupo, verbalmente al sentirse amenazada por la llegada de otros, nos dicen algo así como: "Vamos a unirnos para protegernos".

Margarita.- "Yo como que no aguanto más de seis meses en un trabajo pues siento que no me llena".

Terapeuta.- "¿Cuánto has aguantado aquí?"

Margarita.- "Más de un año"

Terapeuta.- "Y sigues aquí porque has recibido cosas....el primer deseo es: "no me acerco a la gente", me quiero ir, no - más de seis meses" y cuando decides quedarte, te cuesta mucho separarte...te pasa con Emilio, con mamá, tus hermanos, aquí, con todos con los que estableces una relación...cuando decides quedarte, te quedas muy fuerte....la dificultad que tienes pa ra separarte de Emilio, es porque es doloroso, te va a dejar un hueco grande y eso te causa angustia....el temor de termi- nar ahora, es que tienes que hacer un corte y crecer...es ne- cesario hacer cortes y empezar otra vez, no seguir ligada a la familia, a mamá, como pasa contigo".

Margarita.- "Ni crea que tengo que ver con ella"

Terapeuta.- "Puedes hacer un corte en tu vida o puedes se- guir dependiendo,....en casa tienes tus necesidades básicas re sueltas por tus padres....o podrías trabajar, empezar a traba- jar,..o te vas con Emilio y sigues como hija o te quedas y si- gues creciendo".

Margarita.- "No me molesta la idea de pagarme todo, pero sí la de no trabajar en mi profesión....soñé que me llegaba - una carta, donde dadas mis aspiraciones me mandaban una beca a Francia y Emilio decía: "Tanto rollo que hemos hecho y ahora - te vas a Francia", era también un problema".

Terapeuta.- "Lo que te angustia es separarte de él"

Margarita.- Guarda silencio y baja la mirada, deja salir una lágrima y sollosa: "Yo se qué es lo que tengo que hacer, -

pero no puedo".

Terapeuta. - "¿Qué podría pasar si se separan?"

Margarita. - "Me da miedo que se busque otra, yo no se si es algo mío o de él, yo ya estuve fuera y cuando uno se siente sólo, busca compañía".

Terapeuta. - "¿Has hablado con él?"

Margarita. - "Al principio decía que estaba duro que nos fuéramos juntos, ahora él tiene miedo de estar sólo, yo no se si ésta inseguridad es mía o de él.....Emilio se deja llevar -- por las apariencias, por eso tengo miedo".

A la 1 p. m. llega Lupe y se sienta así:

Terapeuta (dirigiéndose a Lupe). - "¿Cómo las ves a tus compañeras?"

Lupe. - "Pues bien, físicamente...me comentaron que hasta ahorita venían las mismas y que iban a llegar nuevos...y a lo mejor nos enseñamos con ellos"

Terapeuta. - ¿Por qué dices eso?

Lupe. - "Me descubrieron (rfe)...me acuerdo que así me pasó cuando llegué"

Terapeuta. - "Como en las novatadas, antes había que pelar a los nuevos...también vamos a tener nuevos coterapeutas, también les vamos a dar novatadas"

Lupe. - "Depende...¿son hombres o mujeres (rfe)?"

Mariana. - "Puras mujeres ino!"

Terapeuta. - "¿Por qué quieres hombres?"

Mariana. - "Competencia"

Terapeuta.- ¿Por qué dijiste eso?

Mariana.- "No sé me ocurrió"

Lupe.- "Quiero que vengan hombres, porque tendríamos la opinión de ellos, aunque fueran coterapeutas....Ana, la ex-terapeuta no me caía bien....Juan era amable, Jaime también, David era más seguro, Ana como que no estaba segura".

Margarita.- "Lo que habíamos comentado de Ana, es que es muy dura"

Loía.- "Ana me ayudó mucho y sentí que era muy buena en sus interpretaciones, en cambio Juan no lo sentía claro"

Mariana.- "Es que Ana hablaba más y como que metía muchas cosas"

Terapeuta.- "Podemos entonces entender, que cada una estableció una relación diferente con los coterapeutas, según sus necesidades. Tal vez, tú necesitabas establecer una relación de comunicación con la mujer y tú con el hombre.

.....la palabra "competencia entre ustedes para ver quién va a ser la coterapeuta, quién es mejor....la competencia para Mariana, el miedo a ganar, es el temor a mamá, al éxito.....tu entiendes bien que no sólo le ganarías en logros intelectuales, sino también con papá...."

Análisis de la viñeta.

Transferencia.- Los temas principales de la sesión son -- los del cambio, celos y competencia dentro de un clima ligera-

mente paranoide. La rivalidad edípica, los celos y sentimientos de exclusión se expresan ante la inminente llegada de los "nuevos", tanto terapeutas como compañeros de grupo. De esta manera se establecen transferencias centrales con los futuros coterapeutas y laterales con compañeros que aún no se presentaban (Bejarano, 1972). Los celos se manifiestan con frases como "No me gustaría que vinieran otros" o "Yo no quiero que sea un compañero de mi grupo", expresan tanto la rivalidad --fraterna como el sentimiento posesivo por la madre-terapeuta (Klein 1928; 1945).

Desde la perspectiva de Blon (1952), el grupo estaría funcionando bajo el supuesto básico de apareamiento, pues a pesar de los sentimientos paranoides, se expresa el deseo de que una pareja (los coterapeutas) venga a mitigar las ansiedades del grupo. Esta pareja debe ser mejor que las anteriores: "Quiero que vengan hombres".

"Juana me ayudó mucho y sentí que era muy buena en sus interpretaciones".

La interpretación de la transferencia central por parte de la terapeuta es un requisito necesario para poder manejar las ansiedades producidas por el cambio. Así, por ejemplo, - "también vamos a tener nuevos terapeutas, ¿también les vamos a dar novatadas? o bien "...si somos puras mujeres habría competencia entre ustedes para ver quién va a ser la coterapeuta, quien es mejor....", son interpretaciones que explicitan los conflictos del cambio y las ansiedades producidas por éste.

Regresión. - Puede observarse que existe una regresión - producto de la misma situación de cambio. Esta regresión se da de manera tópicá (Freud, 1900), pues expresa contenidos - inconcientes relacionados sobre todo con el complejo de Edipo (la posesividad con la madre, la rivalidad fraterna, los celos). La interpretación transferencial se hace necesaria - para facilitar la progresión y resolver la regresión que ya se había establecido. La interpretación transferencial no -- produce la regresión, más bien trata de resolverla.

En relación con los conceptos sobre el manejo de grupos breves expuestos en el capítulo anterior, puede notarse que el manejo técnico es diferente, pues aquí el terapeuta interpreta la transferencia desde el comienzo del período de tratamiento. Es necesario señalar que esta posibilidad se da de bido en parte a que los miembros del grupo ya estaban en un segundo período de tratamiento. Por eso hemos caracterizado a esta modalidad terapéutica como de duración intermedia.

