

El Misterio de la Dinámica Grupal *

Kesselman, Hernán

Este artículo es la continuación y la integración convergente de dos trabajos anteriores. El primero de ellos, llamado "Las escenas temidas del coordinador de grupos" exploraba el tema de la creación y resolución de la transferencia en dinámica de grupos, colocando el foco de atención sobre la persona del coordinador, sus miedos básicos y sus formas defensivas durante su actuación en el proceso grupal. En el segundo trabajo: Psicopatología Vincular, el foco estaba situado no sólo sobre la personalidad del coordinador o terapeuta sino también sobre la personalidad del coordinado o paciente, explorando los fenómenos de transferencia (neurosis, psicosis y psicopatías de transferencia), según el tipo de vínculo que cada paciente es capaz de desarrollar con otros pacientes y con su propio terapeuta.

En el presente trabajo mostraré el horizonte de posibilidades de estudio e investigación que surgen de la interrelación de ambas temáticas, centrando la atención en la dinámica vincular de las relaciones coordinadores-coordinados-terapeutas-pacientes, o sea en los distintos procesos a que dan lugar la red o trama de relaciones vinculares que configuran el acontecer grupal, produciendo hechos, emitiendo y recibiendo mensajes, realizando tareas y operando modificaciones en una estructura nueva que incluye tanto a coordinadores como a coordinados, tanto a terapeutas como pacientes. En fin, la unidad de trabajo de lo que llamamos Psicología vincular y operativa. Esta nueva estructura que es el grupo (y cuando decimos grupo nos referimos no sólo a los coordinados o pacientes sino también a los coordinadores o terapeutas) aparece a los ojos del observador del proceso configurando en cada movimiento, cantidades de agrupaciones que revelan subgrupos y formas geométricas tan misteriosas y sorprendentes como son las múltiples figuras que forma un calidoscopio cuando lo hacemos girar entre nuestros dedos. Y así como el observador ingenuo se pregunta qué fuerzas misteriosas mueven las piedras del calidoscopio para ordenarlas en distintas figuras impredecibles de un giro hacia otro, nosotros nos preguntamos. qué fuerzas misteriosas, qué magnetismos operan en la dinámica de grupo para producir los diferentes ordenamientos, las diferencias de climas, las operaciones de cambio, las regresiones y progresiones y en fin, todo lo que conocemos como dinámica de grupo. Múltiples teorías intentan explicar esta dinámica para hacer de la psicología grupal una disciplina comprensible, explicable, transmisible. *Este trabajo pretende aportar a esas corrientes, proponiendo la idea de que se puede comprender entre muchas otras razones que el interjuego de fuerzas o dinámica grupal que se visualiza bajo la forma de escenas plásticas (temidas o deseadas) es el producto de la interacción consciente o inconsciente de los distintos núcleos psicóticos de base de la personalidad y sus respectivas defensas en el área del cuerpo, de la mente y de las relaciones interpersonales de todas aquellas personas que componen el grupo de que se trata.*

Eso quiere decir que entre coordinadores y coordinados y entre pacientes y terapeutas se forma una red de comunicaciones manifiestas y latentes que configuran lo que denominamos la estructura grupal, que permite diagnosticar y operar sobre dicho grupo, tanto en el sentido de la psicohigiene como en el de la psicoterapia.

En el primero de los artículos, el de las "escenas temidas", se planteaba un camino posible para la resolución de los conflictos de un individuo (en este caso un psicoterapeuta o un coordinador de grupos) a través de un trabajo grupal con otros individuos ocupados en la misma tarea (también psicoterapeutas o coordinadores de grupo) y para ello se proponía una labor consistente, no ya en la reducción a su relación con una sola persona que le explicara y le aliviara su malestar (como lo es la psicoterapia individual de un psicoterapeuta), sino por el contrario, la multiplicación de sus conflictos o escenas temidas relacionándolas con las escenas conflictivas del conjunto de sus compañeros, mezclando su conflicto con el conflicto de los otros. Agregando a su ansiedad y a sus defensas propias, el repertorio de las ansiedades y modos defensivos de los otros frente al mismo tema. Descubríamos así un extraño modo de resolución para cada individuo que no seguía las explicaciones habituales, ni las prevenciones más comunes que cada paciente tiene en sus resistencias para entrar a un grupo, como por ejemplo: "¿cómo voy a poder ayudar a alguien si todavía no sé cómo ayudarme a mí mismo? y ¿cómo me van a ayudar personas que están enferma" o más enfermas que yo? Prefiero la psicoterapia individual donde voy a tener una persona que se ocupe solamente de mí a la psicoterapia grupal donde seguramente mis problemas se verán muy por encima por la falta de tiempo y de donde con toda seguridad, saldré con más conflictos que con los que había entrado, ya que tendré que ocuparme no sólo de mis problemas sino también de los de los demás."

