

## **CAPITULO 7. GRUPOS EN LA CLINICA**

### **0. Introducción**

1. Historia
2. Concepto
3. Modalidades y aplicaciones
4. Los agentes terapéuticos en terapia grupal
5. Resumen y conclusiones

**Autor: Manuel Villegas Besora**

### **0. Introducción**

La utilización de los grupos es una técnica de intervención terapéutica ampliamente consolidada, que en la actualidad alcanza una gran difusión en las distintas formas de aplicación a la práctica clínica (Corey, 1996; Kaplan y Sadock, 1996). Más allá del clásico grupo familiar (la terapia familiar) o del grupo analítico (terapia analítica de grupo), la expansión de esta técnica ha alcanzado los departamentos psiquiátricos (grupos de pacientes esquizofrénicos o borderline), las comunidades terapéuticas (grupos de alcohólicos y drogodependientes), terapia de grupo para niños y adolescentes o de menores bajo tutela, grupos de mujeres, de preparación al parto, de ancianos, de pacientes con cardiopatías, de enfermos oncológicos, o de afectos del SIDA. Es evidente que no todos los grupos de población considerada en estos subgrupos entran en el marco de las categorías psiquiátricas, aunque presentan, sin duda, un gran interés desde el punto de vista de la psicología clínica, a nivel de los fenómenos psíquicos que se configuran alrededor de las patologías físicas, o de determinadas condiciones sociales o evolutivas. En este sentido, como dice Pilar González (Zorán, 1994) el concepto de grupo clínico es más amplio que el de grupo psicoterapéutico.

Por otra parte, los distintos procedimientos grupales pueden inspirarse en distintas tradiciones psicológicas, como la psicodinámica, la gestáltica, la sistémica o la cognitiva. A su vez los grupos pueden constituirse con finalidades terapéuticas, formativas o reivindicativas, o bien utilizarse como contextos de apoyo social o refuerzo de conductas y actitudes. Pueden autogestionarse o heterogestionarse; utilizar la figura del terapeuta o prescindir de ella (Kurtz, 1997). Pueden orientarse al individuo, las relaciones o las instituciones. Todo ello dará lugar a diversas modalidades de intervención grupal en el ámbito clínico que intentaremos analizar en las páginas que siguen.

### **1. HISTORIA**

La historia de la terapia de grupo nace, se desarrolla y se consolida a lo largo del siglo XX. Algunos autores (Mackenzie, 1992) establecen tres períodos como en la evolución de cualquier ciencia o disciplina normal. Un primer periodo de *formación* que se extendería desde 1905 hasta 1951; un segundo período que podríamos llamar de *expansión* comprendido entre 1952 y 1967, y un tercer período de *consolidación* entre 1968 y 1981. No sería ajeno a este último período el empuje que la terapia de grupos recibió de la psicología humanista y del movimiento del potencial humano en general, de acuerdo con el espíritu de la época. En este tiempo, se han constituido numerosas asociaciones de de terapia grupal, como la americana AGPA, que ha cumplido ya más de cincuenta años (establecida en 1942). Con posterioridad el entusiasmo por lo grupal ha ido cediendo terreno a otros intereses, quedando consolidado como un recurso terapéutico más, de particular interés en los casos en los que se comparte alguna patología o situación especial.

### **1.1. La prehistoria de los grupos en clínica: los grupos psicopedagógicos**

Existe un amplio consenso en atribuir a Pratt la iniciativa de haber formado ya en 1905 grupos de pacientes con finalidades terapéuticas. Estos sin embargo, no eran pacientes neuróticos, sino tuberculosos, de quienes se debía conseguir la adhesión al tratamiento. Con la creación de grupos de enfermos Pratt perseguía un doble objetivo, didáctico y social. Reunía importantes colectivos de enfermos en clases semanales para informarles sobre características de higiene y tratamiento de la enfermedad, a la vez que fomentaba su participación e implicación a través de preguntas y respuestas. Como en una auténtica clase de colegio Pratt utilizaba incentivos para los pacientes más aprovechados. La finalidad de los grupos consistía en acelerar la recuperación física de los enfermos. El mérito de Pratt fue el de utilizar en forma sistemática y deliberada las emociones colectivas en la persecución de la finalidad terapéutica. Su técnica se basaba en el fomento de los sentimientos de rivalidad, emulación y solidaridad del grupo y en la atribución al terapeuta de un rol de figura parental idealizada, que estimulaba la identificación del enfermo con el médico.

Como dice Martí Tusquets (1976) lo que llama la atención es que durante las primeras décadas de nuestro siglo "los pioneros de la psicoterapia de grupo emplearon este método con pacientes que padecían trastornos orgánicos y no con pacientes psiconeuróticos. Como este método buscaba la solidaridad del grupo para obtener fines terapéuticos secundarios, el paciente neurótico con sus conflictos interpersonales y mala socialización se avenía mal a dicho fin".

Siguiendo los pasos de Pratt (1922), quien más tarde extendió su método de clase a otros colectivos de diabéticos y cardiopatías, otros médicos como Chapel y Buck emularon el mismo procedimiento. El primero trabajó con pacientes ulcerosos, el segundo con hipertensos. Todos ellos utilizaban una técnica que podríamos llamar *represiva*, consistente en premiar o castigar en función de la sumisión a los dictados del médico. Pronto se tomó ejemplo en los ámbitos de gestión de la población psicótica de los hospitales psiquiátricos. El mismo Pratt (1934) lo asumió ya en 1930, aunque anteriormente lo habían precedido Marsh y Lazell, con sus grupos de esquizofrénicos. El método de Lazell consistía básicamente en conferencias. Reunía a los pacientes y les hablaba o leía material sobre historia reales o ficticias, que se discutían con posterioridad. Para Lazell (1921) la participación de los pacientes en estos debates era un buen indicio terapéutico. Consideraba que se beneficiaban por sentir que compartían su enfermedad y problemas con individuos de igual condición y que, además, la figura del médico se hacía menos amenazante al tratar a los pacientes en grupo. Marsh había seguido ya desde 1909 una trayectoria parecida en su trabajo con los psicóticos al que agregó un cierto matiz religioso y social: convocaba a pacientes, familiares, religiosos y personal del hospital entre quienes se establecía un pacto psiquiátrico, orientado a comprometerse en la asistencia y colaboración con el grupo. Para Marsh (1935) "la masa había hecho que el individuo enfermara y la masa lo curaría".

El trabajo realizado con grupos de enfermos orgánicos o psiquiátricos seguía en esta línea un enfoque didáctico y represivo. Low y Klapman, por ejemplo, intentaron dar mayor valor a la interacción entre los miembros del grupo, pero sin levantar el estricto control del médico y la jerarquización de los pacientes, incluso en tratamiento de seguimiento posthospitalario. Las ideas básicas que predominaban en este período hacían referencia a la cohesión del grupo, la imitación, la sugestibilidad e idealización, que se encauzaban al logro de los fines terapéuticos, funcionando estos grupos bajo el liderazgo benévolo del médico, quien mostraba un genuino interés en la recuperación de sus pacientes. Como señala Cappon (1978) "se tenía en cuenta, también, el propósito de disminuir el sentimiento de aislamiento en los

pacientes".

## **1.2. De los grupos psicopedagógicos a los grupos terapéuticos**

### **1.2.1. Moreno y el teatro de la espontaneidad**

El término *psicoterapia de grupo* fue introducido por primera vez por Moreno en 1931, aunque con un significado distinto al que se le ha dado posteriormente. Con esta expresión Moreno hacía referencia a un método sociométrico para reclasificar a los prisioneros. A él se le atribuyen también la introducción de otros términos que han hecho fortuna en el ámbito de las psicoterapias de grupo, tales como: *encuentro y comunicación interpersonal*. Pero la razón por la cual Moreno es conocido universalmente en el campo de las terapias de grupo es por haber desarrollado una técnica conocida como *psicodrama*.

J. L. Moreno nació en Bucarest en el 1889 según algunas fuentes, o en el 1892 según otras, pero toda su formación se desarrolló en Viena. En 1917 se licenció en medicina y después se dedicó a la psiquiatría; antes se había inscrito en la Facultad de Filosofía que abandonó en 1912. Todavía estudiante se ocupó en 1914 de un grupo de prostitutas con las que trabajó, él dijo *in situ*, hoy se diría que realizó un trabajo *de campo*, con el objetivo de ayudarles a superar el problema de marginación que sufrían y a encontrar una modalidad de tutela del trabajo que realizaban: diríamos pues que se trató de una intervención clínico-social.

De hecho esta experiencia podría significar, incluso respecto al panorama internacional, la primera experiencia de grupo. No deja de ser curioso el hecho que el mismo Moreno, que procuró siempre defender sus descubrimientos, no se acordase de esta primera experiencia y remontase a 1931 la primera conceptualización de psicoterapia de grupo.

En 1921 funda *Das Stegreiftheater* "El teatro de la espontaneidad", donde actores debutantes recitaban en público no guiones teatrales, sino hechos extraídos de la vida cotidiana. Fue, en el contexto del "teatro de la espontaneidad" que nació la idea del "teatro terapéutico". Estamos en 1923. La representación producía un efecto inmediato y gracias a la "catarsis" que le seguía, Moreno pudo subrayar su acción terapéutica.

En 1927 Moreno concluyó su experiencia europea y se trasladó a América. El que ha sido definido como período americano fue decididamente propicio a las técnicas psicodramáticas y Moreno pudo trabajar en muchos y variados contextos (universidad, hospitales, escuelas, cárceles, etc.). En 1936 construyó en Beacon en el Norte del estado de New York una clínica con el primer teatro de psicodrama.

En 1951 inicia el tercer ciclo, después del europeo y del estadounidense, el ciclo mundial con la constitución del *International Committee of Group Psychotherapy* que tuvo lugar en París y que dio su primer fruto con el 1er. Congreso Mundial celebrado en Toronto en 1954. Moreno murió en 1974, dejando a su segunda mujer Zerka Toeman empeñada en difundir el psicodrama como cultura, más aún que como psicoterapia.

Paralelamente a sus estudios y a sus trabajos clínicos Moreno desarrolló una gran actividad de difusión y afirmación de sus ideas (Moreno, 1924, 1953, 1957, 1960). En la introducción de la cuarta edición de *Psicodrama*, subrayó el aspecto de la conexión profunda entre el psicodrama y la psicoterapia de grupo. Esta introducción es del 1972, mientras que el libro se editó la primera vez en 1947. Un mérito de este texto es el de haber relacionado intuitivamente la psicoterapia de grupo con la terapia familiar, considerando la familia como un grupo con el cual poder trabajar, y demostrando en este caso, mayor atención al "locus" de la terapia que no a su teorización estéril. Muchos autores que tratan de grupos, entre los cuales Menarini y Pontalti (1994), han retomado recientemente esta teoría.

### 1.2.2. El psicoanálisis grupal

Las relaciones del Psicoanálisis con la terapia de grupo no han sido fáciles ni pacíficas, aunque a la larga se han demostrado muy productivas. Estas dificultades se ponen ya de manifiesto en la actitud de Moreno quien en polémica con Freud le acusó de haberse quedado ligado a las concepciones médicas de la psiquiatría, según la cual la sede del malestar está en el individuo. Moreno reivindicó el mérito, que debemos reconocerle, de haber trasladado el *locus* de la terapia del individuo al grupo. Freud no respondió nunca a los ataques de Moreno a pesar de que estas polémicas fueron continuas.

Es cierto que Freud se había planteado la cuestión de extender los beneficios del psicoanálisis a toda la población, puesto que era plenamente consciente de las limitaciones que el diván y el escaso número de analistas implicaban para el acceso de todo tipo de pacientes al análisis, pero ello topaba con el temor de que la aplicación masiva del mismo terminara por degradarlo. No cabe duda de que la utilización de grupos le hubiera servido a Freud para ampliar el círculo de los beneficios del psicoanálisis, como más tarde hicieron algunos de sus discípulos. Sin embargo, como dicen Caparrós y García de la Hoz (1993): "hay que admitir como un hecho incontrovertible que Freud no trabajó nunca con grupos terapéuticos". Además su notable prevención a la influencia despersonalizadora de los grupos y las masas le mantenía reticente a cualquier intento de llevar el análisis fuera del dominio de la relación contra/transferencial de analista y paciente. *"La masa psicológica es un ser provisional integrado por elementos heterogéneos. En una multitud se borran las adquisiciones individuales, desapareciendo así la personalidad de cada uno de los que la integran. La superestructura psíquica, tan diversamente desarrollada en cada individuo, queda destruida, apareciendo desnuda la uniforme base inconsciente común a todos. El individuo que entra a formar parte de una multitud se sitúa en condiciones que le permiten suprimir las represiones de sus tendencias inconscientes (Freud, 1921). Todos los impulsos mentales de un individuo pueden ser enormemente magnificados por el efecto de masa." (Freud, 1905).* Concebía los grupos a partir de la analogía tribal o familiar: *"un grupo es un conjunto de individuos que han introducido a la misma persona en su Superyo; basado en este elemento común se han identificado mutuamente en su yo. Esto concierne únicamente a grupos que tienen un líder." (Freud, 1930).*

No todos los psicoanalistas de la primera hora, sin embargo, estaban de acuerdo con Freud en esta visión de los grupos. Adler, por ejemplo, pensaba que los grupos podían actuar como correctivo de la experiencia social y emocional. Fueron, con todo, situaciones de urgencia las que provocaron la introducción del psicoanálisis en la psicoterapia grupal, particularmente los problemas derivados de las neurosis de guerra. García de la Hoz (1993) atribuye a Ernst Simmel la iniciativa de haber utilizado los referentes conceptuales psicoanalíticos en los grupos de terapia con soldados. Simmel partió de la teoría freudiana de las *neurosis traumáticas*. Dado que los soldados padecían un trastorno común, se suponía que cualquier abreacción individual repercutiría beneficiosamente en el resto de los miembros del grupo. Con posterioridad y en el período entreguerras Louis Wender y Paul Schilder se plantearon manifiesta e intencionadamente la realización de grupos terapéuticos con pacientes suyos individuales. Aunque su técnica estaba centrada en el individuo Schilder concebía la terapia individual y la grupal como complementarias, lo cual trajo consigo dificultades contratransferenciales al propio terapeuta al tener que llevar adelante dos roles diferenciados, simultáneamente.

El libro de Slavson (1964), publicado originalmente en el 1950 con el título *Analytic group psychotherapy* puede ser considerado el primer manual de psicoterapia analítica de grupos y, aunque en él se habla de psicoterapia de grupo, el autor se manifiesta contrario a

cualquier consideración holística u organísmica grupal. Punto de vista contrario al que sostenía Bion (1961), psiquiatra inglés de formación psicoanalítica kleiniana. Sus trabajos fueron pioneros, ya en la inmediata postguerra, en la concepción del grupo como una unidad organísmica. En consecuencia el grupo presenta una *mentalidad y cultura grupales*. La mentalidad grupal es definida como "la expresión unánime de la voluntad del grupo, a cuya formación contribuye el individuo de manera inconsciente, incluso contraria a sus deseos".

Al igual que Bion, Foulkes empezó sus experiencias de grupo con soldados que padecían *neurosis de guerra*. En 1952 fundó la Sociedad de Grupoanálisis de Londres, la cual publica desde 1967 la revista *Group Analysis*, de orientación psicoanalítica en la que se integran la perspectiva social y antropológica con la dinámica de grupos. Para Foulkes la situación grupal constituye un todo social, formado a partir de las comunicaciones y relaciones entre los miembros, a la vez que éstas forman parte de ese todo social o campo total de interacción, que se denomina *matriz grupal*.

En general las terapias analítico-grupales se apoyan en tres supuestos: a) comunicación verbal, b) curación individual como objetivo último; c) el grupo como instrumento terapéutico. A su vez las técnicas de transformación terapéutica remiten a tres factores también: a) el uso de la *libre discusión flotante*; b) el análisis del material producido por el grupo, así como el de sus acciones e interacciones; c) la atención no sólo al contenido manifiesto, sino también al inconsciente.

