

Grupoanálisis: Mutualidad e Identidad

José Miguel Sunyer Martín¹

Fundación OMIE

Expongo varios aspectos que guardan relación con la idea de mutualidad dentro del grupoanálisis y cómo entra en juego la identidad. La relación más horizontal entre el profesional y los miembros del grupo puede facilitar el desarrollo de los procesos de elaboración de los conflictos interpersonales en los que se cuestionan algunos aspectos de su identidad.

Palabras clave: mutualidad, grupoanálisis, interrelación, identidad, transferencia

I present several aspects related to the idea of mutuality in group analysis. The more horizontal relationship between the professional and the members of the group can facilitate the development of the processes of elaboration of interpersonal conflicts, in which some aspects of their identity are questioned.

Key Words: mutuality, group analysis, identity, interrelation, transference

English Title: Group Analysis: mutuality and identity.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Sunyer, J.M. (2022). Grupoanálisis: Mutualidad e Identidad. *Clínica e Investigación Relacional*, 16 (1): 128-147. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2021.160108

¹ Dr. en psicología. Jubilado. Patrono de la Fundación OMIE. Director en Madrid del curso Máster en Psicoterapia Analítica Grupal (Universidad de Deusto - OMIE). Miembro del Instituto de Grupoanálisis. Miembro de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal. Miembro de Honor de la Group Analytic Society International. josemiguelsunyer@gmail.com

Introducción.

A raíz del confinamiento, una paciente a la que comencé a atender virtualmente me dijo:

—Me gusta más así: yo en mi castillo, Ud., en el suyo.

Ahí pensé dos cosas: la importancia del lugar de los encuentros, y lo que sucede en ellos. La primera aludía al emplazamiento de cada uno porque venir a «mi castillo» suponía emigrar del suyo al mío (Sunyer, 2021); la otra hacía referencia a lo que sucede ahí. Hay dos variables que le resultan incómodas: interrelación y vínculo.

Con esta paciente, la intensidad de la relación -tanto por la frecuencia como por sus características- me empuja a realizar aportaciones desde los aspectos transferenciales -centrado en el aquí y ahora- para ayudarle a entender qué puede estar generando en el otro a través de sus comentarios, actitudes y reacciones; aspectos en los que es totalmente torpe. Y para buscar las razones y ataduras internas -familiares, históricas- por las que actúa así. En este acompañamiento le apporto retazos licuados de experiencias personales a modo de pistas que le permitan encontrar paralelismos con los que comprender sus mecanismos psíquicos; ya que su capacidad de pensar y reflexionar sobre sí misma y lo que genera en otros (Bateman, A; Fonagy, P. 2016) está muy disminuida. Lo que la coloca en un vivir constantemente enfrentada con el mundo.

Trabajar desde una perspectiva grupal me ha enseñado la importancia de los espacios relacionales para que con muchos pacientes, graves y no graves, se pueda desarrollar un espacio común en el que pensar y entender algo de lo que les sucede, y de cómo se relacionan con los demás. Si este espacio es común, compartido (Sunyer, 2016), y centramos la mirada en las relaciones que se dan en él, se abre una experiencia enriquecedora para ellos, para nosotros, para sus estructuras familiares y las asistenciales. Nuestras aportaciones desde los aspectos transferenciales generados por quienes están en el grupo o, incluso, las que provienen de las estructuras en las que se organiza el grupo, enriquecen el proceso psicoterapéutico, y dan más sentido a la orientación desde la que parto. Este es el aspecto en el que me voy a centrar.