Sin embargo, en el trabajo de «escenas temidas" desarticulábamos la validez de esas argumentaciones habituales, descubriendo un camino hacia la profundidad operativa, en el que justamente se avanzaba por la vía de la multiplicación grupal de las ansiedades y defensas y no por vía de la reducción individual de las mismas. Mostrábamos cómo cada escena conflictiva se transformaba en múltiples escenas igual o diferentemente conflictivas a la vez y cómo cada rol (madre, padre, hijo, amigo, etc.) se multiplicaba y repartía sin repetirse con los distintos argumentos, según el actor que lo interpretaba, en su camino de represión, el individuo, en lugar de resistirse, profundizaba el drama de su caída, tal como un nadador que, caído en el interior de una gruta inundada, buscara más una salida buceando hacia abajo, hacia la profundidad, que insistiendo en emerger por el mismo sentido por donde había caído. Es el misterio de la dinámica de grupos. Ese misterio aparece como tal tanto a terapeutas como a pacientes. Por influencias culturales, desde siempre ha sido vista la psicoterapia como una relación bipersonal, bicorpórea, íntima y secreta, difícil de compartir en público. Por algo es que la psicoterapia de los grupos (grupos terapéuticos, familias, parejas) se desarrolla tan tardíamente con respecto al psicoanálisis individual.

Para mí mismo, en el principio de mi carrera como estudiante que recién se iniciaba, la imagen de una sesión de psicoterapia era la de una relación bipersonal e íntima casi de confesionario religioso, donde la confesión de lo anecdótico era lo más importante para curarse y creo que si en esa época se me hubiera propuesto tratamiento en grupo me hubiera sentido descolocado. Como si se me propusiera tratar mis intimidades en público o exponerme en un escaparate. Pero luego, el haber participado como observador en grupos hospitalarios y el haber detectado las posibilidades que otorgaba el manejo de las relaciones personales en los grupos de pacientes internados que figuraban a mi cargo fue un estímulo importante para que me decidiera por una parte, a vivir mi propia experiencia como paciente de grupo y por otra parte, a trabajar con grupos terapéuticos en la práctica privada.

En el segundo trabajo, publicado en esta revista con el título de "Psicopatología Vincular", proponía la utilización de un esquema nosográfico para comprender y operar sobre la psicología y la

psicopatología de los vínculos humanos apta para desarrollar especialmente en el campo de la psicohigiene, la psicoprofilaxis y la psicoterapia, colocando el acento en la clasificación de tres núcleos psicóticos básicos de toda personalidad (considerada indistintamente como sana o enferma) y que eran nominados según el sitio que ocuparan en el interior y exterior del sujeto los objetos percibidos consciente o inconscientemente por él, como idealmente buenos, malos o confusos. El núcleo esquizofrénico con predominio de los objetos buenos en su interior y de los malos en su exterior, el núcleo melancólico con predominio de los objetos malos en su interior y buenos en el exterior, y el núcleo confusional con dificultades para discriminar los objetos buenos de los malos, tanto en el interior como en el exterior del sujeto. Dijimos que esta estructura de los núcleos psicóticos de base genera ansiedades que despiertan defensas en la personalidad del sujeto, con predominio en el área 1 (mente), 2 (cuerpo), y 3 (relaciones sociales) constituyendo las estructuras neuróticas y psicopática de la personalidad (neurosis en área 1 y 2 y psicopatía en área 3).

Desarrollamos las descripciones de las distintas neurosis y psicopatías en:

- a) Defensas contra la confusión: personalidad distraída en área 1, somatizaciones confusionales en área 2 y psicopatía ambigua en área 3.
- b) Defensas contra la esquizofrenia: neurosis fóbica en el área 1, somatizaciones fóbicas en área 2 y psicopatía esquizoide o propiamente dicha en área 3.
- c) Defensas contra la melancolía: neurosis obsesiva e hipocondríaca en área 1, histeria de conversión en área 2 y psicopatía depresiva en área 3.

La pregunta ahora es: ¿Qué relación existe entre esas escenas temidas o representaciones plásticas de la dinámica que hemos descrito para esos individuos que conforman un grupo y los núcleos psicóticos básicos de la personalidad de los mismos?