### **1.3. De los grupos terapéuticos a los grupos de crecimiento personal**

#### **1.3.1. La dimensión inmanente en los grupos**

Algunos de los fermentos que propiciaron la transformación de los grupos terapéuticos en grupos de crecimiento personal se hallaban ya inscritos en la obra de Moreno, el cual introdujo en 1914 el concepto de *encuentro*. En efecto, dentro del marco de los cambios socio-culturales que se produjeron en la década de los sesenta, particularmente en los Estados Unidos, cabe señalar la evolución que experimentaron los grupos T, hacia una transformación en *grupos de crecimiento personal* o *grupos de encuentro*. Los grupos T, también conocidos como laboratorios de entrenamiento social, fundados por Bradford y Lippit en 1946 e inspirados en el análisis de la dinámica de grupo llevada a cabo por K. Lewin, habían nacido con una finalidad de entrenamiento ajena a propósitos terapéuticos. Uno de los laboratorios de entrenamiento situado en Esalen, California, fundado en 1962 por Murphy y Price, se fue gradualmente especializando en la organización de este tipo de grupos, que algunos de sus líderes llegaron a denominar "terapia de grupo para gente normal" (Weschler, Messarik y Tannebaum, 1962). La expresión directa de los problemas con que se encontraban los participantes en su vida personal y profesional fue centrando cada vez más la atención del grupo en el material emocional y en el aquí y ahora de las sesiones. Este cambio en el punto de vista permitió darse cuenta de que los problemas que arrastran las personas "normales", tienen que ver con las limitaciones que impone la sociedad al crecimiento personal, obligando a los individuos a recortar sus tendencias autoactualizadoras. Los síntomas más frecuentes de esta "patología de la normalidad" formaban parte de un "síndrome cultural" que se manifestaban en forma de tensión, inseguridad, soledad y apatía. Los grupos de encuentro debían estar orientados, por tanto, a facilitar el desarrollo del máximo potencial de crecimiento, lo que los psicólogos humanistas de la época entendían como autorrealización (Maslow, 1954) y que halló su máximo exponente en el Movimiento del Potencial Humano.

Las técnicas del Potencial Humano no iban destinadas a la curación propiamente dicha, sino al crecimiento. Los Centros de Crecimiento Personal se dirigían a un sector social

especialmente sensible a las propuestas de perfectibilidad: clases medias económicamente bien remuneradas, que aspiraban a la promoción personal que no hallaban en su vida cotidiana. La suposición básica era que los seres humanos no desarrollaban todo su potencial a causa de las restricciones sociales que les impone la vida ordinaria a través de la educación y del control social. Se trataba, por tanto de brindarles nuevas experiencias que posibilitaran su renacimiento y reeducación. Para ello se consideraron adecuadas cualquier tipo de técnicas que de una manera u otra contribuyeran a esta finalidad, como el avivamiento sensorial, la expansión emocional o la expresión creativa.

De nuevo hallamos ya en Moreno las bases de estas ideas de creatividad, así como las de los grupos de encuentro. Para él hay que ir más allá de la expresión verbal, hay que pasar a la actuación *-acting out*, según su expresión-. La comunicación verbal se considera en los *grupos de encuentro* como un instrumento del intelecto y de la razón, los cuales a su vez son vistos como obstáculos para lograr ponerse en contacto con las propias emociones. Se considera que las palabras son aproximaciones a los sentimientos y que la expresión verbal de los mismos les resta realidad. En consecuencia se pretende llevar al individuo a la raíz de sus experiencias, a través de la *catarsis emocional*, la *expresión corporal*, el *arte* en cualquiera de sus modalidades, el *masaje sensitivo*, o los ejercicios *bioenergéticos*, entre otros. Varios parámetros básicos se valoran, por lo tanto, como importantes: la integración de mente y cuerpo, la expresión honesta y sincera de los sentimientos, el centramiento en el aquí y ahora, la intensidad de los encuentros. Como decía Fritz Perls, uno de los mayores representantes del Instituto Esalen, estos grupos ofrecen al individuo "la posibilidad de abandonar la mente y vivir con los sentidos". William Shutz fue uno de los que introdujo masivamente el uso de técnicas no verbales en los grupos; Bernard Gunther acentuó el papel del cuerpo y los sentidos en la experiencia humana.

### **1.3.2. La dimensión trascendente en los grupos**

Con el tiempo algunos de estos grupos fueron evolucionando de un enfoque no directivo, de acuerdo con el movimiento contracultural de la época, hacia una dimensión religiosa y transpersonal, en consonancia con el posterior rearme religioso y moral de la sociedad americana en la década de los setenta. La orientación religiosa, filosófica y socializante de los grupos había sido también puesta de relieve por Moreno (1960): "El carácter de la moderna psicoterapia de grupo trae al grupo problemas que antes estaban reservados a la religión. Provocado por el grupo, el psicoterapeuta no puede ignorar la angustia determinada por la posibilidad de perecer y de que el mundo deje de existir. En efecto, ¿qué compensación podría ofrecer la psicoterapia sino hubiera un sentido último en la vida?".

Sin aludir explícitamente a la función religiosa, el máximo exponente de la Psicología Humanística, Abraham Maslow atribuía a la psicología y a la psicoterapia una dimensión *transpersonal*. Maslow (1971), en efecto consideraba que una psicología holística debe combinar las dimensiones "humanística, transpersonal y transhumana" en una sola, puesto que el ser humano posee "una naturaleza más elevada y trascendente que constituye su esencia".

Esta dimensión transpersonal ha dado lugar a dos tendencias principales en los grupos, una de carácter místico o teísta, representada por autores como Alan Watts o Stanislav Grof que se inspiran en una religiosidad de raíces orientales y que propició la incorporación de técnicas orientales como la meditación Zen o el Yoga; y otra que podríamos denominar laica o secular, inspirada en el socialismo humanista particularmente por Fromm (1947). Ambas tendencias, sin embargo, no son contradictorias, como lo demuestra la propia evolución de la obra de Fromm. De hecho, como hemos comentado en otra parte (Villegas, 1986) la concepción holista del *fenómeno humano*, propia de la Psicología Humanista, llevó inexorablemente a una visión

trascendentalista y religiosa de la psicología a todos los autores más representativos de este movimiento: Maslow (1964, 1971), Rogers (1980) Fromm (1970, 1976), Fromm y Suzuki (1960), Frankl (1962). De este modo la controversia inicial en el seno de la Psicología Humanista, entre humanismo secular y teísta, que tantas dimensiones implícitas y explícitas suscitó, terminó por decantarse hacia una fusión *panteísta* de lo transpersonal.

Una dimensión transpersonal, aunque laica, había sido atribuida también por Fromm a los grupos en su primera época freudo-marxista cuando señalaba que el cambio cultural descansaría sobre la base de grupos pequeños que dotados de una nueva conciencia moral *"...hablarían un nuevo lenguaje que facilite y no entorpezca la comunicación, el lenguaje de un ser que es dueño de sus actos... Intentarían alcanzar un cambio personal... A fin de comprender el mundo que los rodea, tratarían de entender las fuerzas internas que los motivan. Tratarían de trascender su "yo" y de estar "abiertos" al mundo... Si tales grupos existieran, ejercerían una influencia considerable sobre sus conciudadanos, porque les demostrarían palpablemente la energía y la alegría de personas que poseen convicciones profundas sin ser fanáticas, que aman sin ser sentimentales, que tienen una gran imaginación sin ser irrealistas, que son audaces sin despreciar la vida y que aceptan la disciplina sin caer en la sumisión"* (Fromm 1968).

La finalidad de los grupos terapéuticos, escribe a este propósito Ana Gimeno (1994), una de las terapeutas de grupo que mejor representa en nuestro país el pensamiento frommiano, no es *"convertirse en una fábrica de narcisismo o en un refugio de apocados, sino abrirse a la interacción con la sociedad y la cultura global en la que el grupo se halla inmerso. Podemos señalar, pues, que la tarea del grupo, se extiende más allá de sí mismo y va dirigida a la transformación de los diferentes ambientes y grupos sociales en que sus miembros se mueven, apuntando actitudes de sinceridad, respeto, hondura y compromiso con la colectividad... Si la psicoterapia grupal va a favorecer la maduración global del individuo, favorecerá también que aparezcan o se encaucen en forma adecuada lo que Lersch denomina las vivencias pulsionales transitivas, dentro de las que se encuentran tendencias como la de la convivencia y la asociación, o las tendencias del ser-para-otro como la benevolencia, la disposición a ayudar o el amor a los demás en todas sus variadas gamas. Es en torno a ese talante grupal donde se puede gestar una nueva conciencia más amplia que favorezca un cambio social estimulante y cooperativo"*.

No todas las técnicas de terapia de grupos que se gestaron en esta época pueden identificarse con el Movimiento del Potencial Humano ni con las evoluciones posteriores hacia la Psicología Transpersonal. Lo cierto es que en el contexto de la ebullición contra/cultural de los años sesenta se mezclaron intencionadamente o no bajo el concepto paraguas de *Psicología Humanista* un conjunto de escuelas, técnicas y procedimientos que con el tiempo han ido desapareciendo o, por el contrario, solidificando su identidad. Entre estas últimas podemos hacer referencia a los *Grupos de Encuentro* de carácter no directivo fomentados por Carl Rogers; la terapia grupal concebida por Perls con claras reminiscencias morenianas, conocida como *Terapia Gestalt*; el *Análisis Transaccional*, desarrollado por Berne que, aunque puede llevarse a cabo individualmente, ofrece claras ventajas para la terapia grupal; y otras muchas técnicas que se haría largo enumerar.

### **1.3.3. Los desarrollos cognitivos y conductuales en el trabajo con grupos**

Cabe decir finalmente, que en las últimas décadas el trabajo en grupos de terapia se ha vuelto patrimonio común de casi todos los modelos terapéuticos. Así, por ejemplo, los modelos conductuales, cognitivo-conductuales y cognitivos han conocido (Bellack y Hersen, 1995)

también desarrollos de modalidades grupales.

Como ámbitos de intervención sobre los grupos en la terapia de conducta se han señalado los siguientes:

- a) *Desensibilización sistemática* en grupo.
- b) *Economía de fichas* (con niños).
- c) *Un grupo modelo* que hace las veces de refuerzo y objeto inmediato de imitación de nuevas conductas.
- d) *Grupos de auto-control* para rebajar peso, eliminar el hábito de fumar, el alcoholismo, la drogadicción, y otros.
- e) Grupos para personas que presentan *angustia ante las situaciones sociales*.
- f) *Grupos transicionales* para las personas que son transferidas de las instituciones a las comunidades; por ejemplo, los psicóticos deben aprender a controlar su hábito de hablar a solas, aprender a hacer sus camas, etc.
- g) Grupos cuyo único fin es *reforzar y mantener* los nuevos patrones de conducta aprendidos.
- h) *Grupos de entrenamiento para los padres*.
- i) *Grupos de supervisión* para los líderes.
- j) *Grupos para parejas o familias*.

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, por ejemplo, Meichenbaum (1994) resume de la siguiente manera las ventajas potenciales de los tratamientos en grupo, desarrollados en este caso en referencia explícita a pacientes supervivientes al incesto infantil

- a) Reexperiencia compartida de los traumas
- b) Reducción del aislamiento y provisión de un sentimiento de legitimidad, comunidad, confort y apoyo.
- c) Reducción de los sentimientos de estigmatización, aislamiento, alienación.
- d) Incremento del apoyo social
- e) Procesamiento de la tarea inacabada en un entorno de apoyo.
- f) Actuación en un rol de ayudante y restauración del orgullo propio.
- g) Disminución de la culpabilidad y la vergüenza e incremento del sentido de confianza.
- h) Resolución de temas secretos. Importancia y necesidad de la apertura del individuo más allá del secretismo con el terapeuta.

## **2. CONCEPTO DE TERAPIA DE GRUPO**

### **2.1. Acotamiento del concepto de grupo en psicoterapia**

El individuo humano no es un ser aislado. Su nacimiento parte de una simbiosis originaria con la madre y su desarrollo no se puede llevar a cabo sino en el seno de un grupo humano que actúa de matriz cultural donde se gesta su personalidad. Su bienestar físico y psicológico depende en un cierto grado de la integración en el grupo. Llamamos a este grupo, grupo primario, refiriéndonos con esta denominación a la familia, la tribu o la sociedad. La justificación de estos grupos no se cuestiona, puesto que su origen y razón de ser radican en la misma naturaleza social del ser humano, el cual no puede subsistir fuera del universo micro- y macrosocial. Pero el problema de la justificación se plantea cuando se intenta hipostasiar un grupo secundario, el grupo terapéutico, cuya única entidad es funcional, la de servir a los individuos a ser más autónomos, libres, solidarios e independientes, es decir menos gregarios. La formación del grupo terapéutico se basa precisamente, según Foulkes (1981), en "*arrancar a cada individuo de su red primaria y mezclarlo con otros, formando así un nuevo campo de interacción en el cual cada individuo empieza de nuevo*". Debería estar claro, pues, que si se pretende *arrancar un individuo* de su grupo primario no será para integrarlo en un grupo



*secundario*, lo cual constituiría un perversión, por desgracia no infrecuente, de la terapia de grupo, sino para favorecer un reaprendizaje de las relaciones interpersonales y un aumento de la conciencia de identidad.

Es evidente, por tanto, que el grupo no puede considerarse, en ningún caso, como un fin en sí mismo, sino como un instrumento al servicio de una finalidad, en nuestro caso, terapéutica. En efecto lo que define a un grupo es, fundamentalmente su finalidad. A pesar de las dificultades de definición del grupo, éste puede concebirse "*como un sistema constituido por sujetos interdependientes que interactúan de forma regular para realizar un misión definida explícita o implícitamente*". (Tous, 1993). Cabe por tanto suponer que las personas se unen y forman grupos en la medida en que éstos resultan instrumentales para el logro de ciertas metas, la satisfacción de necesidades específicas o la consecución de objetivos que no pueden alcanzarse individualmente.

En el grupo terapéutico son fundamentales, por tanto, las interrelaciones y vínculos que se establecen entre los miembros del mismo. Sin embargo, esto no justifica concebirlo como un organismo autónomo, y, en consecuencia considerar al grupo y no al individuo como paciente. Según los analistas de grupo Foulkes y Anthony (1965) "*El grupo tiende a hablar y reaccionar ante un tema común como una entidad viva, expresándose de diversas maneras a través de distintas bocas. Todas las aportaciones son variaciones de un mismo tema, aunque el grupo no sea consciente de ello y no sepa de qué está hablando realmente*". En consecuencia se llega a utilizar expresiones como "mente grupal" o "diagnóstico grupal" y a considerar un punto de vista "grupo-patológico y grupo-terapéutico como el único apropiado" (Foulkes, 1981). Otros, de una forma más escéptica o menos metafísica, consideran, como el propio Moreno, que el grupo "es una metáfora, no existe", y lo conceptualizan como un espacio, marco o contexto con finalidades terapéuticas.

Visto que el grupo es una entidad funcional y no ontológica, y dado, por otra parte, que en el grupo se dan fenómenos experienciales distintos que en la relación dual, propia de la terapia individual, se plantea la cuestión de cuál es el criterio de elección de una u otra. Como dicen Carli, Paniccia y Lancia (1988) ésta no es una cuestión trivial. Parece como si la "justificación" de la utilización de los grupos con finalidades clínicas oscilara entre dos polos. Por un lado está la concepción *minimalista*, que se remite al origen de los grupos terapéuticos, los cuales, como ya se ha dicho más arriba, surgieron por razones de emergencia social o económica (períodos de guerra, atención a un mayor número de pacientes, etc.). Reunir a varias personas con un mismo terapeuta en la misma unidad de tiempo permite un ahorro de tiempo, dinero y personal que no deja de ser razonable y valiosa, particularmente en los ámbitos públicos de intervención clínica. Sin embargo para algunos ésta constituye una modalidad de tratamiento de segunda categoría. Es como si se tratara de repartir el mismo pastel entre más comensales: toca a menos por cabeza. Es posible que semejante prejuicio sea compartido por terapeutas que por cuestiones de tiempo o dinero no han podido acceder a una formación más selectiva, particularmente en el ámbito psicoanalítico. En tales casos la psicoterapia de grupo viene considerada por los mismos terapeutas como un estadio a superar.

Existe, por el otro lado, una visión *maximalista*, que considera la psicoterapia de grupo como la única verdadera y propia, cosa que debe también justificarse. En tal caso se argumenta a partir de la naturaleza social o incluso transpersonal del ser humano, obviando el hecho de que la psicoterapia de grupo nació como un tratamiento individual en grupo (Psicodrama) y que sus desarrollos psicológicos se han inspirado fundamentalmente en las teorías psicopatológicas y de la personalidad de modelos claramente centrados sobre la estructura psíquica individual (Psicoanálisis, Teoría Gestalt, Análisis Transaccional, Psicoterapia Centrada en la Persona,

Terapias Cognitivo-conductuales, etc.).

Los criterios, pues, de elección entre terapia de grupo o terapia individual no deberían basarse en las preferencias, necesidades o limitaciones del terapeuta, sino en el posible beneficio que una u otra modalidad terapéutica pudiera tener para los clientes o usuarios de los servicios clínicos. Evaluar estos posibles beneficios implica delimitar claramente cuál es el objeto diferencial entre psicoterapia individual y psicoterapia de grupo, si es que lo hay. Nicolás Caparrós (1993) desarrolla esta cuestión, formulando las siguientes preguntas:

1) Si la psicoterapia en general tiene la ambición de corregir las limitaciones, tanto objetivas como subjetivas que un ser humano exhibe en relación con su medio ¿qué nuevas posibilidades podrá depararle el grupo?

2) ¿Es el grupo un artificio terapéutico o un nuevo espacio que hace posible un trabajo distinto?

3) Si el grupo constituye una nueva técnica terapéutica ¿debe ser justificada por una teoría psicológica general o debe desarrollar una justificación teórica *ad hoc*?