SEGUNDA VIRETA. - Es la segunda sesión después de la incorporación de los coterapeutas. Están presentes todas las pacientes, menos Miguel que aún no se incorpora al grupo. Se abre la sesión con un silencio tenso que se mantiene por algunos minutos.

Lupe: "Bueno, ¿y ahora porqué no hablamos? No será porque están aquí Solange y Eduardo, no creo que nos debamos callar."

Lila: "Yo he estado pensando en que a lo mejor me servi-

ría más un tratamiento individual, no sé a veces me siento -- mal y he pensado que quizá me convenga más así"

Lupe: "¿Y ya has pensado en alguien? Ha de ser difícil conseguir a alguien de confianza!"

(Se hace un silencio largo)

Coterapeuta 1: "Quizá el silencio del grupo es producto de la desconfianza. Tal vez se estén preguntando si somos dignos de confianza como para que nos cuenten sus cosas."

(Sigue otro silencio, más breve)

Lupe: "Bueno, no es que sea desconfianza, bueno es natural, nosotros ya estábamos acostumbrados a trabajar con Celia y pues yo creo que es lógico que estemos descontrolados; a ustedes no los conocemos, no sé".

Mariana: (Comienza a llorar y alterada dice:) "No sé qué me pasa, pero cada vez que Eduardo habla yo siento que su voz me retumba, me siento muy mal. Hace un rato me fui a sentar al lado de él en la sala de espera y me sentí mal, y ahora que es tá sentado aquí a mi lado, no sé, me siento muy mal...."

Terapeuta: "¿Te recuerda algo o a alguien?"

Mariana: "Bueno sí, su voz así de fuerte me recuerda a mi papá, pero no sé, no sé porqué. Será que a mi papá yo siempre -- le oía la voz fuerte de niña y aunque yo me quería acercar a -- él, no podía me daba miedo. A veces me daban ganas de que me -- abrazara o me acariciara, pero me daba miedo".

Terapeuta: Entonces lo que te pasa con Eduardo es que tú ves en él la posibilidad de acercarte a un hombre mayor, como a

tu papá, pero al mismo tiempo que deseas acercarte te da miedo. Quizá piensas que acercarte a un hombre mayor es algo deseable pero malo".

Mariana: "Bueno, eso puede ser, pero bueno, ya me siento mejor.

No sé qué me pasó.

Análisis de la viñeta.

Transferencia. - Esta viñeta muestra la actitud paranoide producto de la situación novedosa, pues el grupo sintió a los coterapeutas como enemigos externos. La transferencia central es escindida o clivada y se crea un objeto idealizado (terapeuta) y otro persecutorio (los dos coterapeutas) (Bejarano, --- 1972).

A pesar de que se trataba de respetar la consigna de no interpretar la transferencia central, se hizo necesaria esta interpretación, pues la resistencia expresada como silencio era muy evidente. No interpretarla hubiera podido significar un aumento en la desconfianza y un consecuente aumento en la actitud resistencial. Queda por saber si esta interpretación de la transferencia provocó la conducta regresiva de Mariana. Sin embargo, a través del tratamiento se hizo evidente su problemática edípica. Así, puede decirse que ese núcleo de su estructura psíquica (que a la vez representa la fantasía edípica del grupo) se iba a presentar de cualquier forma. La transferencia en este caso tuvo un desarrollo precoz (Klein, 1952) y se hizo necesaria su interpretación, pues la carga emotiva era tan fuerte que podía de

sembrar incluso en el abandono del tratamiento.

Regresión.- El fenómeno regresivo es representado por Mariana, quien con sus sentimientos edípicos, actuados de manera histérica, funciona en un nivel de regresión tónica y formal - (Freud, 1900).

La regresión puede considerarse como terapéutica (Slau-son 1976), pues constituye un retorno a la relación con objetos del pasado a través de la transferencia, pudiéndose rescatar la progresión.

TERCERA VIÑETA.- Esta sesión tiene como dato relevante la incorporación de Miguel; en el segundo mes del periodo de tratamiento Miguel es presentado a los restantes miembros del grupo y adopta, de entrada, una actitud muy activa, probablemente como intento de controlar ansiedad.

Miguel: "Bueno, pues aunque yo haya venido aquí les quiero decir que no estoy muy convencido de que esto me pueda ayudar en algo".

Lila: (En actitud amistosa) "¿Y qué es lo que te decidíó para entrar al grupo?"

Miguel: "Bueno, pues me siento solo, con eso de que vivo solo, a veces me pongo muy triste. De cualquier forma, no quiero hablar mucho, porque quién sabe qué uso le puedan dar a lo que yo digo".

Mariana: "Pero aquí estamos para ayudarnos todos"

Miguel: (Muy angustiado) "Sí, pero yo a ustedes no los conozco; a ver tú ¿porqué no hablas de tí, de tus problemas?"

Me parece más bien que es a mí a quien interrogan, no quiero que me vean como bicho raro".

Lola: "Nadie te está viendo como bicho raro, tú te ves así.

Miguel: (Dirigiéndose a los terapeutas) "Y ustedes ¿por qué no hablan?

Se supone que ustedes son los que deben decir algo, --- ¿no?"

(Se empieza a crear un clima tenso en la sesión y uno de los coterapeutas se disculpa y se sale. Los otros dos terapeutas comienzan a toser. La maestra saca de su bolsa una pastilla mentolada.

El otro coterapeuta atraviesa el cuarto y le pide una pastilla. Mientras los miembros del grupo permanecen hablando entre sí; el clima del grupo es caótico. El coterapeuta que había salido regresa a la sesión. Lila saca también unos dulces y se los ofrece a Mariana, las dos empiezan a comer).

Lola: "Quisiera comentar lo que me pasó el fin de semana.

Fuimos a una fiesta mi esposo y yo y no sé qué me pasó; empecé a tomar y me puse "happy". Creo que la regué porque dije muchas bobosadas. Mi esposo me regañó después. Yo nunca tomo, bueno, me tomaré una o dos cubas, pero no así.

Coterapeuta 1: "Yo creo que existe la sensación de que cuando algo angustia mucho, la mejor solución es meterse algo a la boca, comer algo. La idea que puede estar más abajo

es que si el grupo o la presencia de nosotros angustia o molesta se le puede comer o beber, como para desaparecerlo".

Lupe: "A veces así pasa, uno no sabe porqué hace las cosas. Yo también a veces he hecho algunas cosas que no sé porqué pasan y luego, pues ya las hice".

Coterapeuta 2: "¿Como cuáles?"

Lupe: "Pues no sé, a veces me enoja con mi esposo sin saber porqué y me porto grosera; después me arrepiento, en realidad él es muy bueno conmigo. Yo me siento después muy culpable".

Mariana: "Eso de la culpa es bien feo, yo también me peleo luego con mi mamá y después me siento culpable".

Terapeuta: "Parece que se sienten culpables por haber hecho algo malo, o mejor dicho, por habernos hecho a los terapeutas algo malo de lo que ahora se arrepienten. Tal vez la confusión creada por Miguel fue vivida como algo malo y ahora sienten culpa".