La respuesta que proponemos es que *cada persona desarrollará sus escenas temidas y deseadas a partir del núcleo psicótico de base de predominio en que se halle y de las defensas en las tres áreas que provoquen estos núcleos dentro de una red o estructura que es la estructura grupal (la estructura temida y la estructura deseada) que estará conformada por la consonancia y resonancia de los núcleos psicóticos y las defensas del conjunto de las personalidades que constituye dicho grupo*. Así habrá climas o "novelas" melancólicas, esquizofrénicas y confusionales dentro del grupo, y también emergentes personales o subgrupos diagnosticables como esquizofrénicos melancólicos o confusionales de base: al igual que modos de coordinación esquizofrénicos, melancólicos y confusionales de predominio (según el o los coordinadores).

Las escenas temidas prototípicas del núcleo melancólico emergerán cargadas por sentimientos de culpa, autorreproches, desvalorización de sí mismo y envidia y confianza exagerada por lo idealmente bueno que está fuera de él o los sujetos. Las escenas deseadas (fantasías de curación o transformación) tendrán que ver con el control de las ansiedades de estas escenas temidas, es decir con la reparación y el final de la culpa.

Las escenas temidas de los esquizofrénicos de base tendrán que ver fundamentalmente con la desconfianza en el mundo externo. las prevenciones a ser atacados desde afuera y la confianza en las propias ideas y convicciones que son siempre idealmente buenas porque provienen de su interior. Las escenas deseadas correspondientes a este núcleo tendrán que ver con el final del peligro proveniente del mundo exterior y de la desconfianza.

Las escenas temidas de los confusionales de base tendrán que ver con las ansiedades catastróficas que se provocan por la inseguridad de poder ubicar una estrategia que discrimine los objetos buenos de los objetos malos. Las escenas deseadas que provienen de este grupo aspirarían a poder discriminar las acciones tendientes a saber conservar los objetos buenos o protectores y a saber defenderse o prevenirse contra los objetos amenazantes o persecutorios.

Vemos así cómo lo que cada participante del grupo siente y expresa bajo la forma de escenas temidas y deseadas, son el fruto de la actividad de sus núcleos psicóticos básicos de predominio, de las ansiedades y defensas frente a los mismos que habrán de provocar finalmente en la mente de cada uno, una fantasía plástica: una escena con un escenario, con personajes, con vínculos y que se nos aparecen como la vía regia para llegar a la profundidad diagnóstica y a la intervención psicológica operativa, es decir, aquella que busca producir el cambio creativo.

Desde esta visión que propongo se podría empezar a desvelar el misterio de la dinámica de grupos: Naturalmente esto implica el arduo trabajo de volver a revisar todos los conocimientos aportados hasta el momento y que han ido intentando explicar la dinámica grupal.

Hagamos entonces por ahora un somero recorrido sobre las problemáticas teórico técnicas más habituales, recorriéndolas desde esta visión de la teoría de los núcleos psicóticos de la personalidad. Como son las nociones de : Criterios de selección o agrupabilidad, contrato o acuerdo para el trabajo, diagnóstico, tarea, emergentes, transferencia, intervenciones operativas, evaluación, supervisión o control y seguimiento.

a) Criterios de selección o de agrupabilidad

En este caso el tema incluiría tanto la personalidad del coordinador como la de los coordinados y tendríamos que investigar el tipo de combinación que se da en los distintos niveles transferenciales observables en la práctica: la relación de los coordinados con él o los coordinadores entre sí. Todo ello en el contexto psicosocial, sociodinámico, institucional o comunitario en que se sitúe la observación.

El coordinador podría hacerse esta pregunta: ¿De acuerdo al diagnóstico que tengo de mí mismo, con qué tipo de estructura grupal me puedo manejar más operativamente? O si no: ¿De acuerdo al diagnóstico que tengo de mí mismo, cuál sería el diagnóstico más conveniente para compartir la coordinación de este grupo con otro colega, un diagnóstico homólogo (idéntico similar) del mío o complementario (opuesto, distinto) del mío?

Con respecto a la agrupabilidad de los coordinados, también habría una serie de preguntas, como son: ¿Qué tipo de terapeutas o de terapeuta le conviene a este grupo o a cada grupo? ¿Cuándo es conveniente que se agrupen pacientes con un mismo núcleo de predominio y cuando será conveniente la complementariedad? ¿Cuál será el mínimo y el máximo operativo de personas con el mismo núcleo de predominio o con distinto núcleo de predominio, que es conveniente seleccionar para un grupo?

No es difícil imaginar que un coordinador o un equipo coordinador con predominio confusional de base tendrá las escenas temidas relativas a la coordinación que emerjan desde la confusión y harán sus tareas (contratos, intervenciones operativas, evaluaciones, etc.) condicionados por dicho núcleo de predominio, por lo cual tiene que preguntarse o investigarse si le es conveniente asociarse, por ejemplo con coordinadores que expresen otros núcleos de predominio como son el melancólico o el esquizofrénico para poder tener una óptica distinta de los fenómenos que observa, que interpreta y que intenta transformar. En el citado libro de *Escenas Temidas* proponemos esta etapa de investigación desarrollando seminarios de coordinadores a la búsqueda del co-coordinador o del coterapeuta más adecuado para cada uno.