En las páginas que siguen intentaremos considerar de una manera global estas cuestiones a fin de que el lector pueda formarse su propia idea.

## **2.2. Características diferenciales de la terapia de grupo**

Terapia de grupo es un término que podría ser definido simplemente por oposición a terapia *individual*. De este modo la característica esencial que distinguiría la una de la otra haría referencia básicamente a la cantidad de sujetos que pueden beneficiarse simultáneamente de una intervención psicoterapéutica. De hecho, como ya hemos indicado más arriba, los primeros grupos "terapéuticos" nacieron con una finalidad utilitaria, la de multiplicar la incidencia de las intervenciones pedagógico-clínicas sobre la población, haciendo que una misma información sanitaria pudiera transmitirse a más de una persona por vez. Pero ya desde el primer momento Pratt se dio cuenta de que el grupo presentaba una dinámica específica que la diferenciaba de la clásica interacción dual médico-enfermo. En el grupo se entretejían redes de competencia e influencia entre unos enfermos y otros que contribuían a estimular su implicación en los programas sanitarios y a vincularse emocionalmente los unos con los otros.

Está claro, pues, que tanto si se trata de efectos deseados como temidos existen características diferenciales entre terapia *individual* y terapia *grupal* que los diversos autores, más allá de los aspectos puramente cuantitativos, han puesto de relieve ya desde el principio. Así por ejemplo Rosenbaum, et al. (1993) señalan como aspectos diferenciales que:

a) dado que el grupo se emplea como instrumento terapéutico la influencia de sus miembros debe jugar un papel principal, a diferencia de la relación diádica de la terapia individual, en el proceso de cambio personal;

b) los sentimientos grupales se hallan inevitablemente comprometidos para bien o mal en el proceso terapéutico, mientras que en la terapia individual sólo intervienen los sentimientos transferenciales o contratransferenciales.

c) los estados de humor son contagiosos entre los miembros de un grupo, mientras que en la terapia individual el terapeuta puede no verse afectado por ellos;

d) en la terapia grupal la realidad es co-construida por distintas perspectivas individuales, a diferencia de la terapia individual donde el punto de vista del terapeuta adquiere un peso más específico;

e) el secreto profesional protege las automanifestaciones en el ámbito de la terapia individual; la terapia grupal se desarrolla en un ámbito público que implica un mayor compromiso de solidaridad y protección mutua;

f) las fuerzas del grupo son intrínsecamente ciegas; pueden ser dirigidas por participantes que no

tienen preparación profesional ni se hacen responsables de sus compañeros.

En relación a la cuestión diferencial hay que recordar que, con la excepción del psicodrama de Moreno, las terapias de grupo existentes en la actualidad no han tenido un origen independiente de los modelos terapéuticos *individuales*, sino que han surgido como transformaciones o adaptaciones de los mismos en el ámbito grupal. Esto lleva consigo que lo que se entiende por terapia de grupo, dependa fundamentalmente, como hemos visto en la sección anterior, del modelo teórico de adscripción.

Existen, no obstante, algunas cuestiones legítimas que afectan a la totalidad del campo de las terapias grupales y que deben ser planteadas y, si es posible, contestadas para establecer unos criterios de acotamiento conceptual que permitan identificar los criterios diferenciales mínimos, justificadores de la terapia *grupal*.

La primera cuestión hace referencia a la posibilidad o no de que un grupo sea objeto de terapia. ¿Significa esto que el grupo se comporta como un organismo que puede enfermar y, en consecuencia, ser curado? En la suposición de que la respuesta sea positiva ¿de qué clase de grupos estamos hablando, de grupos naturales o de grupos artificiales? Puede haber, en efecto, un consenso respecto a que la *sociedad* esté analógicamente "enferma" y en la necesidad de llevar a cabo intervenciones sociales, morales o políticas para conseguir una sociedad más sana (Fromm, 1947) tal como algunos pensadores utópicos han ido proclamando reiteradamente a través de la historia de la humanidad. O puede haber consenso respecto a que grupos primarios como la familia, las instituciones, las comunidades o asociaciones de diversa índole presenten organizaciones estructuralmente "patológicas", que puedan ser objeto de intervención psicológico-clínica. Pero ¿cuál es la justificación de la terapia de grupos tal como se practica desde el principio de la terapia grupal? ¿En base a qué criterios se constituye el grupo? ¿Es que el hecho de ser tuberculoso, neurótico, superviviente de abusos sexuales o de catástrofes naturales determina a una persona de tal modo que deba pertenecer necesariamente a un grupo? Si la respuesta fuera positiva significaría la sustitución de la parte por el todo, el determinismo de la persona humana por el diagnóstico médico y el etiquetaje social. Y, sin embargo, es así, al menos en parte, cómo se produce la gestación de los grupos en psicoterapia grupal. Es el terapeuta o la institución terapéutica quien por razones de economía de personal, espacio, tiempo y dinero, por inclinaciones ideológicas o de formación, o por auténtica convicción terapéutica *deriva* a los pacientes hacia la terapia grupal. Estos se encuentran, en consecuencia, en un nuevo *setting* que debe ser redefinido en función de sus necesidades propias y las del grupo.

La atención a esta, en cierto modo, contrapuesta duplicidad genera un doble frente que debe atenderse simultáneamente. Por una parte el individuo tiene que ver satisfechas sus necesidades de atención terapéutica igual o, incluso supuestamente mejor, que en la terapia individual. Por otra, el trabajo terapéutico no puede centrarse exclusivamente en los individuos, ni que sea uno por vez, so pena de correr el riesgo de olvidar las exigencias de la colectividad grupal e incluso de perder los posibles beneficios que para el individuo se derivan de la inclusión en el grupo.

### **3. MODALIDADES DE LA TERAPIA GRUPAL**

Las diferentes formas de hacer frente a esta problemática han dado lugar a concepciones ideológicas también distintas sobre el significado teórico y operativo de la ambiguamente llamada *terapia de grupo*. En efecto, es notoria la diferencia que se puede producir entre tratar a un individuo en grupo, en el cual la atención y relación del terapeuta se dirige a cada uno de los miembros del grupo, como protagonistas individuales, o, por el contrario, prestar atención a las

relaciones que se establecen entre individuo y grupo, en un modelo donde es la red o el vínculo grupal que se compone aquí y ahora, el que es objeto de análisis e intervención. Además hay que valorar también qué clases de grupos están implicados en el proceso terapéutico: ¿son grupos naturales o artificiales, primarios o secundarios, heterogestionados o autogestionados?; ¿se trata de grupos profesionalizados o de grupos de pares?, es decir, ¿juega el terapeuta un papel específico o son más bien los miembros del grupo quienes asumen las funciones terapéuticas?. Según esto, juzgamos que deberían distinguirse diversas modalidades de terapia grupal. Tales modalidades estarían en función básicamente del papel que asume el terapeuta, del protagonismo que se concede al paciente y de la concepción ontológica que se tenga del grupo. De acuerdo con estos criterios creemos que pueden distinguirse, al menos, las tres modalidades siguientes:

- a) Terapia **en** grupo, donde el individuo constituye la figura y el grupo el fondo y el terapeuta actúa de conductor o director (Psicodrama, Terapia Gestalt, Análisis Transaccional)
- b) Terapia **de** grupo, donde el grupo constituye el paciente y el agente terapéutico, otorgándose al terapeuta un papel de analista grupal (las diversas modalidades de Grupoanálisis)
- c) **Co**-terapia grupal, donde todos los participantes actúan de terapeutas, siendo la figura del profesional la de facilitador puramente auxiliar o incluso inexistente (Grupos de Encuentro, Grupos de Autoayuda).

### 3.1. Terapia en grupo

#### 3.1.1a. El psicodrama clásico

Como ya se ha dicho más arriba el psicodrama clásico concibe al grupo como contexto para una actuación dramática de una problemática personal, con lo cual su forma de entender el trabajo terapéutico acaba por ser más cercano a una terapia **en** grupo que no a una terapia **de** grupo, cosa que queda ya plasmada en la distribución que hace de la escena, los actores, el director y el público. No es casual, que precisamente respecto al espacio y a las modalidades de conducción, se evidencien las mayores diferencias entre el psicodrama clásico y sus modernas aplicaciones.

Moreno elabora un sistema teórico que deriva de la unión de tres teorías: la psicoterapia de grupo, la sociometría y el psicodrama. El uso de la palabra drama, *acción* en griego, indica que se ocupa de transformar activamente las dinámicas, en vez de darles una interpretación verbal. Como dice Moreno, no pudiendo entrar en la psique de una persona, se puede en cambio, con su ayuda, intentar darle una evidencia plástica trasladándola al externo del individuo a través de la representación. El método psicodramático constituye tanto un modo de diagnóstico como de terapia; se basa en la hipótesis que para poder consentir la reintegración de los pacientes, tanto a nivel psíquico como social, es necesario crear "*culturas terapéuticas en miniatura*". Estas permiten por un lado observar la estructura psicológica del grupo y por lo tanto cumplen una función diagnóstica; por otra parte constituyen un ambiente positivo que se contrapone, terapéuticamente, a un ambiente de origen patológico e insatisfactorio.

La característica del psicodrama es la de incluir en el proceso terapéutico la actuación de un rol. En este caso la acción no es una imitación de la vida, sino una continuación. Los pacientes tienen así la posibilidad de encontrarse en una situación experimental en la que pueden revivir sus problemas, pero sin la presencia de los obstáculos y de las resistencias que la vida real impone, pudiendo así experimentar sin riesgos nuevos modos de ser. Esto no significa sin embargo, que los sujetos expresen todo lo que pasa por su mente, sin límite, como si fuese la actividad indiscriminada en sí misma la que fuera terapéutica, ya que como dice Moreno, el psicodrama, "*no es una cura por la acción contrapuesta a una cura por la palabra*" (Moreno

1960).

De ahí el rol fundamental del director y de los yoes auxiliares en el guiar la acción: hacer de forma que no se resuelva en una simple descarga motórica sino que en cambio asuma un significado psicológico, convirtiéndose así en un modo para expresarse y entrar en contacto con los otros y consigo mismo.

Para ayudar a la manifestación de la espontaneidad y consecuentemente a la catarsis, el psicodrama moreniano utiliza cinco instrumentos: el escenario, el sujeto, el director, el grupo de yoes auxiliares y el auditorio.

El *escenario* representa el espacio en el cual el sujeto puede expresarse libremente. La configuración de la escena responde a exigencias terapéuticas precisas: la sucesión de planos, sugiere, la dimensión vertical, favoreciendo la liberación de las tensiones y permitiendo a la acción desarrollarse con libertad. La escena se divide en tres momentos: calentamiento, comunicación y expresión.

Se invita al *sujeto* a no recitar en el escenario una parte, sino a ser él mismo. Para favorecer su implicación, el director utiliza las técnicas de calentamiento con el fin de obtener una activación en él, tanto a nivel físico como mental.

El *director* realiza contemporáneamente tres funciones: dirige cuando influye en la acción dramática; es terapeuta cuando participa en la acción y solicita la catarsis; es analista cuando observa las dinámicas individuales e interpersonales. En general es preferible que el director no se implique directamente en la situación, a fin de permitirle observar con mayor atención y mantenerse fuera de las relaciones de transferencia. Su participación se produce por vía indirecta, o sea, a través de los yoes-auxiliares que pueden ser considerados como sus extensiones a quienes guía en la acción. Está claro que en una exposición tan simple de la relación conductor-grupo no existe elaboración de los conceptos de transferencia y contratransferencia.

Los *yoes-auxiliares* tienen también un cierto grado de autonomía, además de seguir las indicaciones del director pueden reaccionar espontáneamente en función de las emociones que en ellos suscita el protagonista. En este punto se puede hacer notar la diferencia entre trabajo **en** grupo y **de** grupo: el psicodrama clásico acaba por prestar una gran atención al individuo en el grupo, y poca atención a la red de relaciones grupales o a la dinámica grupal. El grupo funciona como contenedor y marco, pero lo que está en el centro es el actor, con su historia, con su problema, él es el que propone el "texto" sobre el que se trabaja.

El *auditorio* está compuesto generalmente por los componentes de la familia del sujeto o por pacientes que tienen en común el mismo tipo de problema. El público, en relación al sujeto, representa el mundo, la opinión pública, y la escena resulta influenciada por su presencia; además, éste puede intervenir directamente tanto comentando como participando en la acción, y esto resulta muy útil para pacientes que se sienten aislados emotivamente. En relación a sí mismo, el público, representa siempre un paciente colectivo que encuentra bienestar en la catarsis interpersonal. También en este caso resulta claro el modelo de curar en grupo, donde el sujeto es actor en el centro de una situación que no tiene presente las matrices y redes grupales, sino sólo las relaciones entre el protagonista y el grupo que en este modelo se convierte en otro distinto de sí mismo.

Una sesión de psicodrama se subdivide en tres partes: preparación, acción y condisión. La primera fase, de *preparación*, tiene como objetivo, focalizar la atención del grupo sobre un tema común y encontrar un protagonista que lo encarne o lo represente. A tal fin existen varias técnicas usadas por el director para favorecer esta coagulación, aunque a veces no es necesario, pues existe ya un tema que emerge espontáneamente. Antes de pasar a la acción propiamente

dicha, existe también una fase de *calentamiento* para el protagonista y sus yoes-auxiliares, de manera que entren en la situación.

La fase de la *acción* indica la representación dramática por parte del sujeto, pero, mientras en el teatro "*la realidad se demuestra a través de la ilusión, en el teatro terapéutico realidad e ilusión son la misma cosa*" (Moreno 1960). Acción, en psicodrama, implica siempre "*hacer como si*", por lo cual la acción es siempre al mismo tiempo concreta y simbólica. La acción está caracterizada además de la dramatización espontánea del protagonista por una serie de técnicas aplicadas por el conductor y por los yoes-auxiliares. Estas, no constituyen una estructura definida que determina el camino de la acción, sino al contrario son casi como precauciones que se utilizan para favorecer que emerjan las emociones y la espontaneidad. Estas técnicas se realizan dramáticamente en el interior de la acción, confundiendo con ésta. Son muy flexibles respecto a la aplicación y a la realización: sucede a menudo que se improvisan otras nuevas para adaptarlas a la situación en curso. Moreno indica cerca de 350, entre las cuales la técnica del doble, del espejo, la inversión de roles y el soliloquio son las más divulgadas.

La importancia de la acción radica en la capacidad de producir la catarsis, que Moreno define como "*el efecto terapéutico que el psicodrama produce en el actor, que representando el drama al mismo tiempo se libera*" (Moreno 1960). La catarsis en general se consigue después de un clímax emocional en el cual se rompen las resistencias, esto produce una liberación del pasado a través de la toma de conciencia. Para Moreno la catarsis, una vez que se ha producido, indica el éxito y el fin de la terapia.

La tercera fase es la de *vuelta al grupo y discusión*; ésta es fundamental dado que hace sentir al protagonista que no está solo, le permite beneficiarse de las experiencias y opiniones de los demás y permite a todos expresarse, de manera que pueda producirse la catarsis de grupo.

En la conducción de este teatro Moreno es muy fiel a la escritura del texto y muestra dificultad en la descomposición y en la reescritura de la partitura sobre todo si no es el protagonista quien lo hace. Hay que aceptar como escritura la historia que el protagonista narra y notar que es este el texto sobre el cual Moreno trabaja, y no, el que emerge del grupo. Montesarchio (1994) lo explica con un ejemplo: si el actor pide al Yo-auxiliar que interprete un padre que lo maltrata, el director insiste para que el padre dramático lo haga; si por el contrario el Yo-auxiliar lo acaricia, no se elabora y no se reflexiona sobre el por qué. Moreno al máximo pide al actor que se vuelva a explicar, y, con una "inversión de rol" que se muestre, pero no se le pregunta por qué en busca de un padre violento se acabe por encontrar uno que acaricia y sobre todo no se profundiza en las relaciones del aquí y ahora entre los miembros del grupo, se traslada la atención fuera, al pasado o al futuro. De este modo la reescritura del "texto" por parte de un grupo que trabaja se ve poco estimulada y es mucho menos interpretable de cuanto a veces retóricamente se afirma.