Lupe: "Pues quien sabe, es que este chavo vino bien acelerado, yo ya me estaba desesperando, porque eso de llegar -- así como así..."

Miguel: "Ahora resulta que yo soy el culpable".

Mariana: "No, tú no eres el culpable de nada. Aquí hemos visto que a veces expresamos cosas sin saber porqué, no te -- tienes que sentir culpable".

Análisis de la viñeta,

Transferencia. - En esta sesión hubo una intensa manifes-

tación transferencial, pero a un nivel primitivo y preverbal. La coterapeuta, en el diálogo posterior a la sesión, comentó que comenzó a sentir una sensación de asfixia intensa que la obligó a salir de la sesión. Los otros dos terapeutas comentaron su desconcierto (que en la sesión no fue conciente) y la reacción que tuvieron para levantarse e incluso romper el encuadre al pedir las pastillas mentoladas.

La situación de confusión fue sin duda provocada por el ingreso de Miguel, quien debido a su patología "limítrofe" - actuó como catalizador disparador de ansiedades orales primitivas (los dulces, la bebida, la sensación de ahogo) que tuvieron un impacto contratransferencial en el equipo terapéutico. Las ansiedades primitivas expresaban vínculos internalizados de objeto con un matiz paranoide. Son estos vínculos, que a su vez movilizan ansiedades también paranoides ("...quién sabe que uso le puedan dar a lo que diga") los que se exteriorizan como transferencia pues el grupo es vivido como algo malo.

Así, de acuerdo con Bejarano (op. cit.) se trataría de un clivaje de la transferencia que se expresa según la posición persecutoria pues tanto el grupo como los terapeutas son vividos como objetos malos.

Sin embargo, la transferencia aparece escindida, pues Mariana, por ejemplo, rescata al grupo como objeto bueno.

Por otra parte, la contratransferencia se manifestó específicamente a través de la contraidentificación proyectiva --

(Grinberg, 1956). Los terapeutas se identificaron con el objeto oral y agresor proyectado y actuaron ellos mismos la fantasía oral destructiva, pues de alguna manera destruyeron, aunque de manera momentánea, el encuadre. Además, los terapeutas efectuaron una conducta oral (la ingestión de pastillas mentoladas).

A la fantasía de ataque siguieron sentimientos depresivos (Klein, 1935) por lo que puede decirse que en esta sesión hubo un paso de la posición esquizo-paranoide a la posición depresiva (Klein, 1946). El grupo manifiesta sentimientos de culpa y preocupación por el ataque al objeto. El remordimiento con el marido y con la madre por las peleas expresados en las asociaciones de los pacientes, son ejemplos de estos sentimientos.

También puede hablarse de un funcionamiento grupal bajo el supuesto básico de ataque y fuga, sobre todo en la primera parte de la sesión (Bion, 1952).

Desde el punto de vista de la transferencia grupal existe tanto la transferencia lateral como la central (Bejarano, op. cit.)

La interpretación transferencial, en este caso, pudo calmar las ansiedades orales, disociadas y proyectadas, así como el sentimiento de culpa subsecuente, dando lugar a un reacomodo de la estructura grupal. Es gracias a esta interpretación que el grupo vuelve a su tarea, es decir, a tratar de analizar sus sentimientos.

Regresión. - Las manifestaciones regresivas de esta sesión

fueron muy aparatosas, debido a un nivel de funcionamiento grupal muy primitivo. La regresión se presentó a nivel formal (Freud, 1900) y se expresó a través de conductas como la asfixia, tomar dulces y romper el encuadre. Los actores de la regresión en el nivel formal fueron los terapeutas, lo que parece confirmar la hipótesis de que la contratransferencia en el grupo es más intensa que en el tratamiento individual (Grinberg y Col., 1968; Grothjan 1979).

Ante tal situación regresiva y con las repercusiones contratransferenciales en el equipo terapéutico, la mejor solución es la interpretación transferencial que permite un despejamiento del campo terapéutico. La interpretación no sólo contribuye a disminuir las ansiedades del grupo, sino que restituye a los terapeutas su función perdida.

CUARTA VINETA.- Esta es otra sesión de la parte intermedia del proceso grupal. Tiene una característica importante y es la ausencia de la terapeuta por vacaciones. El aviso de su ausencia se hizo con bastante anticipación, con el propósito de poder trabajar las fantasmas que tal ausencia provocó: A la sesión asisten Mariana, Lila, Lupe, Lola y Miguel, además de los dos coterapeutas. La sesión es la siguiente:

Miguel pregunta que si la luz del cuarto de sesiones se gradúa y luego alude al hecho de que le da pena que lo vean desnudo.

Coterapeuta 2: "En la medida en que se vive la sexualidad puede convertirse en algo muy peligroso.

Lila: Habla de una chica que estuvo en el grupo y se em-

barazó.

Coterapeuta 1: "Tu idea es que salen a la vida para fastidiarse en la vida sexual".

Lila: "Yo tuve un novio con el que intenté tener relaciones sexuales, sólo que resultó impotente".

Mariana: "La sexualidad no es sólo para joderse, sino para disfrutarse".

Miguel: "Yo no puedo concebir la sexualidad sin lo afectivo".

Coterapeuta 1: "Parece que la sexualidad es un tema muy inquietante. Me pregunto porqué Lola estará tan aislada".

Lola: "Yo antes no disfrutaba la vida sexual con mi esposo, pero ahora ya la puedo disfrutar. En diez años ni deseé ni disfruté de la sexualidad con mi esposo".

Coterapeuta 2: "Es como si te costara compartir algo con alguien y más una relación sexual. Por ejemplo aquí, desde hace varias sesiones estás en un mutismo".

Lola: "Es que siento que no tengo nada que decir".

Coterapeuta 1: "Es como si te quedaras con tus cosas, tus cosas no las sueltas".

Lola: "Bueno, es que yo siento que a mí no me dicen nada, y por otra parte no tengo nada que decir; a lo mejor no tiene sentido lo que digo".

Coterapeuta 2: "¿Porqué no tiene sentido?"

Lola: "Pues porque no hay ningún comentario"

Coterapeuta 1: "Esto tiene relación con las fantasías --

sexuales de desnudez; se puede mostrarse desnuda entre mujeres, pero si entra un hombre, no".

Lola: "Yo no creo que sea así".

Coterapeuta 2: "Yo creo que sí, en el momento en que falta la mamá (la terapeuta) se puede darle vuelo a la hilacha', sale el tema de la sexualidad como fantasía de exhibición; como los niños que se dicen: a ver qué tienes tú y yo te muestro".

Lila: "Yo creo que si ustedes están aquí (se dirige a los terapeutas), es porque están bien en eso de la sexualidad".

Coterapeuta 2: "Parece que hay la idea de que este grupo está dividido en dos: los grandes y los chicos.

Los terapeutas perteneceríamos a los grandes y siendo así íbamos a juzgar mal a los niños".