Es necesario subrayar que lo que interesa es una asociación operativa entre los coordinadores o coterapeutas, lo cual es difícil de anticipar si no se exploran las modalidades de cada coordinador. Por ejemplo: Hay coordinadores de base melancólica, que al asociarse con ciertos coordinadores de la misma base pueden: o bien potenciarse para caer en las regresiones melancólicas o bien potenciarse para enriquecerse mutuamente en los repertorios defensivos contra la melancolía y promover el desarrollo de sí mismos y de sus coordinadores hacia la progresión operativa (coterapia homóloga operativa)

Hay coordinadores de base confusional, por ejemplo, que al asociarse con ciertos coordinadores de distinto núcleo de base predominante (esquizofrénico, melancolía) pueden: o bien potenciarse para caer en líneas de disección contradictoria que tiende a producir regresiones deteriorantes, iatrogénicas o bien potenciarse para enriquecer la lectura del mismo fenómeno desde ángulos distintos pero convergentes (coterapia complementaria operativa).

En cuanto a la posibilidad de subagrupar la totalidad de un grupo de pacientes en psicoterapia estamos desarrollando, junto con Nicolás Caparrós, y el conjunto de sus colaboradores una experiencia en Sevilla y en Madrid, que consiste en subagrupar a los participantes de los laboratorios sociales, bajo nuestra coordinación, de acuerdo con sus núcleos de predominio. Hemos así dividido el gran grupo de pacientes en tres subgrupos: el de los confusionales, el de los melancólicos y el de los esquizofrénicos de base. Hemos observado cómo cada subgrupo desarrollaba un sistema comunicacional para sí mismo y para el resto de los subgrupos con las características correspondientes a cada núcleo. Y hemos visto así, escenas temidas, formas de interpretar consignas, y de expresar tareas (síntesis, evaluaciones, etc.) coloreadas por los autorreproches y la desvalorización de sí mismos, en el subgrupo de melancólicos, por la introspección y el viaje hacia adentro en el de los esquizofrénicos, y por la irritabilidad explosiva y la distracción en el de los confusos.

b) Contrato o acuerdos para el trabajo

El contrato es un conjunto de normas, un reglamento que se suele convenir entre coordinadores y coordinados, entre pacientes y terapeutas y por el que se fijan los elementos del encuadre necesarios para proteger la buena marcha de la tarea: el lugar donde habrá de desarrollarse, los días y horarios, los honorarios, los objetivos, etc. En este caso el o los coordinadores que ofrecen los contratos a sus coordinados o pacientes, deben estar advertidos contra las actividades con que sus propios núcleos de predominio y sus defensas pueden llegar a perturbar, a deformar, el sentido operativo que deberían tener dichos acuerdos.

Hemos observado que la inseguridad en sí mismo y sus correspondientes defensas obsesivas han llevado a muchos terapeutas a ofrecer contratos tan exageradamente meticulosos y preventivos que son vividos por muchos pacientes más como un contrato comercial de esos tremendos y repletos de cláusulas que como un acuerdo terapéutico. A otros terapeutas con defensas histéricas a formular contratos con tal despliegue de seducción que algunos pacientes pueden llegar a sentirse más cortejados que asistidos terapéuticamente. A terapeutas tan evitativos o contrafóbicos por la actividad de sus núcleos esquizofrénicos de base que formulan contratos ajenos a las reales posibilidades del paciente o que lo hacen tan sucinta o poco expresivamente que a muchos pacientes no les llega. A otros terapeutas de base confusional a no discriminar el límite y posibilidades de las relaciones y objetivos, o al olvidarse, por distracción, de precisar claramente acuerdos tales, como horarios u honorarios, generar situaciones de despiste o persecución de sus pacientes que después cuesta mucho corregir y volver a encauzar adecuadamente.

c) Diagnóstico

A pesar de la precisión o de la universalidad dada por los síntomas que configuran los cuadros clínicos, el investigador debe estar atento a que la interpretación de los fenómenos observados se halle también deformada por su núcleo de predominio; por ello proponemos la propia terapia y la supervisión clínica del psicoterapeuta como modo de protección de la seguridad psicológica para el vínculo con sus pacientes. En cuanto a los pacientes o coordinados basta con seguir los métodos de exploración habituales (entrevistas diagnósticas individuales y grupales). En lo que se refiere a métodos auxiliares desde esta visión de la teoría de la técnica y en este medio, el licenciado Alejandro Ávila está desarrollando una investigación que explora la detección de los núcleos psicóticos básicos de la personalidad y sus defensas superestructurales, a través del material que surge de Tests Proyectivos como el TAT de Murray.