### **3.1.1b. Evoluciones del psicodrama: el psicodrama analítico**

La integración del psicodrama dentro del psicoanálisis no se produjo sin notables desajustes, como los intentos de Lebovici en Francia de transponer la regla fundamental del psicoanálisis de "decir todo", transformándola dentro de la sesión psicodramática en la regla de "hacer todo". Esto llevó a situaciones comprometidas, que tuvieron que ser reconducidas volviendo a poner el acento sobre la dimensión, no real, sino figurativa o representacional del psicodrama. Como dice Anzieu (1978) la eficacia del psicodrama es simbólica: "*El simbolismo del psicodrama es de naturaleza especial, las relaciones de los seres humanos se organizan en estructuras particulares, análogas a las de los mitos. La función de los psicodramatistas es actualizar estos mitos privados y otorgarles, a través de la representación, existencia concreta*

*encarnada en varios personajes, para que puedan tomar conciencia de ellos de modo reflexivo. El grupo psicodramático permite la exploración de nuevos mitos y ensayarlos le permite revisar el mito personal o familiar al tomar el lugar de las personas que lo encarnan en la escena"*

Entre las modificaciones del psicodrama, introducidas por la escuela analítica francesa cabe señalar algunas, compartidas por la gran mayoría, y que suponen importantes cambios en el setting psicodramático:

- El grupo se hace más pequeño y los participantes se sientan en círculo.
- La escena es imaginaria por lo que no existe ni escenario ni otros recursos escenográficos.
- En la fase de calentamiento hay una mayor discreción que tiende a hacer superar la resistencia al juego.
- El psicodramatista participa en el juego, pero de acuerdo con el principio de neutralidad asume una posición alejada.
- La interpretación psicoanalítica es más importante que la condivisión. Naturalmente al lado de una interpretación verbal es posible una forma de interpretación a través de la acción.
- Es fundamental utilizar la transferencia y la contratransferencia.

Sin embargo, a pesar de esta base común, las diferencias entre los autores son notables. Queremos hacer referencia particularmente al enfoque de Anzieu, que se ocupa de elaborar un modelo teórico específico para definir el ámbito del psicodrama analítico. Implícitamente Anzieu critica a los otros autores franceses: Lemoine, Lebovici, Diatkine, Kestenberg, porque desarrollan una forma de psicoanálisis individual en grupo; él, por el contrario, sostiene que el psicodrama es una psicoterapia de grupo y del grupo. Para los autores citados, el psicodrama constituye un medio expresivo que tiene el valor de privilegiar los componentes no verbales de la comunicación, permitiendo así, que emerjan elementos que podrían quedar ocultos o necesitar mucho más tiempo para ser descubiertos. A la dramatización no se le asigna un valor terapéutico, sino sólo de expresión de conflictos, defensas, fantasmas del sujeto. Como en un sueño constituye sólo el contenido manifiesto cuyo contenido latente debe ser interpretado. El método utilizado es parecido al del psicoanálisis clásico: interpretación verbal individual y análisis de la transferencia. Se descartan así conceptos como catarsis, propio del psicodrama, y el concepto de función del grupo, propio del grupoanálisis. Además el comportamiento del terapeuta está determinado por la neutralidad, el principio de "no hacer el juego del paciente", así que si participa en la dramatización lo hará con la menor implicación posible. Vale la pena recordar, sin embargo, la crítica que Moreno hace al principio de neutralidad, propuesto por estos autores. Moreno nota cómo en ciertos momentos el protagonista tiene necesidad, durante el trabajo dramático, de una madre, un padre o de otras figuras, si el yo-auxiliar no ofrece las genuinas características, el protagonista, según Moreno, podría verse perjudicado más que ayudado. Se necesita una transformación recíproca entre protagonista y yo-auxiliar para evitar que el sujeto se encuentre jugando solo y para evitarle sentirse como una "rata de laboratorio".

Anzieu retoma esta crítica y recuerda cómo el yo-auxiliar se halla inserto en la sección de psicodrama de Moreno para favorecer el contacto con la realidad y para impedir que la dramatización se transforme en una satisfacción narcisista de los deseos del sujeto. A este propósito, una de las contribuciones más fecundas de Anzieu es la de la reelaboración de la función del yo-auxiliar y su aplicación específica de la interpretación psicoanalítica en el psicodrama. Anzieu usa la interpretación refiriéndose al aquí y ahora y la relaciona tanto con la dimensión individual como con los efectos de grupo de resonancia fantasmática y con los procesos identificatorios y proyectivos que subyacen a las relaciones interpersonales.

La interpretación verbal se usa sólo en la fase inicial y en la final de la sesión, y no se

considera útil durante la dramatización. Las formas que la interpretación asume durante la dramatización son "la interpretación verbal recitada" y "la intervención mediante el rol". En la primera forma, el psicodramatista hace un comentario que tiene valor de interpretación, en la segunda el psicodramatista interviene activamente. Las posibilidades de acción son muchas y las técnicas de Moreno constituyen una reserva muy útil. Esta posibilidad de actuar en la situación misma, según Anzieu, es una de las aportaciones más interesantes de Moreno. En las formas más modernas del psicodrama, basadas en modelos grupoanalíticos, las acciones interpretativas que Anzieu y Martin (1968) describen como privilegios del conductor, son acciones de las que puede hacerse cargo el grupo al completo o los participantes uno por uno, además del terapeuta.

Anzieu nos parece el autor más atento a las técnicas morenianas, a menudo hace referencia a la aportación teórica de Moreno, a quien critica, sin embargo por olvidar el símbolo y el significado, sin los cuales la acción puede transformarse en una simple descarga motórica. La aportación del psicoanálisis es pues para este autor, la de proporcionar estos significados. De la unión entre expresión dramática y comprensión psicoanalítica deriva una nueva visión en la que el psicodrama constituye una comunicación simbólica. El sujeto puede representar en el exterior el propio "drama" a través de una serie de personajes que simbolizan la situación conflictual originaria. Se reproduce, utilizando la terminología de Lacan: la "historia mítica del sujeto que es actualizada". Este proceso se ve favorecido por la característica del psicodrama de constituirse como en espacio de juego, más tolerante porque esta basado en el "hacer como si".

En el panorama de la escuela francesa, hay que hacer igualmente mención especial de la aportación de Schutzenberger (1966). La autora parte de la consideración de que no existe una clave única de lectura del comportamiento del grupo, derivando hacia la creación de un sistema triádico en el que convergen las aportaciones de la psicoterapia de grupo, del psicodrama y de la terapia dinámica de grupo. En este sistema triádico el psicodrama constituye una introducción de la psicoterapia de grupo, lo que permite una profundización y una articulación con la dimensión individual. Por lo general el juego tiene lugar en un momento dado de la evolución del grupo, a menudo después de la emergencia de los primeros conflictos, después de las fases de dependencia y cuando las relaciones con el director se han aclarado. El grupo triádico es un grupo en el que la atención está focalizada más que en el individuo, en el grupo. Al lado de los instrumentos clásicos se utiliza el observador, que manteniéndose fuera de la dinámica grupal, tiene la función de facilitar al conductor la comprensión de las dinámicas de contratransferencia. La autora subraya que en su enfoque, diversamente del psicodrama analítico que focaliza sobre las relaciones de transferencia, se consideran también la dinámica y la sociometría del grupo, por lo que el material que se pone en juego, corresponde simultáneamente al contenido psíquico de un individuo, a la vivencia de muchos espectadores y a un momento del grupo.

Otra aportación original nos llega de la escuela argentina (Moccio, Martínez, Pavlosky, Rojas-Bermúdez, Satne), que añade a las formas clásicas del psicodrama un elemento constituido por los "juegos dramáticos", dado que su trabajo se ha desarrollado particularmente con niños (Pavlosky, en Avila 1993). Los "juegos" son una forma de sensibilización al lenguaje dramático en el que se intenta facilitar en los participantes el pasaje de una modalidad de pensamiento discursiva a una modalidad donde las ideas se transforman en acciones: lo que se propone es pensar en escenas. Desde este punto de vista el juego dramático es una experiencia que se concluye en si misma, que puede durar poco, y que permite un acercamiento incluso narrativo a la técnica psicodramática. No se trata de una forma de terapia: se evitan las interpretaciones, se focalizan las intervenciones sobre la descripción de los personajes y son relativas al rol jugado. Son juegos preestablecidos, repertorios de escenas que el conductor



propone en base a la situación y a los objetivos previstos. Cada ejercicio está generalmente dividido en cuatro fases: la consigna; la dramatización; la explicación verbal de lo que se ha actuado; la condivisione con el grupo.

### 3.1.2. La terapia Gestalt

Se puede considerar, sin lugar a dudas, la Terapia Gestalt como una evolución menos teatral, pero no menos dramática, del psicodrama moreniano. Esto la hace más adaptable a los fines terapéuticos corrientes y a las disponibilidades de espacio habituales en los centros clínicos públicos (Pantinat, 1994) o privados. De este modo la terapia Gestalt se convierte en una forma de psicodrama al alcance de todos, incluso de los que no tienen una personalidad histriónica. Todo el *attrezzo* queda reducido en la Terapia Gestalt a una silla, metafóricamente llamada "el banquillo de los acusados" o "silla caliente".

Erving y Miriam Polster (1974) lo explican así: "Un coordinador gestaltista trabaja por lo general con un voluntario por vez, mientras los otros miembros observan o bien participan como auxiliares entre el coordinador y el participante. Al miembro activo se lo alienta a que explore sus sueños, fantasías, expectativas, gestos, voz y otros rasgos personales, teatralizándolos delante del grupo". A veces la silla o el banquillo se desdobra en dos, *la silla caliente* y *la silla vacía*, llamada así porque está vacante, esperando ser ocupada por personajes imaginarios y que Perls define como "un truco de proyección e identificación". Estas dos sillas se utilizan para dar lugar a un diálogo con las figuras representativas de referencia -padres, jefe, amigos- o incluso con partes internas de uno mismo. Un ejemplo tomado de Greenberg et al. (1993) puede servir de ilustración. Se trata de un diálogo imaginario, estimulado por el terapeuta, entre la paciente, una mujer de 36 años, escritora de profesión, y su padre con quien manifiesta tener todavía asuntos pendientes, igual que con su madrastra:

Cliente.- *Tú (dirigiéndose al padre imaginario sentado en la silla vacía) me incomodas, me haces avergonzarme de mí misma.*

Terapeuta.- *¿Puedes cambiar ahora? Intenta ser tu padre, este hombre que te hace sentir mal... ¿Puede ver a la niña de 11 años? ¿Cómo lo haría?*

Cliente.- *(haciendo de padre) No puedo ver a esta niña de 11 años (porque mi padre no sería capaz de ver a esta niña de 11 años).*

Terapeuta.- *Entiendo. Dile: "no puedo verte".*

Cliente.- *(haciendo de padre) No puedo verte. Me estás incordiando.*

Terapeuta.- *¿Qué es lo que le incomoda al padre?*

Cliente.- *(haciendo de padre) No puedo tratarte como una niña. Puedo jugar contigo, pero no sé qué hacer con esa persona que es tan inestable y cambiante. No sé qué hacer contigo. Ya es hora de que tu madre se ocupe de ti.*

Terapeuta.- *Ya entiendo. Repítelo otra vez: "Ya es hora de que tu madre se ocupe de tí".*

Cliente.- *(haciendo de padre) Ya es hora de que tu madre se ocupe de ti.*

Este estilo de trabajo es el que responde típicamente a la forma personal de trabajar de Fritz Perls (1973), en la que predomina la metáfora gestáltica de la figura (el paciente sentado en el banquillo frente al terapeuta) y el fondo (el grupo). Sin embargo, como dicen los Polster (1974) no es fundamental para la terapia gestáltica confiar exclusivamente en una metodología del "uno frente a uno", aunque el hecho de que esta situación se dé sobre el fondo del grupo presenta ya grandes ventajas respecto a la sesión privada.

En primer lugar la persona sentada en el banquillo de los acusados, en el centro de la acción, experimenta un sentido más destacado de la comunidad, porque la sola presencia de los otros aumenta la significación de lo que está desarrollando como *figura*. La persona que está en

el banquillo tiene la oportunidad de mostrarse no sólo ante un profesional experto, sino también, en cierto sentido ante la gente en general, cuando la aceptación o el rechazo social son algo más que un riesgo hipotético.

Por lo demás, la *experiencia terapéutica* en comunidad reviste la densa significación de un drama humano que trasciende el interés individual para poner en juego intereses universales, y que da a la gente un sentido más hondo de su naturaleza común. Los que asisten como testigos a la interacción dramática de dos personas pueden aprender de ella lo que es aplicable a sus propias vidas, abriendo nuevos horizontes.

Finalmente el grupo permite ensayar formas de interacción diferentes a las que el individuo está habituado en el círculo limitado de sus relaciones. El grupo actúa como amplificador y a la vez como laboratorio de ensayo de nuevas conductas y actitudes bajo el contexto protegido de la terapia.

### 3.1.3. Análisis Transaccional

A pesar de que el Análisis Transaccional (AT) no es un método estrictamente limitado al tratamiento de grupos, sus conceptos y técnicas se prestan particularmente a la terapia en grupo, precisamente por estar centrado en el análisis de las transacciones, y ser en este contexto donde se practica habitualmente. Berne (1964, 1966), su iniciador, solía decir que bastaban cinco palabras para entender el AT: Padre, Adulto, Niño, juego y guión. Berne definió los juegos como conjuntos de transacciones de naturaleza repetitiva, caracterizados por una gratificación psicológica bien definida. Consideraba que los juegos, además incluían un engaño, que sólo podía funcionar si encontraba un enganche en la debilidad en los demás, como temor, sentimentalismo, ambición o irritabilidad.

Un ejemplo de juego que Berne llamó "¿Por qué no? - Sí, pero" en el que el terapeuta o los miembros del grupo se colocan en posición de Padre y el paciente en la del Niño, puede verse en la transcripción del diálogo siguiente tomado de Harper (1982)

George: *No avanzo nada en mi profesión debido a que no publico nada. Para un geólogo la cuestión es publicar o perecer.*

Eva: *¿Entonces por qué no escribes algo? Tú mismo has dicho que tienes muchísimos datos de investigaciones que has estado coleccionando, y por la forma en que hablas, creo que podrías escribir satisfactoriamente.*

George: **Sí, pero** *no en casa. No puedo pensar ni escribir. Los niños siempre están haciendo diabluras. Mi esposa es muy permisiva, y no es partidaria que los niños se vayan a la cama a una hora razonable.*

Martin: *Pues quédate en tu oficina y escribe. Como miembro antiguo del personal puedes usar tu oficina toda la noche, si es necesario, ¿No es así?*

George: **Sí, pero** *en la oficina sólo hay ordenadores y nunca he aprendido a usarlos. Probablemente los estropearía y tendría que pagarlos de mi sueldo, sacándolo del presupuesto familiar que ya está en muy malas condiciones. Los niños...*

Martin: *Por Dios, George! Si las secretarias que no tienen ni el bachillerato son capaces de usar los ordenadores, tú con un doctorado deberías ser capaz de utilizarlos.*

George: **Sí, pero...**

En el juego que acabamos de transcribir es obvio que George consigue llamar la atención irritando a sus compañeros, solicitando compasión, provocando *caricias* o buscando un salvador, situándose en cualquier caso en el ojo del huracán. La esperanza de la psicoterapia es ayudar a las personas, dice Berne, a moverse de la "necesidad de los juegos a una mayor satisfacción de la intimidad". Los juegos se utilizan en el aquí y ahora (Casado, 1987) de cada

circunstancia de la vida, pero para Berne la vida de las personas está estructurada en *guiones* (Martorell, 1988, Steiner, 1992), cuya escritura se determina en edades tan tempranas como de los tres a los siete años. Son por tanto infantiles e ilusorios. La terapia puede ser útil para su análisis.

El AT es una terapia directa y activa. El terapeuta, al principio de los procedimientos del grupo, suele intervenir para señalar los distintos estados, con frecuencia complementarios, de Padre, Adulto o Niño que manifiestan o en que se relacionan los miembros del grupo. Es además una terapia contractual en que se le exige al paciente que defina exactamente qué es lo que espera de la terapia, de modo que si la meta del tratamiento no es aceptable para el terapeuta el contrato no se cierra. Sólo en casos de grave perturbación puede el terapeuta aceptar temporalmente una especie de contrato de custodia (Padre-Niño) que deberá renegociarse posteriormente cuando el paciente sea capaz de ejercitar su estado Adulto.

Un grupo típico de AT puede constar de unas ocho personas y el terapeuta, que equivalen a un total de veintisiete personas puesto que cada una de ellas puede interactuar con los tres estados posibles del ego (Padre, Adulto, Niño). Esto permite centrar el análisis en las transacciones más que en los estados internos del sujeto. En consecuencia el AT resulta particularmente adaptable al trabajo con instituciones como el matrimonio, la familia, la administración o las organizaciones. Sin embargo, el uso clínico de su técnica de análisis le confiere un carácter más de terapia *en* grupo, que de terapia de grupo, puesto que en él predomina la visión contractual o funcional sobre la mítica u ontológica, respecto a cualquier tipo de formaciones grupales.

## **3.2. Terapia de grupo**

### **3.2.1. El grupoanálisis:**

El grupoanálisis considera al grupo como el lugar por excelencia donde no sólo pueden analizarse los caracteres y comportamientos relacionales, sino el espacio simbólico en que se desarrolla la matriz estructurante de la mente humana. La ventaja que ofrecen los grupos es que en ellos se puede asistir a la estructuración de la relación en estado naciente, cosa que no sucede en los grupos ya constituidos como la familia o la pareja. Como indican Pontalti y Menarini (1985), el grupoanálisis puede considerarse psicología del campo y del futuro, entendiéndose por campo el "aquí y ahora", donde el grupo trabaja analíticamente sobre sí mismo en la búsqueda de las matrices familiares, culturales y sociales de cada uno de los participantes en el grupo. A partir de este aquí y ahora (presente) se puede descubrir la dinámica grupal, tal como la había conceptualizado Lewin (1940), empeñada en la tarea de redescubrir las matrices familiares (pasado) que cada uno lleva al grupo, para poder crear una historia nueva con proyección hacia el futuro.