Lila: "Pues yo siempre busco parejas con problemas y las parejas que conozco siempre se la pasan peleando.

Coterapeuta 1: "¿Tu papá y tu mamá se la pasan peleando?"

Lila: "Sí, mi papá llegaba borracho".

Mónica: "Yo no sé qué pasa con mis papás, se enojan en la noche y en la mañana amanecen muy contentos y yo pienso que algo pasó. ¿Porqué mis papás se la pasan bien y yo no?"

Coterapeuta 1: "O sea que cuando los papás están en pareja los excluyen a ustedes".

Análisis de la viñeta.

Transferencia.- El tema de la sexualidad expresa, por un lado, una parte fundamental de la vida de los seres humanos. Además, una parte del grupo está formada por adolescentes tardíos, de los que es de esperarse gran interés en este tema. Sin embargo, la expresión de la sexualidad sirve también como vía de escape a una fantasía masturbatoria e incestuosa que funciona como acting-in, a raíz de la falta de la terapeuta que es vivida como una madre cuya falta propicia la expresión sexual. Así, tratándose de la expresión de un conflicto, la sexualidad es vivida con culpa y pena (a Miguel le da pena -- que lo vean desnudo).

La manifestación transferencial es predominantemente central y real tanto en la figura de la terapeuta ausente como en los coterapeutas.

Así, el tema de la sexualidad en esta sesión tiene un -- origen transferencial, puesto que la terapeuta es vivida como una madre a la que en su ausencia se le cometen "travesuras de índole sexual".

Es probable que su ausencia haya servido como disparador de las fantasías de coito sádico por parte de los pacientes. M. Klein (1928, 1945) ha descrito este tipo de fantasías como resultado del ataque del bebé a la pareja parental, ataque motivado por los celos y por la sensación de exclusión. Es probable que la ausencia de la terapeuta haya sido vivida como la ida con su pareja, dejando a los pacientes abandonados, ante lo que sobreviene el ataque. La pareja atacada es la que -

se reintroyecta dando lugar a la idea de las parejas con problemas ("...las parejas que conozco siempre se la pasan peleando").

La situación de ansiedad da lugar a la escisión con lo que se construye la pareja de los coterapeutas como contraparte -- idealizada ("uds. han de estar bien en lo sexual").

Los padres externos son vividos como los depositarios de la agresión y de las fantasías sádicas ("...mi papá llegaba borracho", "Yo no sé qué pasa con mis papás, se enojan en la noche y amanecen contentos".....).

Así, tiene lugar en el grupo una transferencia que funciona como defensa histérica (Bejarano, op. cit.) en donde los impulsos agresivos son referidos al mundo externo y la transferencia positiva sobre los objetos interiores al grupo (los terapeutas).

La interpretación transferencial se hace necesaria para evitar que se intensifiquen los sentimientos persecutorios -- por el ataque fantaseado a la pareja parental. Esta interpretación se dió, pero es probable que se haya necesitado profundizar más en ella, pues los pacientes siguieron expresando sus fantasías acerca de los padres peleando.

La interpretación más atinada en este caso sería: "Uds. -- se sienten excluidos y solos por la ausencia de la terapeuta, por eso fantasean que ella, como sus padres reales, se la pasa muy mal con su pareja.

Al mismo tiempo necesitan construir una pareja excelente

como nosotros para no sentirse tan abandonados".

Regresión.- De nuevo puede notarse que el mismo proceso grupal y la presencia de alteraciones inevitables del encuadre como la ausencia de la terapeuta, propician algún tipo de fenómenos regresivos. Si bien es cierto que la regresión en esta sesión no fue muy marcada, sí se dió en términos de la reproducción de vivencias primitivas como las ya descritas. De esta manera tuvo lugar, en los términos de Freud, -- una regresión en el sentido cronológico.

En los términos descritos por Blon (1952) puede decirse que el grupo funciona de acuerdo con el supuesto básico de -- apareamiento, pues aparece una pareja ideal que viene a resolver los problemas que las parejas de los padres ocasionan. El decir "ustedes están bien en eso de la sexualidad" expresa la construcción de la fantasía de pareja ideal.

QUINTA VIRETA.- Este material pertenece a una sesión del penúltimo mes de tratamiento. Tiene como características principales la llegada tarde de todos los pacientes y la expresión de problemas entre ellos.

El primer paciente llega cuarenta minutos después de la hora de inicio de la sesión. Se trata de Miguel, quien comenta asombrado que ningún otro miembro del grupo haya llegado.

Los tres terapeutas se encuentran ya en la sala de sesión y Miguel pregunta si es posible iniciar la sesión con él solo.

Se le responde que sí, pero él permanece en silencio. --

Unos minutos después llegan Mariana y Lupe y piden disculpas por haber llegado tarde.

Mariana: "Mil disculpas, pero es que tuve que pasar a Rectoría a hacer unos trámites".

Lupe: "Yo tuve que llevar a mi niño con el médico; es -- que me preocupa que no está comiendo bien. El doctor me dijo que lo que comía era suficiente, pero que yo lo quería ver -- gordo".

Coterapeuta-2: "Pero no creo que sea casualidad que todos lleguen tarde. Me pregunto si esto tendrá que ver con que pronto se va a terminar el grupo. Puede existir la sensación de que no se les ha dado suficiente comida como al niño, que estén enojados y por eso llegan tarde".

(Llega Lila y poco después Lola)

Miguel: "Bueno Mariana y a tí ¿te van a dar de alta con diez?"

Mariana: "Me chocas, no tienes porqué ser tan agresivo; a todos nos va a doler que se acabe el grupo. No me digas que a tí no".

Lila: A mí también me choca que diga cosas que no vienen al caso. Nosotras no hablamos así, ni nos atacamos; pero éste, bueno..."

Terapeuta: "La idea es que de quién se queda con mamá, a quien prefiere mamá o a quién considera mejor (el de diez). - Por eso se pelean, por buscar un lugar como preferido de los padres".

(Se hace un silencio que se prolonga por espacio de varios minutos. La terapeuta y el coterapeuta 1 empiezan a dar muestras de sueño. Uno de ellos comienza a entrecerrar los ojos. Los pacientes siguen en silencio hasta que Lila interviene).

Lila: "Es probable que la próxima sesión ya no venga. Me conseguieron trabajo como analista en un laboratorio químico y es una buena oportunidad para practicar mi carrera. No me van a pagar mucho, pero bueno, no es fácil colocarse como estudiante de Química".

Lupe: "¿Y dónde vas a trabajar?"

Lila: "En unos laboratorios farmacéuticos".

Lupe: "Qué padre".

Coterapeuta 2: "Es curioso, pero después del silencio, Lila viene a decirnos que no hay problema, que ya tiene trabajo. También es raro que no lo hayas dicho antes. Yo creo que es muy bueno que tú consigas trabajo, pero también creo que en este momento el trabajo te sirve para no sentir mucho la terminación del grupo".