Quiero recordar el principio de flexibilidad diagnóstica que indicaría que el diagnóstico es situacional, es decir válido para el aquí y ahora de la entrevista, ya que como sabemos en distintos ámbitos, en otro contexto, en otros momentos, y con otros vínculos los pacientes pueden desarrollar comportamientos correspondientes a otros núcleos psicóticos de base distintos del observado por el terapeuta durante la entrevista.

El terapeuta melancólico debería estar prevenido contra el peligro de privilegiar los fenómenos depresivos de autodesvaloración y de inseguridad en sí mismo durante la exploración diagnóstica de sus pacientes; el terapeuta de base esquizofrénica debería cuidarse de la proyección, en la

exploración de sus pacientes, que lo lleve a investigar con más atención las fobias y el mundo interior que el resto de los otros datos y el terapeuta de base confusional debería prevenirse contra el peligro de investigar con preferencia aquellas conductas de indiscriminación que objetivan en su paciente la proyección de sus propios conflictos.

En una palabra, cada terapeuta debería pensar que la realidad siempre está vista de acuerdo al color del cristal con que se la mira y que cada uno de nosotros al hacer un diagnóstico lo hace con el color del cristal de su propio núcleo psicótico de base de predominio.

d) Tarea

Para un coordinador, el eje consiste en ayudar al o los coordinados a llevar a cabo su tarea. Sea que se relacione con una sola persona como en el caso de la psicoterapia individual o que se relacione con un conjunto de personas como en el caso de la psicoterapia grupal, su rol será el de conducir a uno o más individuos en la prosecución de la tarea (ya sea para capacitarse psicológicamente como se da en el caso de la psicohigiene o de la psicoprofilaxis o para buscar la curación de la enfermedad como en el caso de la psicoterapia).

Lo que es indudable es que su criterio de lo que es sano y de lo que es enfermo, también estará influido por su núcleo psicótico de base, así como lo estarán sus modalidades de conducción de la tarea. Así tendremos modalidades de conducción depresivas, esquizoides y confusionales y criterios de ubicación del eje de la tarea predominantemente culposos, obsesivos, histéricos, fóbico-avoidativos o despistados. Por ejemplo, una modalidad indecisa puede darse en un terapeuta dubitativo por inseguridad en sí mismo (base melancólica), por temores irracionales del orden fóbico (base esquizofrénica) o por imposibilidad de discriminación (base confusional). En cuanto a la planificación de la tarea, los fenómenos descritos por Pichon-Rivière como pilares de la planificación: identidad o pertenencia, cooperación, pertinencia, comunicación, aprendizaje y telé, pueden estudiarse bajo esta misma óptica.

El coordinador al igual que sus coordinados, el terapeuta al igual que sus pacientes puede aportar con trastornos provenientes de las actividades de sus propios núcleos psicóticos de base. Habría así, terapeutas que no se sienten identificados con la tarea que están realizando con sus pacientes o porque la llevan a cabo desde sentimientos de culpa e inseguridades de sí mismos (base melancólica) o porque tiene miedos irracionales y desconfianza exagerada en los pacientes con que se relacionan (base esquizofrénica) o porque la asumen con una ambigüedad que les impide discriminar qué es lo que aceptan y qué es lo que rechazan de los pacientes con los que se vinculan. Desde aquí se generan los trastornos en la cooperación para llevar a cabo la tarea a través de sabotajes inconscientes del coordinador llevados a cabo con intervenciones melancólicas, esquizofrénicas o confusas de base. Todo esto lleva al habitual trastorno en la pertinencia que es la incapacidad de centrarse en la tarea o lo que se dice "el irse por las ramas" a la que se llegará también por modalidades, histéricas u obsesivas, fóbico-avoidativas o ambiguas, según la deformación que los núcleos melancólicos, esquizofrénicos o confusionales de base respectivamente del coordinador hayan impuesto por su propio peso.

En los trastornos de la comunicación tendemos a ubicar, en Psicología Operativa, un trastorno vincular que se conoce con el nombre de “malentendido básico”. El malentendido es un problema vincular, comunicacional, por el cual dos o más personas creen estar comprendiendo o haber comprendido lo mismo, sobre un mismo hecho o mensaje. Como creen que no hace falta aclararlo, explicitarlo, entonces dan por implícito que ese hecho o mensaje está bien entendido por igual, lo cual se llama sobreentendido, que por ser tan sobreentendido es malentendido.