La psicología del aquí y ahora, significa que no es posible un grupo que no parta de lo que sucede en el grupo, de las relaciones actuales, de lo que se actúa en el grupo en términos prevalentemente verbales, pero también posturales, expresivo-faciales y bajo todas las otras formas de comunicación paralingüística. La utilización de los recursos no verbales implica cambios significativos en relación a los planteamientos relacionales de Freud. En efecto, si Freud había dispuesto el diván como forma de evitar el contacto visual, la interacción cara a cara, entre analista y paciente, y entre pacientes, propia del grupo analítico, implica desplazar la atención hacia la interacción comunicativa. A diferencia, sin embargo, de los grupos de encuentro, en el grupoanálisis se mantiene estrictamente la regla de la abstinencia de los contactos corporales. El grupo y el analista trabajan con lo *simbólico*, no con lo real.

El trabajar con el mundo simbólico o fantasmático de los sujetos, puesto de manifiesto en el aquí y ahora de las interacciones del grupo, lleva a éste a desarrollar un pensamiento reflexivo, abriendo el abanico de las interpretaciones, dado que la interpretación no consiste en el simple pasaje de un símbolo a un concepto, sino en el de un mundo simbólico incomprensible a otro comprensible, que se hace posible, justamente, desde la multiplicidad de perspectivas de todo el grupo.

La esencia de la psicoterapia analítica de grupo consiste en la relación entre personalidad del paciente y las personificaciones mitopoyéticas transpersonales, localizables en el grupo. Así como en la tragedia antigua era el coro quien daba voz mitopoyética a las acciones, desde Moreno es el grupo quien asume esta función. La característica de la Terapia Grupo-analítica es que el grupo crea un espacio mental en el cual aparecen los dobles que representan el fantasma común del grupo.

Al entrar en un grupo los pacientes vienen con sus propios fantasmas y consideran absurdo oír los de los demás. Pero dejando hablar libremente a los participantes del grupo es posible llegar a sacar las implicaciones contenidas en el discurso que se articula grupalmente. En un grupo la manifestación de estos fantasmas comunes originarios se produce a través de la participación de los distintos miembros, las identificaciones o contraidentificaciones de unos miembros con otros. En un momento determinado es posible ver una serie de conexiones que llevan a la representación de un fantasma común o *ikona*, -como lo llaman Menarini y Pontalti (1994)- presente en el imaginario de los participantes.

En la terapia individual, por ejemplo, pronto se ponen de relieve las implicaciones lógicas de los sueños a través de la interpretación, mientras que en el grupo analítico no se trata de interpretaciones, sino de hacer visibles los sueños a través de las asociaciones libres. Por ejemplo, una paciente llega al grupo y explica un sueño.

- *"Estaba en el balcón y de repente me doy cuenta de que mi hijo pequeño estaba sentado en el balcón y se podía caer. Me siento aterrorizada"*.

A continuación otra paciente explica otro sueño:

- *"Pues yo he soñado que estaba en un hospital; abría la ventana y veía un grupo de gente que caminaba por allí, por el prado"*.

En este momento otro participante del grupo comenta:

- *"Entonces estos sueños podrían representar la terapia de grupo, donde el niño representa a la propia paciente que tiene miedo que le pueda pasar cualquier cosa y se cae"*.

Un cuarto participante interviene diciendo:

- *"Bien en este caso la terapia no es un lugar seguro, porque el terapeuta no da seguridad si alguien puede caerse y hacerse daño. Quizás es mejor no hacer terapia"*.

El terapeuta recogiendo el tema del que se está hablando puntualiza:

- *"Es cierto, el terapeuta no puede evitar que alguien se caiga; pero justamente la finalidad de la terapia es que cada uno se convierta en el terapeuta de sí mismo. Es decir que cuide de sí mismo como de su hijo y que evite la caída"*.

Como se puede ver el tema del grupo gira en torno de si la finalidad de la terapia es confinarse en sí mismo indefinidamente o bien que cada uno llegue a ser el terapeuta de sí mismo.

Por lo tanto, los temas de grupo son situaciones que permiten ver las conexiones de causalidad con la *ikona*. Uno de los primeros efectos del trabajo en grupo es el de la *resonancia* con la que el paciente se da cuenta de que sus propios problemas o que los problemas de los demás resuenan como propios. Una paciente, por ejemplo puede decir:

- "Yo no soy libre, porque en casa no me dejan salir; aunque estoy divorciada y tengo cumplidos ya los 35 años controlan mi vida, puesto que dependo de ellos económicamente".

Entonces otra paciente interviene y dice:

- "Ah! ahora me doy cuenta que mi marido me trata como si fuera su hija".

Es como si el grupo fuera una caja de resonancia en la que lo que se dice va reverberando como las ondas de la superficie de un lago. Después de la *resonancia* se produce la *reacción especular*, donde se empiezan a ver cosas como en un espejo. La *reacción especular* más fuerte se llama "*mirroring*", de la palabra inglesa "*mirror*" (espejo). Es como si el grupo fuera un espejo en el que se ven por primera vez los problemas. Estos problemas son fantasmas que se repiten, pero que a través del espejo se hacen visibles por primera vez. Los fantasmas se dramatizan como en la tragedia griega. Después se personifican en la medida en que cada individuo se convierte en una persona, en el sentido de máscara del teatro que da voz a estos fantasmas. A diferencia de la terapia individual, la terapia grupal es mucho más dramática, en el sentido que tiende a representar.

La expresión de los fantasmas en grupo permite convertirlos en temas, que son modalidades nuevas de la existencia. Se convierten en valores afectivos. La transformación de la vida en un valor es uno de los trabajos más difíciles que existen. Por valor se entiende una unidad afectiva agregante que genera cohesión y que crea una realidad nueva que antes no existía. A la unidad afectiva que une a las personas, a los componentes del grupo, la llamamos *koinema* - del griego *koiné*-, que significa común.

El grupo es pues un lugar de privilegio para trabajar lo *interpersonal* y lo *transpersonal* a través de un denominador común que Caparrós (1993) llama *vínculo*. Que lo vincular sea el objeto de la psicoterapia grupal viene dado, según dicho autor, porque "el grupo es el lugar preferente de su manifestación. La determinación concreta de un individuo se da a través de sus múltiples interconexiones reales... Una psicoterapia del vínculo permite tener como objeto de trabajo a la relación y no a los integrantes aislados de ésta. Ello permite la posibilidad de analizar al grupo en los individuos y no al individuo en el grupo". El grupo es, en efecto, el lugar adecuado "para trabajar las relaciones simétricas y asimétricas, la exclusión, la competencia, la actitud, el proyecto de acción, el aquí y ahora". La productividad de un grupo terapéutico viene referida, ante todo, a la producción del cambio vincular, y no solo en términos de objetivos externos al propio grupo. Esto vale tanto para la psicoterapia *de* grupo, como para la psicoterapia *en* grupo. En ésta última justamente la relación entre el protagonista -el hecho mismo de ser centro de atención de otros pares es ya un fenómeno vincular- y el grupo, que le deja ese espacio y se ofrece como auxiliar, caja de resonancia y soporte, marca lo específico de esta modalidad terapéutica respecto a la psicoterapia individual.

Esta concepción de lo vincular como objeto de análisis en los grupos, heredada de Pichon-Rivière (1978), ha sido particularmente adoptada entre nosotros por el grupo Quipú de Psicoterapia, fundado en Madrid entre otros por Nicolás Caparrós Sánchez, Carlos Cabello Suñén, Antonio García de la Hoz y Alejandro Avila Espada en 1974, y publica desde 1976 la revista *Clínica y Análisis Grupal*. El modelo desarrollado por estos autores se ha venido en llamar "modelo analítico-vincular". *Analítico*, por cuanto se inspira en el Psicoanálisis como matriz ideológica que permite pensar una realidad; *vincular* porque a través de este concepto "se articula sin violencia la díada individuo-grupo".

A pesar de la utilidad terapéutica del grupoanálisis, hay que establecer algunos criterios limitativos en relación con la terapia grupal, como también hay que hacerlo con la terapia familiar y la terapia individual. El grupoanálisis en particular, de acuerdo con Di Maria, Lo

Verso y Lavanco (1993) no es adecuado en los casos de depresión grave de tipo psicótico, puesto que un depresivo grave necesita una acogida que sólo puede otorgarle una relación más estrecha o individual. No se adapta tampoco a pacientes con personalidad paranoica, puesto que el grupoanálisis exige un mínimo de capacidad de tolerar la grupalidad, lo que implica soportar la presencia de los demás. Tampoco las personalidades histriónicas son adecuadas para una terapia grupal, puesto que presentan una dinámica de falso sí mismo.

### **3.2.2. Grupoanálisis familiar con adolescentes**

La elección de los candidatos a un grupo-análisis requiere, pues, tomar en cuenta ciertos criterios de selección. En particular, Menarini y Pontalti (1994) consideran que si el espacio mental de una persona no goza de capacidad de autonomía, sino que se halla ocupado por la presencia manipuladora del núcleo familiar actual, es desaconsejable hacer una terapia de grupo, puesto que el grupo familiar se sentiría traicionado y el paciente culpabilizado. Para estos casos, justamente, estos autores han desarrollado una técnica mixta, denominada *grupoanálisis familiar*, particularmente indicado para el tratamiento de la problemática adolescente.

Consideran estos autores a la familia como una agencia antropológica, transmisora de las matrices culturales de la sociedad y la adolescencia como el momento del ciclo vital en el que la tensión entre el campo mental familiar y social se hace mayor oscilando entre:

- a) una matriz familiar, con sus representaciones mentales
- b) el mundo psíquico interno, y
- c) el campo social

En esta oscilación el adolescente percibe tres universos coexistentes de forma confusa y angustiante. Esta oscilación entre campos mentales diversos puede ser vivida sin la aparición de una psicopatología, únicamente si la matriz familiar permite la articulación y la diferenciación de los temas personales, que constituyen los significantes individuales, útiles para dar significado a lo nuevo, a lo desconocido que emerge del encuentro con lo social. Este estado de adolescente sitúa al joven en una confusión de identidad, falta de coherencia y estabilidad, que lo lleva a vivir despersonalizaciones características de la etapa evolutiva, tan dramáticas como la anorexia o la psicosis.

No siempre, sin embargo, el adolescente puede soportar el proceso de diferenciación en relación a la familia, particularmente cuando no puede todavía identificar sus propios pensamientos como tales y se halla enredado en un proceso de construcción de sí mismo en el que los mitos o fantasmas familiares no dejan paso a la elaboración de los propios temas personales. Es evidente que en la medida en que existe una mayor coincidencia entre espacio psíquico individual y colectivo, tanto mayor será el riesgo de confusión.

En un proceso evolutivo satisfactorio la resolución de esta crisis de crecimiento adolescente se produce a través de la superación de las falsas dicotomías entre los diversos mundos individual, familiar y social, originando una síntesis nueva y creativa de las diversas matrices culturales de donde emerge el psiquismo. Con frecuencia, sin embargo, dadas las dificultades de nuestra sociedad y de nuestra organización familiar actual para hacer frente a los procesos iniciáticos del adolescente, se hace recomendable una intervención de tipo terapéutico con finalidades preventivas o reparadoras que tenga en cuenta las características especiales del adolescente. Éste se muestra con frecuencia reactivo a cualquier tipo de introspección o de elaboración de sus propios fantasmas y evita o abandona cualquier intento de enfrentamiento consigo mismo que se le proponga a través de las diversas modalidades de terapia.

Una posibilidad para evitar reacciones excesivamente desestructuradas o de abandono ante la terapia es ver a los pacientes según un enfoque multimodal, en grupo e individualmente.

El grupo le proporciona al adolescente un espacio compartido donde visualizar sus conflictos, el análisis individual la posibilidad de elaborarlos. Un caso particular, lo constituyen, sin embargo, aquellos adolescentes, para quienes la terapia individual o grupal puede resultar a veces contraindicada o incluso iatrógena, dadas las particularidades de la crisis adolescente. Para abordar estos casos parece más adecuado desarrollar una metodología clínica que los autores citados han denominado *grupoanálisis familiar*, y que no debe confundirse con la terapia familiar de orientación sistémica.

La reflexión sobre los distintos marcos terapéuticos por parte de los pacientes y el estudio de la casuística clínica puede ayudar a identificar los casos en que resulta particularmente útil el recurso a la terapia grupoanalítico familiar o al menos a un diagnóstico en el contexto del grupo familiar. Cuanto más estrecha es la inserción de la patología en una matriz familiar patológica, tanto más difícil se hace imaginar una terapia en la que, al menos en alguna de sus fases, no se contemple un contexto formal familiar. Así como no es posible conocer la matriz dinámica de un grupo terapéutico, extrapolándola del conocimiento de las matrices personales de sus componentes, tampoco no se puede conocer la organización mental de una familia desde el interior de una relación terapéutica personal con uno solo de sus miembros. De todo ello se deduce el sentido de llevar a cabo sesiones dentro del marco familiar con el objetivo diagnóstico de comprender las características de la matriz familiar de aquella situación clínica específica para poder formular un mapa semiológico de la propia matriz y de las relaciones (no causas) entre la matriz familiar y la organización patológica del paciente.

Esto no significa que se deba considerar indispensable una fase de diagnóstico familiar para cualquier situación clínica, dado que no es siempre posible y a veces ni siquiera deseable, llegar a constituir un marco familiar donde desarrollar un trabajo con la familia. Los casos en que, sin embargo, parece particularmente necesario disponer de un contexto diagnóstico familiar son los siguientes:

- 1) En los trastornos psíquicos o comportamentales de la infancia
- 2) En los trastornos de la adolescencia, a no ser que el paciente pida explícitamente un espacio propio, es decir asuma en primera persona la iniciativa de la demanda de ayuda. Aun así puede resultar indispensable una fase diagnóstica familiar.
- 3) Siempre que la demanda llegue de alguno que no sea el paciente mismo, independientemente de las motivaciones de tal demanda.
- 4) Siempre que el paciente se resista a venir, independientemente de la hipotética gravedad del paciente mismo.
- 5) En las siguientes figuras diagnósticas del DSM
  - trastornos esquizofrénicos y asimilables: trastornos afectivos mayores, episodios maniacales, depresivo mayor, bipolar (eje I).
  - trastorno narcisístico de personalidad: trastorno *borderline* de personalidad, de dependencia, esquizotípico (eje II).
- 6) En los casos ya indicados de trastornos de personalidad o de dificultad de relación intrapsíquica consigo mismo y con los demás.
- 7) Por último, aunque obvio, pero no por eso menos olvidado: en las situaciones de crisis psiquiátrica aguda.

### **3.3. Co-terapia grupal**

#### **3.3.1. Grupos de encuentro: grupos heterogestionados**

Ya hemos hecho referencia a la notable difusión que experimentaron los grupos de encuentro en la década de los sesenta, que, en palabras de Rogers (1970) llegó a constituir un

verdadero fenómeno social. Precisamente ha sido Rogers uno de los máximos exponentes de este tipo de grupos, en los que la concepción tradicional del terapeuta como experto clínico ha sido sustituida por la del facilitador de un proceso inscrito en la fuerza de crecimiento del propio grupo. A pesar de ello estos grupos pueden considerarse *heterogestionados*, puesto que la convocatoria obedece a los intereses, aunque legítimos, en último término económicos del terapeuta, quien por lo tanto tiene adquire una responsabilidad sobre el grupo.

Rogers señala que en un grupo de encuentro el proceso básico se desarrolla generalmente en las siguientes etapas.

1. *Confusión inicial*: el líder esclarece que las sesiones tendrán muy poca estructura y que cada cual es responsable frente a sus reacciones en el grupo; esto crea una tensión que disminuye un poco cuando los participantes empiezan a hablar sobre temas superficiales que no los comprometen.

2. *Resistencia a la expresión o exploración personal*: la mayoría evita compartir pensamientos o emociones que los hagan sentir más vulnerables frente a los demás, por ende el diálogo continúa superfluo.

3. *Descripción de emociones vivenciadas en el pasado*: llega un momento en que se habla de situaciones que ocurrieron en "el allí y el entonces", o sea, de situaciones cuyo valor afectivo no es tan intenso en el presente.

4. *Expresión de emociones negativas*: son la primera expresión genuina de las vivencias que acontecen en "el aquí y el ahora". Son actitudes negativas que casi siempre aparecen primero que las positivas, hacia los participantes o hacia el líder del grupo.

5. *Expresión y exploración de un material personal importante*: después de comprobar que sus comentarios negativos han sido asimilados por el grupo sin resultados catastróficos, la persona siente que pertenece más al grupo y se arriesga a compartir situaciones de su vida que considera valiosas.