(El grupo vuelve a hacer un silencio)

Lola: "Yo quería decir que sigo con muchos problemas en mi casa. No puedo resolver la situación con mi esposo y creo que cada vez me siento más mal. He estado pensando en cuánto es lo que me ha ayudado la terapia y pues, en algunas cosas sí, pero en otras no. No sé, me siento muy mal. Otra vez volví a ver a Joaquín (Joaquín es otra pareja con quien mantiene rela-

ciones).

Terapeuta: "Me parece que el reclamo que haces es que cómo te dejamos ir si todavía te sientes mal. Yo creo que el que te hayas ido con Joaquín es una manera de sacarte de encima la sensación de sentirte abandonada".

Miguel: "Yo no sé por qué tanto rollo y por qué pensar que uno se tiene que sentir tan mal. Si ella se quiere ir con Joaquín, pues que se vaya. Cada quien hace de su vida lo que quiere".

Mariana: "Tenías que salir tú, yo no sé por qué eres así. Aquí tratamos de ayudarnos todos y tú nomás con tu agresión".

Análisis de la viñeta.

Transferencia.— La transferencia en esta sesión se da tanto de manera lateral (peleas entre los pacientes), como central (el sentimiento de abandono por parte de los terapeutas). La transferencia se manifiesta de manera latente (Klein, 1952), pues no hay ninguna referencia concreta al sentimiento de ser dejados por los terapeutas. Sin embargo, como esta sesión, al igual que la siguiente, está próxima al final del tratamiento, es lógico que empiecen a aparecer ansiedades de separación, sólo que disociadas y proyectadas (por ejemplo, en el hijo de Lupe).

La llegada tarde debe también entenderse como una manifestación del conflicto transferencial en donde el grupo descarga por medio de la identificación proyectiva (Klein, 1946), los sentimientos dolorosos de abandono y pérdida. De esta forma, -

son los terapeutas los que quedan colocados en el lugar de -- abandonados, esperando la llegada de los pacientes.

La disociación y la intensa identificación proyectiva en contraron eco en la respuesta contratransferencial de los terapeutas, quienes se hicieron cargo de los sentimientos depresivos disociados y los actuaron en el sueño. La contratransferencia en el grupo, según varios autores, es más fuerte que en la terapia individual debido a la multiplicación de afectos. (Grinberg y Col., 1968; Grothjan, 1979).

La interpretación de la transferencia resulta aquí inevitable, de lo contrario se corre el riesgo de que los sentimientos de pérdida sigan disociados y se pueda producir una actuación (acting-out). Hay que señalar, sin embargo, que la proyección de los sentimientos depresivos no fue lo suficientemente interpretada, probablemente debido a la parálisis que produjo la identificación proyectiva en los terapeutas.

Regresión.- El empleo masivo de mecanismos primitivos de defensa como la disociación e identificación proyectiva por parte de los pacientes, puede ser tomado como un indicio de regresión (Kernberg, 1975). Es necesario señalar que dichos mecanismos producen también aspectos regresivos en los terapeutas, quienes muestran rasgos de una regresión formal a conductas primitivas como el dormir en la sesión. El empleo de este tipo de mecanismos primitivos es considerado en sí mismo como una regresión producto de la reunión en grupo (Freud ---

1920, Bion 1952).

Así, lo que por una parte puede considerarse como contra-transferencia, puede ser visto también como una regresión provocada por la emergencia de afectos dolorosos como las ansiedades de separación.

Este fenómeno puede ser visto con más claridad en la próxima viñeta.

SEXTA VIÑETA.- Esta es una sesión de la última etapa del tratamiento, aproximadamente a dos semanas de que éste termina ra.

Se presentan Marlana, Lupe, Lola y Miguel que fueron los últimos miembros del grupo, pues los otros habían dejado el tratamiento por diversas causas. El material es el siguiente.

Lupe empieza a quejarse de no saber como arreglárselas con su hijo: "Es que ahora que ya está más grandecito no debería de llorar tanto. A veces llora y llora y yo no sé qué hacer. Además pues cada vez lo tengo que dejar más porque tengo que estudiar más".

Lola: Yo también me las vi negras con mi niña los primeros meses. Recuerdo que tampoco sabía que hacer. El problema es más duro cuando uno no tiene quien le ayude. Yo tengo amigas a las que sus mamás les ayudan en todo con sus hijos, pero cuando uno está solo pues no es así".

Miguel: "Cuando era niño yo también me quedé solo mucho tiempo.

Mis abuelos eran buenos conmigo, pero yo creo que yo ex

trañaba a mi papá. Bueno, nunca supe qué hacer con mi papá, a veces lo extrañaba, pero otras no.

(Silencio largo)

Miguel: "Y ahora, ¿porqué se quedaron tan callados? Tú - Mariana, ¿porqué no nos platicas cómo te fue en tu partido de voley-bol?"

Terapeuta: "Uds. están recordando momentos en que se han sentido solos y tristes porque ya pronto se acabará el grupo. Sienten que tanto yo como los coterapeutas los dejamos solos y abandonados como se sentía de niño Miguel y como ahora Lupe siente que se queda su hijo. Para tí Miguel, es algo difícil de soportar y por eso prefieres hablar de voley-bol".

Miguel: "Bueno, uno no tiene porqué amargarse la vida.

(Lupe comienza a llorar, primero en silencio y después con un llanto fuerte)

Lupe: "No sé que me pasa, según yo no venía triste pero ahora no sé, de repente me dieron ganas de llorar".

Terapeuta: "Tú tenías ya tres perfodos con el grupo y es lógico que ahora te sientas triste, pero la tristeza no es só lo tuya, sino general, y es porque el grupo ha sido algo impor tante para ustedes, pero ahora se tiene que acabar".

Mariana: (Llora también) "Pues sí, la verdad que para mí es muy importante, Muchas veces es el único lugar donde yo -- puedo hablar de mis cosas, pero ni modo, algún día se tenía - que acabar".

Miguel: "Pero yo no sé porqué tanto llanto, total si se

acaba, pues se acaba y listo. No veo porqué haya que hacer -- tanto llano".

Lola: "A lo mejor Miguel tiene razón, es mejor que nos - pongamos alegres. Como luego dicen: al mal tiempo buena cara".

Mariana: "Pues tengo que prepararme para los exámenes y si me la paso chillando no voy a poder estudiar. Además, hay un maestro que me trae entre ojos; yo no sé por qué, pero me - tiene tirria. Le voy a demostrar que puedo pasar y con buena - calificación. Qué bueno que termina el semestre y no lo vuelvo a ver.

Coterapeuta 1: "Ahora hay una reacción en contra de la - tristeza y uds. prefieren unirse a Miguel y pensar que no es- tán tristes, sino al contrario optimistas. Piensan que noso- tros terminamos la terapia por mala voluntad como el maestro que le tiene tirria a Mariana".

Mariana: "Yo estaba hablando del maestro, no de uste-- des".