En este caso el terapeuta o coordinador debe estar advertido por la posibilidad de que su núcleo básico de predominio lo lleve a emitir o recibir mensajes que contribuyan a la creación del malentendido básico en la comunicación con sus pacientes. En este sentido lo más probable es que el melancólico de base tienda a emitir y a decodificar mensajes ambivalentes, generadores de inseguridad. que el esquizofrénico de base tienda a emitir y a decodificar mensajes contradictorios o "esquizofrenizantes" y que el confusional de base tienda a emitir mensajes ambiguos que generan despiste y confusión.

Así como mencionamos el malentendido cuando hablamos de comunicación, en el tema del aprendizaje, centramos la atención en los trastornos de estereotipia, porque en la dinámica grupal aprender, cambiar, significa adquirir la flexibilidad necesaria para asumir y adjudicar distintos roles a lo largo de un proceso. Esto es: la movilidad que lleva a la curación, que es lo contrario de la estereotipia o fijeza que lleva a la enfermedad. Hay que detectar el clima culposo, depresivo o el clima autista y de desconexión entre sí o el clima ambiguo o de indiscriminación que pueden llevar por su persistencia exagerada a un trastorno de la movilidad de roles y, por tanto, del aprendizaje a nivel grupal, para poder actuar operativamente sobre ellos.

Finalmente es tarea del coordinador tomar conciencia y ayudar a tomar conciencia a sus coordinados de cómo los fenómenos de telé (conocimiento efectivo a distancia, prejuicioso) pueden darse por las actividades melancólicas, esquizofrénicas o confusas de los núcleos psicóticos de base de predominio de cada integrante que componen la red comunicacional de la estructura grupal.

e) Emergente

Habría que revisar la concepción de emergente y chivo emisario, no sólo desde el contenido de la temática grupal, sino también desde las relaciones entre dicho emergente y los núcleos psicóticos de base que consueñan, resueñan y resultan a través de dicho emergente. En este sentido, si detectáramos un emergente melancólico durante la tarea grupal, podríamos pensar, que este emergente es el resultado de las distintas combinaciones que forma la red comunicacional del conjunto de núcleos psicóticos de base, o bien pensar, que este emergente sólo está representando el predominio de los núcleos melancólicos de base que consueñan y resueñan entre sí. En la primera interpretación el emergente representaría a la totalidad del grupo, en la segunda sólo a un sector del grupo, en cuyo caso deberían variar todas las intervenciones operativas que se hayan referido al grupo hasta ese momento, tomando el emergente como algo que representa a todos y no sólo a una parte. Este es uno de los temas más espinosos e interesantes para profundizar las investigaciones sobre la teoría y técnica de los grupos.

f) Transferencia

Las técnicas neuróticas y psicopáticas que los coordinadores y terapeutas utilizan como defensas frente a las ansiedades que generan sus propios núcleos psicóticos de base, pueden llevarlos a la creación, el desarrollo y la resolución transferencial, interviniendo con modalidades de conducción grupal tendientes a cargar a sus pacientes o desarrollar en el vínculo con ellos, sentimientos culposos de inseguridad en sí mismos, de desconfianza exagerada en el mundo externo o de falta de discriminación. Así habría terapeutas que “ayudan” a sus pacientes, a tener conductas autorreprochadoras, culposas, como si fueran las más normales, otros que “ayudan” a sus pacientes a prescindir de los sentimientos de culpa, como si fuera lo más sano, y otros que “ayudan» a sus pacientes a vivir en la desorientación como estilo de vida natural. También los pacientes aportan a la transferencia en este sentido desde sus propios núcleos, para la creación de las psicosis, neurosis y psicopatías de transferencia. Desde este punto de vista la resolución transferencial, el criterio de alta y finalización del tratamiento, puede seguir vías histérico-obsesivas, ultraprolongadas, fóbico-evitativas, ultrabreves o mal discriminadas o indefinidas e imprecisas.

g) Intervenciones operativas

Llamamos así al repertorio de intervenciones que propone el coordinador o terapeuta destinadas a producir las movilizaciones necesarias para cumplir con la tarea. Este es el campo de las intervenciones verbales del coordinador: las informaciones consignas, señalamientos e interpretaciones; y las técnicas de juego para la movilización: psicodramáticas, gestálticas, transaccionales, sensitivistas, de expresión corporal etc. En cuanto a las consignas y la información, hay que investigar la relación entre el estilo de suministro y los núcleos del coordinador o terapeuta. Es fácil imaginar formas agotadoramente obsesivas o exageradamente sintéticas o poco expresivas, o formas mal sistematizadas en el suministro de consignas y de información a los pacientes, así como modalidades obsesivas, evitativas, o ambiguas en el “qué, cuánto, cuándo y cómo” señalar o interpretar de cada terapeuta.