6. *Expresión inmediata de las emociones interpersonales en el grupo*: la confrontación se inicia cuando los participantes se expresan espontáneamente -"en borrador"- sin pensar antes en lo que van a decir, ya sea positivo o negativo.

7. *Desarrollo de la capacidad curativa en el grupo*: llega un momento que el clima del grupo ofrece un a cohesión tal, como consecuencia de las intimidades compartidas, que incita a los participantes a darse apoyo y protegerse.

8. *Autoaceptación y comienzo del cambio de actitudes*: se producen cuando la persona deja de invertir energía en comportarse de un modo diferente a como realmente siente, desarrollando una mayor correlación entre lo que dice y hace.

9. *Derrumbe de la imagen*: cada vez más los participantes se comportan tal cual son, apartando el juego de roles y las reglas de educación. Se forma una presión grupal que impulsa a la expresión sutil o violenta de los más recónditos sentimientos.

10. *El grupo imparte retroalimentación a cada participante*: se hace más fluida la información que se da en el grupo sobre el impacto que los participantes se causan entre sí.

11. *Confrontación*: el bombardeo de actitudes negativas se hace con más frecuencia y soltura.

12. *Relación terapéutica fuera del grupo*: debido a que se han compartido experiencias importantes, los participantes buscan encontrarse en otros lugares para seguir dialogando con veracidad.

13. *Encuentro básico*: después de quemar todas las etapas descritas se logra una relación muy expresiva del sentir de cada cual, que crea un ambiente de intimidad, y se incorporan al vocabulario frases como "estoy contigo", "me siento muy cerca de ti" que se reiteran con comportamientos no-verbales como un abrazo o un mirarse profundamente a los ojos.



14. *Expresión de sentimientos positivos y cercanía*: el encuentro se generaliza hacia los demás miembros del grupo fortaleciendo la cohesión que se ha venido formando.

15. *Modificación de conductas en el grupo*: se suavizan las expresiones faciales, cambian los gestos y el tono de la voz, y existe una mayor preocupación por lo que siente el otro.

A pesar de la diferencia entre el estilo de cada líder, en los grupos de encuentro predominan los siguientes factores comunes que enumera Kort (1974):

a) el número de participantes oscila entre seis y veinte personas, lo que facilita la interacción cara a cara.

b) la intención es obtener una experiencia grupal intensiva.

c) se enfoca la realidad del "aquí y ahora", o sea la conducta del individuo dentro del grupo en ese momento

d) se estimula la confrontación interpersonal, la transparencia en expresar lo que verdaderamente se siente y la sinceridad para compartir los errores.

e) se refuerza la evocación de respuestas emocionales intensas

Los grupos de encuentro se especializan en explorar el territorio afectivo de cada participante, atribuyendo poco valor a las intelectualizaciones, que se interpretan como racionalizaciones orientadas a evitar el compromiso. En los grupos de encuentro se utilizan los recursos del propio cuerpo y de cada uno de los sentidos. Así para las personas que están cerradas a la experiencia, Schutz sugiere que se desprecen de espalda-a-espalda con otra persona hasta sentir la apertura; a las personas que les cuesta entrar en contacto con otros puede que se les pida que cierren los ojos y extiendan las manos explorando el espacio a su alrededor hasta tocar y percibir los cuerpos de los participantes en el grupo; a las personas que se muestran desconfiadas se les incita a dejarse caer de espaldas en brazos de los compañeros. El propósito de estos ejercicios estriba en integrar el cuerpo en la terapia. En él, en efecto, se inscriben las tensiones psicológicas: en la respiración entrecortada, en las contracciones musculares, en la postura corporal.

El objetivo principal en los grupos de encuentro es que la persona se desenmascare frente a los demás participantes y para ello tiene que arriesgarse a compartir y hablar sobre sí misma. El clima emotivo que se produzca en el grupo y las técnicas psicoterapéuticas, que decida utilizar el facilitador, varían mucho de un grupo a otro (Shapiro, 1978), pero generalmente cada persona debe respetar las siguientes reglas básicas:

a) responsabilizarse: Enunciar en primera persona sus sentimientos y pensamientos, tanto si versan sobre sí mismo como sobre los demás. No atribuir, en consecuencia, a los demás, las propias emociones. No eludir el enfrentamiento con los propios problemas.

b) expresar los sentimientos y emociones: tanto si son agradables como desagradables, sin censurar su contenido, ni exagerarlo. Arriesgarse a decir lo que se siente, aun con el peligro de rechazo. La expresión de sentimientos tiene también sus exigencias en el nivel sintáctico del lenguaje. Como dice Gimeno (1994), ésta no admite un *que* detrás del verbo *sentir*, puesto que con ello se hace referencia a un pensamiento más que a un sentimiento. Expresiones como "siento que intentas manipularme" en realidad significan "pienso, me parece o tengo la impresión de que quieres manipularme". Por lo tanto deberían traducirse por "siento *rabia, indignación, miedo, frustración*, cuando te he visto hacer esto o lo otro".

c) dar retroalimentación: función presente en todos los modelos de terapia grupal, a la que nos referiremos más adelante.

### **3.3.2. Grupos de autoayuda (autogestionados)**

Aunque no existe un elenco completo de grupos autogestionados, no cabe duda de que

se trata de un movimiento de notable magnitud (Kurtz, 1997). Diversos informes dan cuenta de más de 250 organizaciones, promotoras de grupos autogestionados. Entre ellos pueden citarse los grupos tipo Synanon (Endore, 1968), una comunidad psicoterapéutica formada por ex-drogadictos, que nació precisamente con la idea de que la gente puede ayudarse sin necesidad de un profesional. La interacción en estos grupos suele ser violenta y hostil. Se las ha descrito como "grupos de encuentro sin líder en donde la relación interpersonal se desarrolla dentro de un clima provocante y agresivo". Se pretende confrontar directa y abiertamente al individuo con sus responsabilidades, evitar sus evasiones y enfrentarlo la realidad. La única regla es la prohibición de la violencia física, no habiendo restricciones para la expresión de sentimientos y pensamientos. Las sesiones de grupo constituyen uno de los aspectos de la vida en estos centros, que dan al drogadicto un sentido de pertenencia en un ambiente de seguridad y apoyo. Pero la eficacia de estos grupos es inseparable del control que ejerce sobre ellos la comunidad terapéutica, de modo que no puede deslindarse el efecto terapéutico del efecto de control constante que ejerce sobre ellos el vivir en comunidad.

Otros grupos, en cambio, no constituyen comunidades de vida, sino que se reúnen periódicamente con finalidades exclusivamente terapéuticas, a pesar de que el concepto de control sea inseparable en muchos de estos grupos del objetivo terapéutico. Tal vez el ejemplo más conocido es el de Alcohólicos Anónimos, pero pueden citarse otros, como los grupos de control del peso (Weight Watchers).

El caso de Alcohólicos Anónimos, que es uno de los más antiguos, creados ya antes de la Primera Guerra Mundial en Norteamérica, puede servir de modelo para entender su funcionamiento. Se trata, normalmente, de grupos abiertos en los que cada vez pueden entrar diferentes participantes. Suelen estar liderados por ex-alcohólicos sin una preparación específica o, mejor dicho, por antiguos pacientes en abstinencia que, a menudo, también ostentan algún cargo en la asociación correspondiente.

Estos grupos son similares a los grupos pioneros de Pratt. No se realiza en ellos un análisis del grupo, sino de los individuos en grupo. Cumplen una serie de objetivos que han sido descritos por Levine y Gallogly (1985):

- a) Los grupos proporcionan oportunidades para que los alcohólicos logren *insight* observando las experiencias de los otros antes de considerar las propias;
- b) los grupos proporcionan una situación de "aquí y ahora", en la que los alcohólicos pueden recibir ayuda y evaluar las experiencias inmediatas;
- c) los grupos permiten que los alcohólicos escuchen cómo sienten y reaccionan los demás, lo que les ayuda a aceptar más fácilmente los mismos sentimientos y reacciones en sí mismo;
- d) los grupos proporcionan una demostración patente de comportamientos alternativos, descubriendo cómo manejan otros alcohólicos las situaciones inmediatas en el grupo y cómo se enfrentan a las situaciones externas.

A parte de esto habría que añadir que el grupo ayuda al individuo a descubrir los pensamientos y comportamientos preparatorios a la recaída, a menudo cargados de racionalizaciones, y a utilizar estrategias alternativas. Por otra parte, los grupos y, más en general, las asociaciones, se constituyen como redes de autoayuda que apoyan al enfermo alcohólico en todo momento y a las que puede acudir con rapidez.

No todos los grupos de autoayuda se constituyen para hacer frente a problemas psicológicos o de comportamiento adictivo. Los hay compuestos por grupos afectados por algún tipo de enfermedad específica: SIDA, diabetes, hipertensión, afectos de cardiopatías, mujeres operadas de cáncer de mama, etc., o por alguna condición social determinada: veteranos de guerra, grupos feministas (Butler, 1991), grupos de hombres separados, grupos de viudas, etc...

Estos grupos pueden ser llamados de *ayuda mutua* (Barath y Csepeli, 1987) y tienden a agrupar personas con problemáticas homogéneas. Diversas investigaciones han mostrado cómo el sentimiento de afiliación y la comprensión aumenta entre personas que se hallan en circunstancias semejantes. Cuanto más numerosos e importantes son los acontecimientos vitales negativos, mayor es el sentimiento de indefensión personal, el cual, a su vez, hace crecer la motivación y la sensibilidad hacia la autoayuda en tanto que forma alternativa de afrontar los acontecimientos. En general las funciones que se espera cumpla el grupo tienen relación con el intercambio de información y el apoyo emocional recíproco. Roback (1984) ha editado un volumen en el que describe los grupos de autoayuda aplicados a problemas médicos. Los programas incluyen grupos para pacientes y sus familias con afecciones como esclerosis múltiple, insuficiencia renal, dolor crónico, etc. Spiegel, Bloom y Kramer Gottheil (1989) han hallado una mejora en la calidad y longitud de vida entre los pacientes de cáncer que participaron en grupos de ayuda frente a los que no lo hicieron. En una revisión sobre los efectos de la autoayuda en grupos de pacientes Borne, Pruyn y Van Dam-de Mey (1986) han hallado: un mayor conocimiento sobre la enfermedad, una mejora importante en la percepción general de la salud, menos perturbaciones en la imagen del propio cuerpo y una reducción de los sentimientos limitadores (angustia, fatiga, tensión, confusión) y de las fobias. Otra observación interesante a añadir es que de un conjunto de 65 estudios revisados en ninguno se muestran efectos negativos sobre los miembros del grupo (Trojan, 1988). Por el contrario "el contacto con el grupo puede mejorar el proceso de enfrentamiento de los pacientes con cáncer. El término de efectos negativos no parece justificado" (Borne et al. 1986). Entre nosotros Bonet, Ferrer y Vilajoana (1994) han planteado el mismo tipo de trabajo con relación a poblaciones afectas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Tales grupos pueden tener distintas funciones, que los autores antes citados reducen a cuatro:

- 1) Grupos estratégicos, equivalentes a una terapia en grupo, donde los pacientes tienen la oportunidad de clarificar sus problemáticas personales, profundizando los conflictos más frecuentes: miedo a la propia muerte, enfermedad crónica incapacitante, relación pareja-familia, aislamiento, contagio, etc.
- 2) Grupos psicoeducativos: orientados a la concienciación de los individuos respecto a los hábitos a desarrollar y al cambio de actitudes tanto en los afectos como en sus familiares.
- 3) Grupos de soporte emocional: entre pares, preferentemente con facilitador o terapeuta, cuyo objetivo es reducir el nivel de ansiedad, evitar el aislamiento, vivir más positivamente, participar activamente en el proceso de crecimiento interior, mejorar la capacidad de decisiones personales y reconocimiento de los propios recursos.
- 4) Grupos de entrenamiento en técnicas de autocontrol: formados en base a la utilización de la información que aporta la psiconeuroinmunología. Parte del supuesto de la influencia de la propia responsabilidad en la forma de hacer frente a los problemas de salud y utiliza técnicas de entrenamiento en control de estrés, en relajación muscular, en técnicas de autocontrol cognitivo.

Finalmente, en el contexto de los grupos autogestionados se plantea el rol del profesional: ¿es necesaria la presencia de un profesional para la puesta en marcha o la conducción de estos grupos? No cabe duda de que los profesionales pueden poner en marcha el grupo, difundir la noticia de su existencia a los interesados, actuar como consultores, asumir responsabilidades, pero también puede ayudar al grupo a llegar a ser independiente (Villabí y Roca, 1989). La colaboración no siempre es pacífica y en algunos casos es mejor abstenerse, confiando en la capacidad autoorganizativa de las asociaciones laicas, surgidas para hacer frente a distintas clases de problemas.

Conviene entender, además, que los niveles de intervención social son muy diversos en

la comunidad y que con frecuencia existen recursos en ella que superan las posibilidades de la clínica. En algunos casos, por ejemplo, la terapia psicológica no es una buena opción para hacer frente a determinados problemas, o al menos no lo es por sí sola y el terapeuta tiene que acudir a solicitar para sus pacientes la ayuda de las redes de apoyo social, tanto para problemas de salud física y psíquica (Lemos y Fernández Hermida, 1990), como para problemas de drogadicción (Navarro, 1994). Pero este tipo de intervención, que evidentemente debe llevarse a cabo en coordinación con otros agentes sociales, supera el ámbito de la clínica y nos remite al ámbito comunitario, lo que excede claramente el alcance de este artículo.

## **4. LOS AGENTES TERAPÉUTICOS EN TERAPIA GRUPAL**

### **4.1. El grupo como agente de cambio terapéutico.**

Ya se ha indicado repetidamente que lo que justifica la elección de la terapia grupal no es sólo una razón de economía de personal, de espacio y de dinero, sino los posibles beneficios que se pueden derivar de su utilización. El grupo, en efecto, como dice Traube (1990) "no es sólo el lugar del tratamiento, sino también el instrumento, no es sólo el espacio testimonio del cambio, sino también la matriz y el agente".

El cambio terapéutico, dice Yalom (1985) refiriéndose a los grupos de terapia, "es un proceso enormemente complejo que ocurre mediante una interacción intrincada de varias experiencias humanas guiadas, que llamaré *factores curativos*". Desde luego, no es posible establecer una jerarquía absoluta de tales factores: los modelos de terapia de grupo, las fases en el proceso de la terapia, las diferencias individuales y los factores exteriores al grupo, pueden influir diversamente sobre los efectos terapéuticos.

Aun así pueden mencionarse once categorías básicas, algunas de las cuales se refieren a mecanismos de cambio y otras a condiciones para el cambio en la terapia grupal.

1.- *Moralización*: Usamos este término en el sentido de Frank (1990), como factor terapéutico presente en todas las terapias, cuyo objetivo es comunicar a los miembros del grupo, desde la congruencia interna del terapeuta, un sentimiento de confianza en sí mismo y en el poder del grupo como agente curativo.

2.- *Universalidad*: En el sentido que el grupo permite experimentar la universalidad dentro de la diversidad, según aquella máxima clásica que dice "no hay nada humano que sea extraño a la experiencia humana".

3.- *Información*: Basándose en el concepto de ayuda para la autoayuda el terapeuta será muy cauto en cuanto a la información que suministre, sea instrucción didáctica, sugerencia u orientación directa sobre temas vitales. En los grupos los consejos aparecen sin excepción. Cuando no los suministra el facilitador, los dan los compañeros. Aunque aporten pocos beneficios, no deben menoscabarse, porque la conducta de búsqueda de consejo o la de aconsejar suele ser una clave útil para entender mejor las relaciones interpersonales.

4.- *Altruismo*: Se refiere al apoyo, seguridad, sugerencias e ideas que los participantes se brindan mutuamente, compartiendo problemas similares. Los integrantes del grupo descubren que también reciben dando.

5.- *Reconstitución de la experiencia familiar*: El microcosmos grupal reproduce, de alguna manera, una red de relaciones que pone en juego los aprendizajes relacionales llevados a cabo en el seno del grupo familiar primario. El grupo ofrece muchas posibilidades de reexperimentarlas y reaprenderlas.

6.- *Aprendizaje Social*: El grupo proporciona un ámbito de relación interpersonal que puede ser particularmente útil para aquellas personas que carecen de vinculaciones personales estrechas. Constituye una oportunidad para aprender a vivir en armonía con los demás, adquiriendo

habilidades para la resolución de conflictos dentro y fuera del grupo. Los individuos aprenden a juzgar menos y a desarrollar más su capacidad de empatía.

7.- *Conducta imitativa*: Presenciar de cerca otros modelos de conducta o enfrentamiento de problemas puede constituir la base para un aprendizaje vicario o por imitación. Sin embargo, no es una garantía absoluta de cambio verdadero, puesto que sólo lo constituiría el desarrollo de una capacidad de transferencia y generalización, no el puro mimetismo de fachada.