Lola: "A lo mejor tienes razón, yo he llegado a pensar en irme antes de que termine el grupo. No sé, nunca me han gust<sub>u</sub>do las despedidas".

Análisis de la viñeta.

Transferencia.- Esta es una típica sesión del final de un tratamiento. El grupo está tratando de elaborar los sentimientos de pérdida y abandono que produce la terminación. La misma situación de separación provoca la reedición de sentimientos - de soledad y separación referidas a relaciones con figuras sig

nificativas del pasado como los padres y abuelos. La interpretación de la transferencia pone en el aquí y ahora la expresión de estos sentimientos y posibilita su elaboración.

Así la transferencia es el punto de unión donde confluyen pasado y presente (Etchegoyen, 1986).

Es difícil pensar en la posibilidad de un buen proceso -- elaborativo si no se pone al descubierto y se explicita esta -- confluencia. Los pacientes están tristes porque la situación revive sentimientos anteriores de pérdida, pero también están tristes por la terminación del grupo. La interpretación de la defensa maníaca a nivel transferencial (la posibilidad de estar alegres en vez de tristes y la idea del abandono del maestro-terapeuta) posibilita también la disminución de la disociación y la identificación proyectiva, poniendo a los miembros del grupo más en contacto con sus sentimientos.

Es de notarse que los mecanismos intensos de negación, -- escisión e identificación proyectiva son más usados por Miguel, de acuerdo con su nivel más grave de patología. Al mismo tiempo, Miguel es el que representa el proceso disociativo del grupo y sirve para el propósito de mantener alejadas las ansiedades de separación ("...para qué llorar, se acaba y listo").

Regresión.- Es difícil precisar el monto y forma de la -- regresión que tuvo lugar en esta sesión. Es claro que la eminencia de la terminación provoca en el grupo la reedición de sentimientos dolorosos.

Podría hablarse en este caso de una regresión cronológica. Así, los pacientes reviven sentimientos dolorosos que tuvieron lugar en otro momento y con los objetos primarios. -- Aquí los límites entre la regresión y la transferencia son difíciles de establecer. Etchegoyen (op. cit. capítulo 40) piensa que no es el encuadre el que provoca la regresión. La regresión -señala- es la patología o la estructura de personalidad del paciente, y ésta se va a manifestar independientemente del encuadre propuesto.

Puede decirse, de acuerdo con esta idea, que la terminación de un vínculo objetal intenso como es el caso del que se establece en el tratamiento, provoca la expresión de sentimientos dolorosos.

No obstante, éstos no son privativos de la terapia; tienen lugar en cualquier relación humana, por ejemplo, si una de las pacientes se separa de su novio, o bien, al término de un curso. La forma de vivir la separación estará básicamente determinada por la estructura de personalidad de cada paciente. Miguel, por ejemplo, trata de disociar el sentimiento de tristeza adoptando una defensa maníaca, mientras que otros -manifiestan más abiertamente su tristeza.

## CAPITULO V

## DISCUSION

La controversia sobre la utilización de las interpretaciones transferenciales tiene ya un largo tiempo. El primero en discutir los pros y contras de esta posibilidad técnica - fue Strachey en 1934. Hasta entonces se seguía la indicación de Freud (1911) de interpretar primero los derivados que aparecían en la superficie psíquica, para después acceder al -- contenido. En términos de la segunda tópic, este principio fue reformulado con la observación de que se debía interpretar primero la defensa del yo antes que el impulso proveniente del ello (Freud, 1923).

Los descubrimientos de M. Klein acerca de la importancia que los mecanismos de proyección e introyección tienen para - la estructuración del psiquismo, dieron a Strachey la posibilidad de formular su famosa teoría sobre la interpretación mutativa. Según Strachey, como ya se vió en el capítulo II, la única posibilidad de lograr un cambio efectivo en la personalidad y en la patología de los pacientes es el uso de la interpretación transferencial.

Por su parte, M. Klein desarrolló toda su técnica interpretativa basada en la idea de que el discurso del paciente está siempre relacionado con el terapeuta, por lo que éste -- tiene que efectuar interpretaciones transferenciales en la -- mayoría de las ocasiones (Klein, 1932).

Así, tanto Strachey como Klein dieron una nueva perspec-

tiva a la polémica entre la utilización de interpretaciones profundas o superficiales. En lugar de considerar el nivel de profundidad de los impulsos o defensas del paciente, lo que se toma en cuenta es la ansiedad que ocasiona determinada relación objetal, actualizada en la interacción con el terapeuta, es decir, en la transferencia. Etchegoyen (1986) -- piensa que la controversia sobre las interpretaciones profundas o superficiales no tiene razón de ser, pues cualquiera de las dos puede ser equivocada, en tanto no toca el punto de urgencia.

La técnica interpretativa de Klein se originó como resultado de su trabajo con niños y de la manera tan espontánea con que éstos presentan el material. Esta forma de interpretar ha sido muy criticada (y muchas veces con razón) por considerarse demasiado brusca y doctrinaria. Sin embargo, en la actualidad se cuenta con la incorporación de varios descubrimientos que, siguiendo la línea de investigación de Klein, han añadido modificaciones teóricas y técnicas.

Entre estos aportes se encuentran la teoría de la contratransferencia (Heimann, 1950; Racker, 1948), los aportes derivados de la teoría de la comunicación (Lieberman, 1978) y del vínculo emocional entre paciente y terapeuta, (Bion, 1962). De cualquier forma, son los terapeutas con influencias de Klein o bien post-Kleinianas, los que más interpretan la transferencia. Al mismo tiempo, intervienen más activamente en la sesión, al igual que los terapeutas influidos

por otras teorías sobre relación objetal.

Por su parte, la psicología del yo desarrolló los descubrimientos de Freud sobre el punto de vista estructural o segunda tópica y aplicó estos desarrollos a la técnica. Hartmann (1952), Kris (1952) y Lomenstein (1952) son, junto con A. Freud, de sus principales exponentes.

Para la psicología del yo lo principal en la interpretación es poder partir de lo superficial a lo profundo, de la defensa al impulso (Kris, op. cit. ). Piensan que no se puede efectuar una interpretación del impulso antes de que se haya removido la defensa, pues entonces se liberará una gran cantidad de energía pulsional.

Esto provocaría que la energía sea inmanejable para el yo o bien que efectúe una acción masiva de mecanismos de defensa, que haga posible el acceso interpretativo. De esta forma, puede decirse que los terapeutas influenciados por esta corriente son muy cautos y que proceden a interpretar por aproximaciones sucesivas, tratando siempre de remover las defensas.

Por otra parte, piensan que es necesario un período de afianzamiento de la voluntad o deseo del paciente para trabajar con sus conflictos. A este fenómeno se le conoce con el nombre de alianza terapéutica (Zetzel, 1956) o alianza de trabajo (Greenson, 1967). Esta alianza no forma parte de la transferencia, pues constituye una fracción más racional del paciente que colabora con el terapeuta en la labor analítica. Así, -

por ejemplo, el terapeuta no hará ninguna interpretación transferencial hasta que no se haya afianzado esta alianza.