En cuanto a las técnicas de movilización la investigación podría profundizarse en dos sentidos: o bien en el nivel de aquellas modalidades de intervención que son más sencillas de practicar si cada coordinador partiera de su propio núcleo de predominio, como por ejemplo la facilidad de intervenir con comportamientos histéricos u obsesivos para los melancólicos de base, la modalidad introspectiva-reflexiva para los esquizofrénicos de base o las modalidades explosivas o lúdicas dispersas para los confusos de base. Siempre el coordinador será más operativo utilizando la modalidad por la que su personalidad puede expresarse con más naturalidad. O bien investigando el tipo de juegos y técnicas y la especificidad de contenidos que es conveniente usar para movilizar cada núcleo o cada clima grupal de predominio. Podría ilustrarlo con un ejemplo, para que el lector se haga una idea de lo que propongo.

Durante numerosas sesiones y a pesar de los señalamientos e interpretaciones verbales emitidos por el coordinador durante el trabajo con un grupo terapéutico, se mantiene una estereotipia de rol representada por un miembro autista esquizoide que se queja a su vez de no poder salir del silencio y que mantiene al conjunto, incluido el terapeuta en una situación de tensión, y de expectativa permanente, que como dije no se podía modificar. El terapeuta, entonces, propone un juego de movilización por el cual le solicita al conjunto de los “habladores” que, aún cuando les resulte muy forzado, traten de incluir permanentemente con preguntas y alusiones, al miembro silencioso del

grupo durante el desarrollo de sus conversaciones, sin dejarlo afuera en ningún momento, sin abandonarlo a la impotencia de su autismo. Al mismo tiempo le pide al miembro autista que abandone su posición corporal habitual que era la de estar cómodamente sentado y observando desde un sillón y le dice que si bien tiene derecho a hablar sólo cuando pueda y quiera hacerlo debería permanecer estirando su cuerpo, boca abajo sobre el piso y haciendo flexiones con los brazos apoyados sobre las manos y sin detenerse, en una posición y con una actividad harto incómoda. El terapeuta explica el sentido del ejercicio como una búsqueda de redistribución de las sensaciones de comodidad e incomodidad para promover una movilización en el grupo. Se aceptaron las consignas y se comenzó a trabajar de acuerdo a las mismas.

El emergente fue una graciosa escena en la que se visualizaba a cada integrante de los “habladores”, algunos cayendo en autismo, otros hablando con el autista agachándose hasta donde éste se encontraba, otros tratando de dialogar entre sí y con el autista, sin darse cuenta de que realizaban movimientos involuntarios corporales acompañando rítmicamente los ascensos y descensos del compañero silencioso que se hallaba, a su vez, haciendo flexiones y conflictuado entre contestar las preguntas que se le hacían y pedir que se terminara rápidamente el juego. Esta situación llevó al grupo a un clima de distensión y “cachondeo” que contribuyó a aliviar todo el patetismo de los momentos anteriores, a una redistribución espacial de los integrantes del grupo, junto a una visible movilidad de la participación verbal: el silencioso comenzó a hablar y algunos que siempre hablaban mucho lo escuchaban con atención. Estos comentarios se realizaron a la hora de observar de conjunto lo que había pasado, cómo se habían sentido y cómo había visto las cosas el terapeuta, desde su posición de conductor del juego grupal.

Este ejemplo ilustraría una técnica de movilización específica para resolver las tensiones grupales, provocadas por la estereotipia del rol de un miembro silencioso de base esquizofrénica. Y con este criterio se pueden construir intervenciones operativas adecuadas a cada núcleo de base predominante.

h) Evaluación

Coordinadores y coordinados, terapeutas y pacientes, pueden verse arrastrados por sus núcleos psicóticos de predominio, para realizar distintas modalidades de evaluación de la tarea grupal. Si la evaluación es, sintéticamente, volver a recorrer el camino en un intento de comprensión histórica de donde se ha partido, para darle sentido al estado actual de los vínculos y en función de ello realizar un proyecto, es fácil pensar que terapeutas y pacientes pueden recorrer ese camino bajo la presión de sus núcleos de predominio. Hemos visto con Nicolás Caparrós típicas modalidades culposas, obsesivas e inseguras de sí mismas en los subgrupos de pacientes melancólicos, modalidades ensimismadas, en los subgrupos esquizofrénicos de base y mezclas o pegoteos en las evaluaciones de los subgrupos confusionales. También hemos observado, distracciones notables o desvalorizaciones culposas en las evaluaciones de coordinadores confusos y melancólicos respectivamente.

i) Supervisión clínica o control

Los coordinadores o terapeutas, principiantes o no, suelen controlar o supervisar su tarea clínica con profesionales de mayor experiencia. Este es parte del camino de formación que debe seguir el profesional en el campo de la psicología, si desea perfeccionar su trabajo.