8.- *Autoconocimiento*: Una de las funciones terapéuticas del grupo se articula a través de la *retroalimentación*. Ésta consiste en la devolución por parte de los miembros del grupo de la resonancia que en ellos produce cuanto acontece a nivel personal o grupal. A través del reflejo especular que facilita el grupo, cada integrante puede darse cuenta de su conducta y cómo esta repercute en los sentimientos de los demás, en la opinión que los otros se forman de él y en la que tiene de sí mismo.

9.- *Cohesión*: Es el resultado de todas las fuerzas que actúan en todos los miembros del grupo para permanecer en el grupo. La cohesión es condición previa imprescindible para la eficacia de la tarea grupal. Está en relación de interdependencia con la aceptación y comprensión de los integrantes. Aquellos grupos que presentan integración se comprenden y aceptan mutuamente. La cohesión permite la expresión de la hostilidad y los conflictos sin temor a la disolución del grupo.

10.- *Catarsis*: Hay que contemplarla como parte de los procesos interpersonales del grupo. La catarsis es poco efectiva por sí misma si sólo sirve de desahogo, pero si la expresión emocional logra dar expresión a lo que molesta del grupo manifestando un sentimiento hacia un compañero o el terapeuta, o simplemente dándose permiso para dejar fluir una vivencia, es ya de por sí una valiosa experiencia. En este sentido puede servir para potenciar la cohesión del grupo.

11.- *Supuestos existenciales*: Para Yalom (1985) estos supuestos aparecen espontáneamente como efecto de la experiencia del propio proceso terapéutico grupal, donde a veces se vienen a descargar expectativas imposibles o problemas insolubles. Se pueden resumir, a modo de las nobles verdades de Buda, en cuatro proposiciones:

- a) el reconocimiento de que la vida puede ser injusta.
- b) el reconocimiento de unos límites ineludibles como el sufrimiento y la muerte.
- c) el reconocimiento de la soledad existencial
- d) el reconocimiento de la responsabilidad última de los actos propios.

Estos son los factores que, a juicio de los terapeutas, contribuyen a la eficacia de la terapia grupal. Pero ¿cuál es la perspectiva de los participantes? En una investigación llevada a cabo por Berzon et al (1963) éstos identificaron los siguientes factores:

- 1.- El aumento de autoconocimiento en relación a los puntos fuertes y débiles de uno mismo, del patrón de relaciones interpersonales, de las motivaciones, etc.
- 2.- El reconocimiento de las semejanzas con otras personas.
- 3.- El sentimiento de interés positivo, aceptación y simpatía por parte de otros y hacia los otros.
- 4.- La visión de sí mismo desde la perspectiva ajena.
- 5.- La expresión clara, congruente y asertiva en el seno del grupo
- 6.- La constatación de sinceridad, valentía, franqueza y la expresión de las emociones.
- 7.- La percepción de la respuesta de los demás.
- 8.- El sentimiento de afecto y lealtad general en el grupo.
- 9.- El desahogo de las emociones.

En base a los factores terapéuticos señalados por Yalom, el propio autor elaboró un cuestionario de 60 ítems, agrupados factorialmente que fueron posteriormente evaluados y

puntuados ordinalmente de mayor a menor en función de la percepción de eficacia por veinte participantes en grupos de terapia que, a juicio de sus terapeutas, habían obtenido mejores resultados. Es curioso señalar que los procesos considerados como el más y el menos provechoso de la terapia ocupan los polos opuestos de un constructo que podríamos categorizar como *insight/aprendizaje por imitación*. En efecto, el ítem que ocupa el primer puesto en esta valoración ordinal reza así: "El descubrimiento y aceptación de partes mías inaceptables o desconocidas". El menos evaluado, que ocupa, por lo tanto el último lugar, hace referencia, en cambio, "al adoptar las formas o estilo de actuación de otros miembros del grupo". Los resultados de tal estudio pueden pecar, sin embargo, de un defecto de muestreo, puesto que probablemente los mejores pacientes a ojos de los terapeutas, son, a su vez, aquellos que tienen una mayor capacidad de *insight*.

Independientemente sin embargo de estas posibles críticas metodológicas a los diversos estudios sobre los factores terapéuticos, parece existir un consenso general entre los profesionales de la terapia respecto a que experimentar y expresar sentimientos es un acontecimiento necesario y significativo en el marco grupal, lo mismo que la autorrevelación, pero que no basta, necesitándose además algún tipo de aprendizaje cognoscitivo para el proceso de cambio, logrado a través del *insight* y la acumulación de información acerca de sí mismo.

#### **4.2. Los pacientes como co-terapeutas: el papel de la retroalimentación**

Por cuanto llevamos dicho hasta ahora parece que se puede concluir que el grupo en su globalidad tiene por sí mismo un cierto valor terapéutico en cuanto matriz analógica en la que se proporciona el calor y el sustento necesario para reconstruir la propia identidad personal. Pero este clima de calidez receptiva que equivale a las condiciones necesarias, pero tal vez no suficientes, para el cambio terapéutico, postuladas por Rogers de aceptación incondicional y comprensión empática, no agota el papel activo de coterapeutas que se atribuye a los componentes de un grupo terapéutico. Estos no sólo escuchan y aceptan, sino que también interactúan y reaccionan en base a la resonancia o disonancia que las manifestaciones personales y los acontecimientos grupales provocan en ellos. A esta intervención activa la llamamos retroalimentación, la cual no es solamente una reacción espontánea producida en el seno de un grupo de compañeros, sino que cumple una función terapéutica, la de manifestar a la persona destinataria de la misma la reacción interna que ha suscitado en los otros, para que:

- a) pueda percibir en sí aspectos que los demás captaron y de los que ella no tenía conciencia, y por lo tanto aumentar en autoconocimiento.
- b) pueda conocer, en relación con las personas del grupo, cómo son recibidos intuitiva y afectivamente determinados comportamientos suyos y, por lo tanto orientarse en sus relaciones con ellos y, por generalización, con las personas con las que comparte la vida cotidiana.

El valor terapéutico de la retroalimentación se hace evidente si consideramos que la identidad se construye, reconstruye y enriquece en la confrontación con el otro, la definición de límites, la diferenciación entre lo propio y lo ajeno, lo que no es posible en ausencia de interacción por falta de circularidad; es decir, cuando el mensaje acerca de la propia realidad va a dar en la ambigüedad de un vacío neutro. La devolución especular de las imágenes que en los otros despiertan nuestros comportamientos es requisito indispensable, pues, para la consistencia del Yo.

Desde que Kurt Lewin advirtió, en relación con su propio grupo de investigación, acerca de la necesidad de retroalimentación, por primera vez en la historia de la humanidad, dice Mailhot (1968) "*un grupo de personas implicadas en la realización de una misma tarea, orientaban la autoevaluación de su trabajo de grupo no hacia el contenido de sus discusiones y*

*decisiones sino, según Lewin, hacia el proceso de sus intercambios".*

Como consecuencia de la atención dedicada a este tema, Lewin formula tres condiciones básicas para la retroalimentación:

- a) "La integración no podrá llevarse a cabo dentro del grupo, su creatividad no podrá ser duradera, mientras las relaciones interpersonales entre todos los miembros del mismo no se basen en comunicaciones abiertas, confiadas y adecuadas".
- b) "La capacidad de comunicarse de forma adecuada con el otro, de llegar a él psicológicamente y entablar diálogo con él, no es un don innato, sino una aptitud adquirida mediante aprendizaje. Sólo quienes han aprendido a abrirse a otros y a objetivarse frente a ellos son capaces de intercambios auténticos entre ellos".
- c) "Únicamente aceptando poner en entredicho la propia manera habitual de comunicación, las actitudes profundas personales con respecto a los demás, puede el ser humano esperar descubrir las leyes fundamentales de la comunicación humana, sus requisitos y sus componentes esenciales, las condiciones de su validez y de su autenticidad".

La utilización experimental de la retroalimentación en otros grupos, a partir de 1946, confirmó a Lewin en la capacidad que ésta tenía para la movilización grupal, la toma de conciencia del propio comportamiento y la reconducción de las críticas interpersonales, que de todos modos se dan en todo grupo humano, en una forma abierta y sana.

Carl Rogers es otro de los autores que han confiado de una manera radical en el potencial terapéutico de la retroalimentación, tanto en la psicoterapia individual como en la grupal y que han marcado de una forma clara el estilo de retroalimentación grupal de la corriente humanista. El cambio terapéutico procede más de una devolución permanente del impacto del comportamiento del cliente en el interlocutor o en los compañeros, que podemos llamar *reflejo especular*, que de las críticas, consejos, informaciones, orientaciones u otro tipo de intervenciones similares (Rogers, 1970) a través de la experiencia emocional correctiva que tal devolución le acarrea.

Bien es verdad que este *reflejo* puede estar distorsionado por la confusión de que *el espejo* pueda estar afectado. En este sentido hay que tener en cuenta la distinción que hace O'Donnell (1975) entre los tres niveles de interacción grupal:

- a) Un nivel **intrapersonal**, en el cual el agente externo opera en la persona a modo de detonador que suscita unas imágenes internas que luego volcará sobre dicho agente. El otro se convierte, así, en un continente en quien proyectar el objeto interno.
- b) Un nivel **interpersonal**, que se da cuando, aun incluyendo el objeto interno, la relación se establece entre las personas realmente presentes (posibilidad que se niega o minusvalora desde el psicoanálisis ortodoxo)
- c) Un nivel **transpersonal**, consistente en la interacción entre el sistema cultural y los miembros que forman el grupo, tanto por lo que hace a la dimensión social de la misma como a la cultura grupal.

La retroalimentación grupal, según O'Donnell (1975), pertenece al segundo nivel, pero sólo será eficaz si logra deslindar lo externo de lo proyectado: "*La identidad se estructura sobre la posibilidad del individuo de reflejarse en el otro, de que éste sea capaz de devolverle su imagen interpersonalmente, y no intrapersonalmente. La enfermedad surge, la identidad se agrieta, cuando el propio Self queda aprisionado en los grupos internos de las personas fundantes (madre, padre)*". Una retroalimentación proyectiva de objetos internos ejercida sobre una persona con gran voracidad introyectiva puede, por lo tanto, y si no es confrontada adecuadamente, contribuir a la difusión de la identidad del receptor de la retroalimentación y a perpetuar la alienación del emisor.

### 4.3. Condiciones de una retroalimentación funcional

Habida cuenta del relevante papel que ocupa la retroalimentación en los grupos, parece indispensable establecer algún tipo de criterio para poder analizar cuándo es positiva, en tanto que oferta de contacto con la realidad y apoyo en el propio crecimiento, o cuando, por el contrario, es una oferta egodistónica para el que la da o el que la recibe.

Entendemos en general que la retroalimentación se podrá evaluar como funcional cuando contribuya a que los componentes del grupo y el clima grupal general avancen hacia una intimidad que permita una reestructuración confiada, positiva y realista de la propia identidad. Ana Gimeno (1994) considera criterios positivos que la retroalimentación sea:

- **Responsable:** es decir que haya asunción de la propia responsabilidad en la vinculación que establece la retroalimentación. Ello significa que el comunicante se haga cargo de la retroalimentación en tanto que invitación al otro a reaccionar en un determinado sentido.
- **Flexible,** en el sentido de que haya movilidad en el rol. Las personas que habitualmente evitan discrepar y tan sólo se manifiestan cuando pueden mostrar acuerdo, ofrecen una retroalimentación que será poco conflictiva para los miembros del grupo, pero también poco enriquecedora.
- **Rítmica,** en tanto que se dé en ella una adecuación al objeto y al ritmo. La adecuación rítmica necesita ser pertinente *con el momento grupal* y en relación *con el momento de persona que recibe retroalimentación*, y no practicada como acto impulsivo de falta de capacidad de contención interna.
- **Elegida,** es decir libre y voluntaria tanto para quien la da como para quien la recibe. La elección implica que los participantes del grupo puedan vivir la experiencia de la retroalimentación como algo que no es obligatorio dar ni recibir.
- **Subjetiva,** centrada en el compromiso de ofrecer la propia vivencia del otro, más que teorías sobre él mismo. Precisamente una de las grandes ventajas que ofrece el grupo de psicoterapia es que hay un amplio espacio para compartir las imágenes propias más allá de la convención y de poder ofrecer las íntimas reacciones afectivas sin necesidad de demostrar la lógica de las mismas, sino simplemente reconociendo su presencia.
- **Propuesta,** no impuesta. Se trata de una oferta de compartir la propia visión, y no de crear la obligación de asumirla. Habrá que distinguir claramente entre el *juicio de un comportamiento* que puede ser pertinente y enriquecedor, del *juicio sobre la persona* que lo actuó, que nadie tiene derecho a practicar.
- **Clara y sencilla,** no alambicada, complicada o hiperdetallada. En este sentido, Berne abogaba por un lenguaje que "pudiera ser entendido por un niño de cinco años".
- **Espontánea,** que, como antes se ha señalado, *no quiere decir impulsiva*. Al hablar de espontaneidad se alude más bien a valores como sinceridad, naturalidad y valentía. Exige este extremo que la persona que ofrece sus comentarios, lo haga desde lo más auténtico de sí misma, aun cuando discrepe de la visión del que los recibe o del resto del grupo.
- **Precisa,** con referencia -siempre que sea posible- a hechos concretos producidos en el seno del grupo. En algunos casos vale la pena insistir en la preferencia por comentarios descriptivos de comportamientos cuando se está realizando una evaluación de la persona o sus actitudes de forma global.
- **Empática, y coherente** con la disposición psicológica del receptor, que tenga en cuenta la "región psicológica" en la que se encuentra ubicado el receptor de la retroalimentación, comprender sus dificultades, distinguir desde qué momento o lugar propios está hablando, yendo a buscarle allí donde se encuentra. A veces la persona busca simplemente que se le apoye



en una decisión tomada. Otras, demostración de cariño o amparo ante una situación de desvalimiento social. Otras -escasas- que se le ofrezca información o consejo. Siempre estará, previa y prioritaria a todas ellas, la demanda de que se le comprenda, lo que ha de permitir al destinatario de la retroalimentación sentirse afectiva, cognitiva y existencialmente vinculado.

En definitiva, la retroalimentación ofrece la posibilidad de relacionar una determinada conducta con unas consecuencias interpersonales de la misma: bien en el plano de la creación, ruptura, mantenimiento y cambio de la vinculación emocional con los otros miembros, revelada de una manera explícita y sin ambigüedades, bien en el de la obtención de elementos de esa conducta que pueden pasar desapercibidos, elementos que permiten corregir la propia imagen en una dirección más objetiva mediante la utilización del reflejo especular que los otros componentes del grupo ofrecen.

## 5. RESUMEN Y CONCLUSIÓN

El trabajo con grupos en la clínica empezó con finalidades didácticas o pedagógicas, orientado a mejorar las intervenciones médicas o higiénicas con los tuberculosos y se extendió rápidamente a otras situaciones patológicas, aprovechando la interacción entre los miembros del grupo. La idea que presidía estos primeros intentos era que los aprendizajes en grupo producen resultados más eficientes. Más tarde estos grupos se llevaron a cabo igualmente con pacientes psiquiátricos, evolucionando hacia un enfoque psicoterapéutico, que es sin duda la aplicación que ha merecido una mayor atención en el ámbito de la psicología clínica.

Aunque la utilización de los grupos en clínica no se reduce al ámbito de la psicoterapia, no cabe duda de que la experiencia y los modelos desarrollados en la psicoterapia grupal han influido sobre las diversas formas de trabajo clínico con grupos. La primera conceptualización del trabajo grupal en psicoterapia arranca históricamente de la orientación psicométrica de J.L. Moreno, que dio origen al psicodrama. Casi simultáneamente surgió la orientación lewiniana en la que se inspiraron los Grupos T como una de las técnicas básicas para el aprendizaje del funcionamiento de las relaciones interpersonales en grupo, que están a la base de los grupos de encuentro de Carl Rogers de orientación humanista, a la que pertenecen también la terapia Gestalt y el AT. La línea psicoanalítica se desarrolló en especial en los grupos terapéuticos con Bion, Anzieu y toda la corriente del grupoanálisis de la escuela de Foulkes.

En la psicoterapia grupal podemos hablar unas veces de *terapia-en-grupo*, cuando los integrantes del mismo se van alternando en ocupar un lugar central y el foco de atención grupal es el problema que esta persona aporta o de *terapia-de-grupo*, cuando se centra exclusivamente en el tratamiento de la interacción entre los miembros del mismo. Según una u otra modalidad han surgido diversos modelos de tratamiento, por lo general derivaciones aplicativas de modelos terapéuticos surgidos previamente en el ámbito de la terapia individual. Se han desarrollado igualmente modalidades de *co-terapia grupal*, en las que el papel del terapeuta profesional ha sido sustituido por la capacidad de liderazgo de algunos de sus miembros o bien se han constituido de forma no-directiva y autogestionada como los grupos de *auto-ayuda* o *ayuda mutua*. Sin embargo, independientemente de la modalidad de intervención, la psicoterapia de grupo goza de la riqueza insustituible de la presencia de pares implicados y comprometidos en un proceso de cambio terapéutico. Precisamente, y como señala Yalom (1975) cuando afronta algunas ideas erróneas sobre esta modalidad terapéutica, la psicoterapia grupal tiene unas características propias que la convierten, no en una psicoterapia de segunda categoría para los que no pueden pagarse una psicoterapia individual, sino en la posibilidad de obtener a través de ella experiencias que no pueden encontrarse en otro lugar. La expresión franca de sentimientos y percepciones respecto a sí mismo, la interacción con los otros compañeros y el terapeuta, el

apoyo mutuo y la retroalimentación que se puede recibir de los demás constituyen de este modo el núcleo de la psicoterapia grupal.