La interpretación transferencial y la regresión.

Ambas corrientes teóricas que se han tomado en cuenta tienen sus respectivas ideas acerca de la repercusión de las intervenciones técnicas en la regresión.

Los autores kleinianos no se han ocupado mucho de la regresión. Susan Isaacs y Paula Heimann (1952) escribieron un trabajo en donde enfatizan la influencia de la pulsión de muerte en los fenómenos regresivos. Sin embargo, no existe un estudio detallado acerca de la técnica y la regresión por parte del grupo kleiniano original. En general, puede decirse que el modelo de las posiciones en la teoría kleiniana posibilita entender el funcionamiento psíquico como algo que fluctúa siempre entre lo primitivo y lo avanzado. El ser humano nunca abandona del todo ese funcionamiento de tipo psicótico que caracteriza sobre todo a la posición esquizo-paranoide. De esta forma, los seres humanos contaríamos permanentemente con un funcionamiento de tipo regresivo. Recientemente Etchegoyen (op. cit.) ha llegado incluso a afirmar que el encuadre y las intervenciones técnicas tienen muy poco o ningún efecto sobre la regresión del paciente, pues ésta es causada por su propia patología.

Por lo que respecta a la psicología del yo, el autor que más se ha ocupado del estudio de la regresión es Rapaport (1951, 1957). Para él, el uso del encuadre analítico con sus

componentes como el empleo de diván, la relativa privación social y la abstinencia por parte del analista, son elementos que favorecen la regresión. También la pueden promover las intervenciones del analista.

Efectuar interpretaciones transferenciales dirigidas a impulsos primitivos es una manera de provocar la regresión y, por lo tanto, deben de controlarse. Por eso, si un terapeuta influenciado por esta teoría atiende a un paciente en una psicoterapia de encuadre restringido (pocas sesiones a la semana, tiempo limitado) no utilizará ninguna técnica que pueda provocar una regresión difícil de manejar.

#### La interpretación transferencial en los grupos.

Como ya se ha dicho en el capítulo I muchas de las aportaciones teóricas relativas al tratamiento individual han influenciado a la psicoterapia grupal. Así, los autores como Bion, Ezriel y Anzieu utilizarán más y de manera preferente la interpretación transferencial, debido a la influencia de la teoría kleiniana. Por su parte, otros como Foulkes y Slavson, más influenciados por la psicología del yo, serán más cautos en la interpretación de la transferencia.

Los diferentes modelos teóricos influyen decisivamente en las intervenciones técnicas del terapeuta. Hay que recordar, por ejemplo, cuánto énfasis pone Ezriel en la interpretación transferencial (ver capítulo II). Los autores que piensan así, toman en cuenta los postulados freudianos acerca del comportamiento grupal (Freud, 1921).

Recuérdese que Freud pensaba que en el grupo las personas perdían sus características individuales, formándose un "alma grupal". La idea de que se constituye una tensión común en el grupo y que ésta tiene que ser explicitada en una interpretación al grupo como un todo está basada en ese postulado de Freud. Además, Ezriel está muy influenciado por las ideas kleinianas de fantasía inconciente y transferencia latente, pues piensa, siempre habrá una fantasía subyacente, presta a descargarse en la figura del terapeuta.

Por otra parte, están los señalamientos de Anzieu (ver capítulo II) en el sentido de que la interpretación transferencial es la única capaz de proporcionar a los miembros de un grupo el conocimiento de sí mismos, es decir, de sus procesos inconcientes. Para este propósito no importa que los grupos no sean terapéuticos, pues Anzieu enfatiza la necesidad de interpretar en la transferencia aún en encuadres de tiempo limitado.

En el trabajo clínico que aquí se ha reseñado, puede decirse que se tuvo la necesidad de utilizar frecuentemente la interpretación transferencial debido a la intensidad y frecuencia de las manifestaciones de la transferencia a pesar del encuadre de tiempo limitado.

También hay que decir que el grueso del grupo ya venía funcionando desde un año antes, lo que pudo contribuir a que éstas transferencias se expresaran más abiertamente.

Por otra parte, puede considerarse el caso de Miguel, --

quien a pesar de su ingreso cuando el grupo ya estaba funcionando, expresó abiertamente sus conflictos en la transferencia. Sin embargo, de este paciente también hay que decir que tal vez debido a su patología tuvo esas manifestaciones transferenciales y que alguien con una personalidad "más estructural" quizá no lo hubiera hecho.

Las diferencias entre este tipo de abordaje y el de psicoterapia grupal breve de los autores norteamericanos influidos por la psicología del yo, pueden resumirse en el tiempo de tratamiento y, por supuesto, en el fundamento teórico.

El tiempo de este tratamiento (1 ó 2 años de duración) no puede considerarse breve, en el sentido expuesto en el capítulo III. No obstante, tampoco puede pensarse como tratamiento largo (con duración de varios años).

Esta duración, por la que se ha propuesto denominar al tratamiento "de duración intermedia", posibilita el análisis de conflictos en mayor profundidad. Entre éstos se encuentra, como parte fundamental, el análisis de la transferencia.

También existen diferencias en cuanto a la selección de pacientes. En esta experiencia se pudo notar que pacientes con estructura borderline se beneficiaron en buena medida del tratamiento en 1 ó 2 años. También podría pensarse en que este tipo de tratamiento sirva de preparación para otro más largo. Pero si no es así, y en instituciones que tienen que cubrir una alta demanda de asistencia psicoterapéutica, el período de un año puede ser un buen recurso para gran cantidad

de pacientes.

Es necesario señalar una limitación de este trabajo relacionada precisamente con el tiempo de duración del grupo terapéutico. Las conclusiones no pueden extenderse libremente a las psicoterapias breves debido a que en este grupo la duración fue, como se -- señaló, intermedia.

Como conclusión, puede decirse que la interpretación transferencial es un recurso válido en psicoterapias grupales de tiempo limitado. Si las características del grupo hacen que las manifestaciones transferenciales sean frecuentes, es necesaria la interpretación transferencial. En un grupo que desarrolle más lentamente la neurosis de transferencia, tal vez puedan efectuarse sólo intervenciones extratransferenciales.

No obstante, si la transferencia está operando en el grupo, puede ser más dañino no interpretarla que hacerlo, pues puede darse lugar al acting-out. En este grupo hubo una incidencia muy baja de actuaciones.

Por otra parte, a lo largo del trabajo terapéutico no se pudo notar ninguna relación significativa entre las interpretaciones transferenciales y fenómenos regresivos de los pacientes. Al contrario, la interpretación transferencial se utilizó como un recurso para tratar de resolver las manifestaciones agresivas de los pacientes.

Queda para posteriores investigaciones poder ampliar las implicaciones que el uso de este instrumento técnico pueda tener en encuadres de tiempo limitado. Es necesario conocer con más deta--

lles el funcionamiento de este tipo de herramientas terapéu-  
ticas para la creciente asistencia que la psicoterapia grupal  
brinda a la comunidad.