En el tema que estamos tratando, el supervisor, debe tratar de hacer consciente en su supervisado, de qué manera el núcleo básico de predominio del mismo puede jugar como para condicionar los distintos pasos que el supervisado lleva a cabo con el o los pacientes a su cargo. Naturalmente, también debe verse cómo el núcleo psicótico básico de predominio del supervisor puede condicionar las líneas directrices de las distintas observaciones a lo largo del proceso de control. Como ejemplo citaré el caso de un psicoterapeuta que bajo la presión de su núcleo melancólico de predominio tendía a suspender las sesiones con sus pacientes cada vez que se encontraba en alguna situación crítica o cuando se encontraba angustiado. Suspendía las sesiones por temor a dañar al paciente que también a su vez era un melancólico de base. Pero en una oportunidad, a sugerencia de la supervisión, realiza la sesión en un día en que se encontraba deprimido y angustiado y comprueba con asombro que se produce una gran movilización reparadora y reflexiva en su paciente en lugar de la catástrofe que fantaseaba provocar. Por el contrario, el paciente comenzó a ver a su terapeuta menos omnipotente, más humano, pasando por momentos tanto o más difíciles y este hecho obligó al psicoterapeuta a pensar en la mala jugada en que lo podía hacer caer su núcleo de predominio apoyando racionalizaciones teóricas y técnicas, en lugar de poder instrumentarlo operativamente.

En este caso, el supervisor, al conocer las escenas temidas melancólicas y culposas de su supervisado, pudo ayudarlo a tomar conciencia de la posibilidad de estar actuando iatrogénicamente, precisamente cuando el supervisado creía estar actuando terapéuticamente. De ahí la importancia que tiene, el que el supervisor conozca no sólo los datos que el supervisado traiga sobre su paciente sino también los núcleos de predominio del terapeuta al que supervisa.

Otro ejemplo sería el del supervisor que por la presión de su núcleo confusional de base, no se da cuenta que el terapeuta que viene a verlo, se halla muy angustiado y necesita mucho más que un alto montante de información, o que una lista de indicaciones concretas, el que su supervisor se dé cuenta de la angustia que está padeciendo y pueda ayudarlo a encontrar una respuesta desde dentro de sí mismo que le permita volver a la relación con su paciente pensando con más confianza de que desde él mismo pueden surgir los instrumentos tranquilizadores. Que si aprende a escuchar a su paciente hasta podría llegar a pensar que quizá el mismo paciente es su mejor supervisor.

Estos dos ejemplos, referidos a la supervisión de casos tratados con psicoterapia individual, son extensibles, como modelo, a supervisión de terapias o coordinadores grupales donde lo que habría que tomar en cuenta son los «climas» resultantes de los núcleos de predominio.

j) Seguimiento

Toda investigación en psicología individual o grupal, exige un control periódico o seguimiento después que los coordinados o pacientes han terminado de ser asistidos psicológicamente. Es fácil pensar que las modalidades obsesivas, fóbico-evitativas o confusionales del coordinador o terapeuta pueden generar tipos de seguimiento incumplibles por lo exageradamente puntillosos, esquizofrénicamente desconectados o imprecisamente planificados; de la misma manera que los

pacientes habrán de cumplir con el control o seguimiento, también bajo la presión de sus núcleos de predominio.

Conclusión

Desde la concepción teórica que he elaborado sobre la existencia y la actividad de los tres núcleos psicóticos básicos de cada personalidad, propongo la revisión de los pasos teórico-técnicos que suelen desarrollarse en las tareas grupales, tanto en el campo de la psicohigiene y de la psicoprofilaxis, como en el de la psicoterapia. Ya he citado a lo largo del trabajo a colegas que han comenzado con entusiasmo a desarrollar y a enriquecer con sus propias ideas algunas líneas de investigación que aquí aparecen como propuestas a profundizar.

Esto me ha animado a desplegar el abanico de posibilidades que esta visión ofrece a modo de títulos y preguntas con las que espero que cada coordinador, cada supervisor cada terapeuta cuestione creativamente su práctica profesional cotidiana.

* Publicado en *La psicoterapia operativa* Vol. 1 "Crónicas de un psicoargonauta", Ed. Lumen, Buenos Aires 1998.
(Inicialmente publicado en Revista "Clínica y Análisis Grupal" Nº 5, Madrid, 1977)