### Referencias bibliográficas

- Anzieu, D. (1978). *El grupo y el inconsciente*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Anzieu, D. & J.Y. Martin (1968): *La Dynamique des Groupes Restreints*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Avila, A. (1993). *Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico Vincular Vols. I y II*. Madrid: Quipú Ediciones.
- Barath, A. y Csepeli, G. (1987). Self-Help aspects of sociology and psychology. En P. Gilelen (Ed.), *Self-help and mutual aid in health*. Leuven: International Centre for Self-help and health.
- Bellack A. S. & Hersen, M. (1995). *Manual del terapeuta para la terapia cognitiva conductual en grupos*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Berne, E. (1964). *Games people play*. New York: Grove Press
- Berne, E. (1966). *Principles of Group Treatment*. New York: Oxford University Press. Trad. cast.: *Introducción al tratamiento de grupo*. Grijalbo: Barcelona. 1983.
- Berne, E. (1972). *What Do You After You Say Hello?*. New York: Grove Press. / Trad. cast.: *¿Qué dice usted después de decir "hola"?*. Grijalbo: Barcelona, 1974.
- Bertcher, H.J. y Maple, F.F. (1978). *Creating groups*. SAGE Human Services Guides.
- Berzon, B., Pious C., & Parson R. (1963). The therapeutic event in group psychotherapy: a study of subjective reports by group members. *Journal of Individual Psychology*, 19, 204-212
- Bion, W. R. (1961). *Experiences in groups*. New York: Basic Books. (Trad.: *Experiencias en grupos*. Buenos Aires: Paidós, 1963).
- Bonet, R., Ferrer, M.J. & Vilajoana, J.C. (1994). Estrategias de grupo y sida: Ayuda mutua. *Revista de psicología general y aplicada*, 47, 193-200.
- Borne van den, H.W., Pruyn, J.F.A. y van Dam-de Mey, K.K. (1986). Self-help in cancer patients: A review of studies on the effects on contacts between fellow-patients. *Patient Education and Counseling*, 8, 367-385.
- Butler, S. (1991). *Feminist groupwork*. London. Sage
- Caparrós, N. y otros (1990). "El modelo analítico-vincular" en *Modelos grupales en psicoterapia: Aspectos teóricos y técnicos*. Madrid: SEGPA. Pags 42-123.
- Caparros, N. (1993). De la Psicoterapia Individual a la Psicoterapia de Grupo. En Avila, A. (Coordinador), *Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico Vincular*. Madrid: Quipú.
- Cappon, J. (1978). *El movimiento de encuentro en psicoterapia de grupo*. México: Trillas.
- Carli, R., Paniccia, R.M. & Lancia, F. (1988). *Il gruppo in psicologia clinica*. Roma: Nis.
- Casado, L. (1987). *Análisis Transaccional: Aquí y ahora*. Barcelona: Biblioteca de Psiquiatría y Psicología Humanista.
- Corey, G. (1996). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Di Maria, F. Lo Verso, G. & Lavanco, G. (1993). *Il visibile e l'invisibile. Conversazione sulla gruppoanalisi*. Milano: Ed. Angelo Guerini e Associati.
- Endore, G. (1968). *Synanon*. New York: Doubleday.
- Foulkes, S.H. (1981). *Psicoterapia grupo-analítica. Método y principios*. Barcelona: Gedisa.
- Foulkes, S. H. & Anthony, E. J. (1965).: *Group Psychotherapy: The psychoanalytic approach*. Baltimore: Penguin Books.
- Frank, J. (1990). *Psicoterapia, Retórica y Hermenéutica: Implicaciones para la práctica y la*

- investigación. *Revista de Psicoterapia*, 1, 26-38.
- Frankl, V. (1962). *Man's search for meaning. An Introduction to Logotherapy*. Boston: Beacon Press.
- Freud, S. (1905). *Bruchstück einer-hysterie-analyse*. (Traducción española. *Obras completas*: Madrid: Biblioteca Nueva).
- Freud, S. (1921). *Massenpsychologie und Ich-Analyse*. (Traducción española. *Obras completas*: Madrid: Biblioteca Nueva).
- Freud, S. (1930). *Das Unbehagen in der Kultur*. (Traducción española. *Obras completas*: Madrid: Biblioteca Nueva).
- Fromm, E. (1947). *Man for himself*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Fromm, E. (1968). *The revolution of hope*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Fromm, E. (1970). *The crisis of Psychoanalysis. Essays on Freud, Marx and social psychology*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Fromm, E. (1976). *To have or to be*. New York: Harper & Row.
- Fromm, E. & Suzuki, D.T. (1960). *Zen Buddhism and Psychoanalysis*. New York: Harpaer & Row.
- Gimeno, A. (1994). La retroalimentación grupal: funciones y corrupciones. *Revista de Psicoterapia*, 18/19, 37-74.
- Hare, P. & Hare J.R. (1996). *J.L.Moreno*. London: SAGE
- Harper, R. A. (1982). *Nuevas Psicoterapias*. México: Diana
- Kaës, R. (1992). *Le groupe et le sujet du groupe*. Paris: Dunod.
- Kaplan, H.I & Sadock, B.J. (1996). *Terapia de grupo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Kasselman, H., Pavlosky, E., & Frydlewsky, L. (1978). *Las escenas temidas del coordinador de grupos*. Madrid: Fundamentos.
- Kort, F. (1974). *Psicoterapia de grupo y desarrollo del potencial humano*. Caracas: Monte Avila Editores.
- Kurtz, L. F. (1997). *Self-help and support groups. A handbook for practitioners*. London: SAGE
- Lapassade, G. (1985). *Grupos, organizaciones e instituciones*. Barcelona: Gedisa.
- Lazell, E.W. (1921). The group tratment of dementia precox. *The Psychoanalytic Review*, 8, 168-179.
- Lemos, S. & Fernández (1990). Redes de soporte social y salud. *Psicothema*, 2, 113-135.
- Levine, B. (1979). *Group Psychotherapy. Practice and development*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Levine, B. & Gallogly, V. (1985). *Group therapy with alcoholics. Ourpatient and Inpatient Approaches*. Beverly Hills: SAGE
- Lewin, K. (1940) *Dinámica de grupo*. Madrid: Morata.
- Luchina, I. (1982). *El equipo Balint, hacia un modelo clínico situacional*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Mackenzie, K.R. (1992). *Classics in group psychotherapy*. New York: Guilford
- Mailhot, B. (1968). *Dynamique et genèse des groupes*. Paris: Epi.
- Mandel, G. (1974). *Sociopsicoanálisis I y II*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Marsh, L.C. (1935). Group therapy in the psychiatric clinic. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 82, 381-392.
- Martí Tusquets, J.L. (1976). *Psiquiatría social*. Barcelona: Herder.
- Martorell, J.L. (1988). *Guiones para vivir*. Madrid: PPC.
- Maslow (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.

- Maslow (1964). *Religious values and peak experiences*. New York: Kappa, Delta, Pi.
- Maslow (1971). *The farther reaches of human nature*. New York: Viking.
- Meichenbaum, D. (199 ). Tratamiento de clientes con trastorno de estrés postraumático. *Revista de Psicoterapia*, 17, 5-85.
- Menarini, R. & Pontalti, C. (1994). Terapia grupoanalítica de familia con adolescentes. *Revista de Psicoterapia*, 18/19, 25-36.
- Montesarchio (1994). Psicodrama y cultura de grupo. *Revista de Psicoterapia*, 18/19, 5-24.
- Moreno, J.L. (1924). *Das Stegreiftheater*. Postdam: Gustav Kropenheuer.
- Moreno, J.L. (1953). *Who shall survive?*. New York: Beacon
- Moreno, J.L. (1957). *The first book on group psychotherapy*. New York: Beacon
- Moreno, J.L. (1960). *The international handbook of group psychotherapy*. New York: Philosophical Library
- Navarro, J. (1994). Intervención en redes sociales de adictos. *Revista de Psicoterapia*, 18-19, 99-118.
- O'Donnell, P. (1975). *Teoría y técnica de la psicoterapia grupal*. Amorrortu: Buenos Aires.
- Pages, M. (1968). *La vie affective des groupes*. Dunod: Paris. Barcelona, 1977.
- Perls, F. (1973): *The Gestalt Approach & Eye Witness to Therapy*. Science & Behavior Books.
- Pichon Riviére, E. (1978). *El proceso grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Polster, E & Polster M. (1974). *Terapia gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Pontalti, C. y Menarini, R. (1985). *La funzione analitica e la formazione alla psicoterapia di gruppo*. Roma: Borla.
- Pratt, J.H. (1908). The results obtained in the treatment of pulmonary tuberculosis by the class method. *British Medical Journal*, 2, 1070-1071.
- Pratt, J.H. (1922). The principles of class treatment and their application to various chronic diseases. *Hospital Social Service*, 6, 401-411.
- Pratt, J.H. (1934). The influence of emotions in the cure of psychoneurosis. *International Clinics*, 4, 1-16.
- Pratt, J.H. (1953). The use of Dejerine's methods in the treatment of the common neuroses by group psychotherapy. *Bulletin of the New England Medical Center* , 15, 1-9.
- M. Rosenbaum (Ed.) (1983) *Handbook of short-term therapy groups*. pp 119-138. New York: McGraw-Hill.
- Rosenbaum, Martin, L. & Roback, H.B. (1992). Psychotherapy in groups. In Donald Freedheim (ed.), *History of Psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.
- Rogers, C. (1970). *Carl Rogers on Encounter Groups*. New York: Harper & Row Publishers.
- Rogers, C.R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Romero, R.R. (1992). *Grupo. Objeto y teoría. Vol. II*. Buenos Aires: Lugar Editorial, S.A.
- Rosenfeld, D. (1971). *Sartre y la psicoterapia de grupos*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodriguez Sutil, C. (1990). Un enfoque directivo del grupo: los grupos de autoayuda con alcohólicos. *Revista española de drogodependencias*, 15, 254-258.
- Slavson, S. (1964). *A textbook in analytic group psychotherapy*. New York: International Universities Press.
- Shapiro, J.L. (1978). *Methods of group Psychotherapy and ecounbter. A tradition of innovation*. Itasca, Ill.: Peacock Publishers.
- Schutzenberger, A. A. (1966). Précis de psychodrame: Introductions aux aspects techniques. Paris: Editions Universitaires.
- Schützenberger, A. & Suaret, M. J. (1980). *Nuevas Terapias de Grupo*. Madrid: Pirámide.
- Slavson, S. (1976). *Tratado de psicoterapia grupal analítica*. Buenos Aires: Paidós.

- Steiner, C.M. (1992). *Los guiones que vivimos*. Barcelona: Kairós
- Tous, J.M. (1993). *Comportamiento social y dinámica de grupos*. Barcelona: PPU
- Traube, P. (1990). Le groupe supra-thérapeute. *Actualités en Analyse Transactionnelle* 54, 88-96.
- Trojan, A. (1988) *Benefits of self-help groups: A survey of 232 members from 65 disease-related groups*. (Unpublished research report). Hamburg: Institute of Medical Sociology, University of Hamburg.
- Varios autores (1990). *Modelos grupales en psicoterapia: Aspectos teóricos y técnicos*. Madrid: SEGPA.
- Villalbí, J.R. y Roca, F. (1989). Un instrumento a desarrollar para la promoción de la salud entre nuestros pacientes y sus allegados: los grupos de ayuda mutua. *Medicina Clínica*, 11, 427-430.
- Villegas, M. (1986). La Psicología Humanista: Historia, concepto y método. *Anuario de Psicología*, 34, 7-47.
- Vinogradov, S y Yalom Irvin D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós
- Wechsler, I.R., Messarik, F. y Tannenbaum, R. (1962). The self in process: a sensitive training emphasis. En I.R. Wechsler y E.H. Schein (Eds.), *Issues in training*. Washington D.C.: National Education Association, National Training Laboratories.
- Yalom, I. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy*. (3ª edición). New York: Basic Books.
- Zorán, A. (1994). Entrevista a la Dra. Pilar González López. *Revista de Psicoterapia*, 18-19, 131-140.

### **Lecturas recomendadas**

- Anzieu, D. (1971). *La dinámica de los grupos*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Avila, A. (Coord.) (1993). *Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico Vincular Vols. I y II*. Madrid: Quipú Ediciones.
- Berne, E. (1983). *Introducción al tratamiento de grupo*. Barcelona: Grijalbo.
- Bion, W.R. (1963). *Experiencias en grupos*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, S. (1991). *Feminist groupwork*. London. Sage
- Corey, G. (1996). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kaplan, H.I & Sadock, B.J. (1996). *Terapia de grupo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Luchins, A.S. (1984). *Guía para la terapia de grupo*. Madrid: Fundamentos.
- Maisonneuve, J. (1985). *La dinámica de los grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Martí Tusquets, J.L. y Satne, L. (Comp.)(1982). *Desarrollos en psicoterapia de grupo y psicodrama*. Barcelona: Gedisa.
- Moreno, J.L. (1966). *Psicoterapia de grupo y psicodrama. Introducción a la teoría y praxis*. Méjico: Fondo de Cultura Económica.
- Moreno, J.L. (1974). *Psicodrama*. Buenos Aires: Ed. Hormé.
- O'Donnell, P. (1975). *Teoría y técnica de la psicoterapia grupal*. Amorrortu: Buenos Aires.
- Pages, M. (1977). *La vida afectiva de los grupos*. Barcelona: Fontanella.
- Perls, F. (1976): *El Enfoque Gestáltico. Testimonios de Terapia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Rogers, C. (1973). *Grupos de Encuentro*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Safouan, M. (1979). *Reflexiones sobre el psicodrama analítico*. Barcelona: Argonauta.
- Sbandi, P. (1973). *Psicología de grupos*. Barcelona: Herder.
- Schützenberger, A. & Suaret, M. J. (1980). *Nuevas Terapias de Grupo*. Madrid: Pirámide.
- Shapiro, J.L. (1978). *Methods of Psychotherapy and Encounter*. Itasca, ILL: Peacock.

- Slavson, S. (1976). *Tratado de psicoterapia grupal analítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Varios (1994). Grupos terapéuticos. *Revista de Psicoterapia*, 18/19
- Vinogradov, S y Yalom Irvin D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós
- Yalom, I. (1986). *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Yalom, I. (2004). *Un año con Schopenhauer*. Buenos Aires: EMECE.

En este texto nos hemos referido preferentemente la clínica grupal con adultos. Para quienes pudieran estar interesados en el trabajo específico con niños y adolescentes pueden ser útiles las referencias que damos a continuación:

- Bachman, J.P. & Pérez, E. (1993). La psicoterapia de grupo con niños. En J. Manzano, F. Palacio-Espada: *Las terapias en psicoterapia infantil y en psicopedagogía*. Barcelona: Paidós
- Corominas, J. Farré, L. Martínez, M. & Camps N. (1996). *Psicoterapia de grupo con niños*. Barcelona: Paidós
- Schiffer, M. (1984). *Children's group therapy*. London: Free Press.
- Vaughn, S., Schumm J. S. & Sinagub, J.M. (1996). *Focus group interviews in Education and Psychology*. London: SAGE.

#### **Lecturas comentadas:**

Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós. Este libro constituye de alguna manera el epílogo y la síntesis del pensamiento y la obra de Yalom publicada hasta ahora. Como indica el título desarrolla en él los dos temas que han marcado sus intereses a lo largo de su vida profesional y académica. El lector encontrará en la primera parte todo lo relativo a los grupos en general y aplicaciones específicas para grupos con enfermos hospitalizados y terminales, grupos de elaboración del duelo, así como un capítulo dedicado a los grupos de adictos al alcohol. La segunda parte remite a los temas tratados en el capítulo de la terapia existencial y puede ser de interés para completar las lecturas indicadas en aquél.

Rogers, C. R. (1976). *Grupos de encuentro*. Buenos Aires: Amorrortu. Constituye esta obra la expresión más clara y sistematizada de Carl Rogers sobre los grupos de encuentro. En él se concibe el terapeuta como un facilitador más que como un director o gestor del grupos. El terapeuta promueve la interacción entre los participantes a partir de la expresión de los sentimientos, tanto los positivos como los negativos, en base a la autenticidad y el fomento de la confianza mutua. De este modo el grupo se convierte él mismo en facilitador del cambio o del proceso de crecimiento de las personas que lo integran.