## BIBLIOGRAFIA

- Anzieu, D.; Bejarano, A.; Kaes, R.; Missenar, A. y Pontalis, J.B. (1972) El trabajo psicoanalítico en los grupos. Siglo XXI, México, 1978.
- Althaus, E.; Juárez, M.; Leibman, E. y Zepeda, R. "El manejo de la regresión en tres grupos terapéuticos" de AMPAG. Tesis presentada en la AMPAG, México, 1988.
- Balint, M. (1979) La falta básica. Paidós, Buenos Aires, 1982.
- Bejarano, A. (1972) "Resistencias y transferencia en los grupos" en Anzieu, D. et. al. El trabajo psicoanalítico en los grupos. Siglo XXI, México, 1978.
- Bernar, H. y Klein, R. (1977) "Some perspectives on time limited group psychotherapy". Comprehensive Psychiatry, 18: 579-584.
- Bion, W.R. (1952) Experiencias en grupos. Paidós, Buenos Aires, 1979.
- (1963) Aprendiendo de la experiencia, Paidós, Buenos Aires, 1969.
- Bravender (1985) "Time limited inpatient group therapy. A developmental model". Int. Jour of Group Psychotherapy. 35: 435-455.
- Budman, S.H.; Demby, A.; Feldstein, M. y Gold, M. (1985) "The effects of time-limited group psychotherapy: A controlled study". Int. J. Group Psychother. 34: 587-603.
- Butcher, J.N. y Koss, M.P. (1978) "Research on brief and crisis oriented therapies" en Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, Wiley and Sons, Nueva York.
- Dies, R.R. (1985) "Leadership in short-term group therapy: manipulation or facilitation". Int. J. of Group Psychother. 34: 604-615.
- Durkin, H. E. (1982) "Change in group psychotherapy: theory and practice". Int. Jour. Group Psychother. 32: 431-439.
- Etchegoyen, R.H. (1986) Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
- Ezriel, H. (1950) "A psychoanalytical approach to group treatment". Bristish J. of. Med. Psych. 23: 59-75.
- Foulkes, S.H. y Anthony, E.D.: Psicoterapia psicoanalítica de grupo. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1964.

Freud, A. (1936) El yo y los mecanismos de defensa. Paidós, Buenos Aires, 1973.

Freud, J. (1985) (en colaboración con J. Breuer) Estudios sobre la histeria. A.E. vol. 2.

(1900) "La interpretación de los sueños" A.E. vols. 4 y 5.

(1911) "El uso de la interpretación de los sueños en psicoanálisis". A.E. vol. 12.

(1921) "Psicología de las masas y análisis del yo". -- A.E. vol. 18.

(1923) "El yo y el ello". A.E. vol. 19.

Garfield, S.L. (1978) "Research on client variables in psychotherapy". En: Handbook of Psychotherapy Ed. Wiley and Sons. Nueva York.

Greenson, R. (1967) Técnica y práctica del psicoanálisis. Siglo XXI, México, 1980.

Grinberg, L. (1956) "Sobre algunos problemas de técnica psicoanalítica determinados por la identificación y contraidentificación proyectivas". Rev. de Psicoanálisis, 13: 507-511.

Grinberg, L.; Langer, M. y Rodríguez, E. Psicoterapia del grupo: su enfoque psicoanalítico. Paidós, Buenos Aires, 1977.

Grothjan, M. El arte y la técnica de la psicoterapia grupal -- analítica. Paidós, Buenos Aires, 1979.

Hartmann, H. (1939) La psicología del yo y el problema de la adaptación. Ed. Pax, México, 1960.

(1951) "Technical implications of ego psychology". Psychoanalytic Quarterly, 20: 31-43.

Heimann, P. (1950) "On countertransference" Int. Jour. of Psych 31: 81-84.

(1956) "Dynamics of transference interpretations" Int. Jour of Psych: 37:303-310.

Heimann, P. y Isaacs, S. (1952) "La regresión". En Desarrollos en psicoanálisis. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1983.

Imber, S.D.; Lewis, P.M.; Loiselle, R.H. (1979) "Uses and abuses of the brief intervention group". Int. J. of Group Psychotherapy.

Isaacs, S. (1952) "Naturaleza y función de la fantasía". En - Desarrollos en psicoanálisis. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1983.

Kernberg, O. (1975) Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1979.

Klein, M. (1928) "Estadios tempranos del complejo edípico". - Ed. Hormé, Buenos Aires, 1986.

(1932) "El psicoanálisis de niños". Ed. Paidós, Buenos Aires, 1987.

(1935) "Una contribución a la psicogénesis de los estadios maníaco-depresivos". En Obras Completas, vol. 2. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1983.

(1945) "El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas". En Obras Completas, vol. 2 Ed. Paidós, Buenos Aires, 1983.

(1946) "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides". - En Obras Completas, vol. 3 Ed. Paidós, Buenos Aires, 1983.

(1952) "Los orígenes de la transferencia". En Obras Completas, vol. 6, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1983.

Klein, R. (1985) "Some principles of short-term group psychotherapy". Int. J. of Group Psychother. 35: 309-329.

Kris, E. (1951) "Ego psychology and interpretation in psychoanalytic therapy". Psych. Quarterly, 20: 15-30.

Liberman, D. (1978) "El diálogo psicoanalítico y la complementariedad estilística entre analizando y analista". Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 58: 37-48.

Lowenstein, R.M. (1951) "The problem of interpretation". Psychoanalytic Quarterly, 20: 1-14.

O'Donell, P. (1977) La teoría de la transferencia en la terapia grupal. Nueva Visión, Buenos Aires.

Poey, K. (1985) "Guidelines for practice of brief, dynamic group therapy". Int. J. of Group Psychother. 35: 331-353.

Racker, H. (1948) "La neurosis de contratransferencia" En: Estudios sobre técnica psicoanalítica. Paidós, Buenos Aires, 1979.

Rapaport, D. (1951) "The autonomy of the ego". En collected Papers, Basic Books, New York, 1967.

- Rosenfeld, H. (1947) "Analysis of a schizophrenic state with depersonalitation". En Psychotic States, the Hogarth Press, London, 1965.
- Russakoff, L. y Oldham, J. (1984). "Group Psychotherapy on a short-term unit: an application of object relations theory". Int. J. of Group Psychother. 34: 339-353.
- Slavson, S.R. Tratado de psicoterapia grupal analítica. Paidós, Buenos Aires, 1976.
- Strachey, J. (1934) "The nature of the therapeutic action of psychoanalysis". Int. J. Psycho-Anal., 15: 127-159.
- Woods, M. y Melnick, J. (1979). "A review of group therapy selection criteria". Small group Behav. 10: 155-175.
- Yalom, I. (1975) The theory and practice of group psychotherapy. Basic Books, Nueva York.
- Zetzel, E. (1956) "Current concepts of transference". Int. J. Psycho-Anal. 37: 369-376.