Algo nos duele

Cuando algo nos duele —física o psicológicamente— vamos a donde un profesional para que nos diga qué es —¿qué me pasa, doctor?—, nos dé algo que disminuya nuestra desazón y, a ser posible, lo elimine. Creemos que el galeno posee las claves de nuestro malestar y, nos dará o aplicará algo que lo amortiguará. Esa idea está totalmente extendida en el terreno médico, bastante en el psicológico y, por supuesto, en el social. Lo aprendimos desde pequeños. En mi experiencia universitaria constaté —no sin pena y frustración— que los alumnos no venían para

saber qué era eso de la psicología, sino a que les suministrara las claves que les permitieran aliviar el malestar ajeno (o el propio) y disponer de un título; no a pensar entre todos sobre los aspectos relacionales que emergían en la dinámica del aula, o sobre las formas que tenemos de expresar su sufrimiento y el papel que jugamos los profesionales en ello. O la sociedad. No dudo de que la verticalidad está muy asentada.

Esta forma de pensar está tan extendida que nos sorprendemos al encontrarnos con quienes nos permiten tener una experiencia relacional diferente. Formando parte de ese mismo tratamiento —o enseñanza—. Incluso cuando estamos ante un profesional de la salud que nos ve como personas como él. Soy consciente de que es difícil pasar de la posición vertical a crear un espacio para pensar en lo que sucede en ese vínculo.

A mi paciente —un TLP grave de larga evolución— le resulta difícil y engorroso pensar sobre qué mecanismos se le activan ante cualquier afinidad con alguien. Prefiere que (como han hecho otros profesionales con los que estuvo en tratamiento) le dé remedios concretos; y, por supuesto, que culpe de su malestar a su familia en particular. En el fondo tiene razón: depender del que sabe es más cómodo porque elimina la responsabilidad frente a las situaciones de la vida cotidiana. Y eso, que es bastante cierto entre los pacientes, también lo es pensando en nosotros, los profesionales. ¿Qué sucede si la ecuación relacional entra a formar parte de la comprensión del malestar psicológico-psiquiátrico, y de nuestra actitud psicoterapéutica? Si lo colocamos en el terreno grupal, ¿qué sucede realmente ahí cuando el conductor del grupo —que no psicoterapeuta— coparticipa de las dinámicas grupales ahondando en el malestar de quienes lo conforman e incluyéndose en la ecuación? La cuestión es saber dónde ubicamos el problema.

¿Dónde lo ubicamos?

No es fácil responder a ello por las entendibles resistencias que encontramos en los pacientes, en nosotros mismos y en las estructuras asistenciales. Culturalmente, las opiniones más asentadas asignan un rol al profesional del que no es cómodo desprenderse —también por sus beneficios secundarios—, facilitando poder pensarlo de otra forma. En lo que son las dolencias del propio organismo, es sencillo señalar que el problema se ubica en él². Así, un padecimiento cardíaco, hepático, una alteración del aparato alimenticio o excretor, problemas pulmonares y hasta los que aparecen en el cerebro tienen un carácter prioritariamente interno. Y aunque todos ellos presentan derivaciones relacionales —no me atrevería a decir causales, mas sí sus derivadas— la cuestión se complica cuando lo que duele tiene que ver con la psique.

² Recuerdo con cariño cómo Jorge García Badaracco nos decía que cuando con el índice señalamos la culpa del otro, no vemos que los otros tres dedos nos señalan a nosotros.

En el momento de los inicios del psicoanálisis apenas se podía proponer otra cosa que colocar el acento en el interior del individuo. Quizás, tras Husserl con su psicología descriptiva, y por las influencias de Heidegger y Merleau-Ponty (Gallart, J. M^a, 2015) algo se fue modificando la forma de vernos y pensar. Resultaba difícil porque lo que se percibía y percibe es a alguien sufriendo; y ante ello, queremos entender y amortiguar lo más rápidamente posible su malestar, proponiéndole modificaciones en su forma de ver o de vivir los hechos cotidianos, o sugiriéndole estrategias que refuercen su Yo. De esta guisa actúan las identificaciones. Y aunque Lewin (1965, 1988, 2012) ya señalara que la conducta del individuo tenía que ver con él y su entorno, nuestra cultura occidental —y seguramente la gran dificultad para aceptar la importancia de lo colectivo en estas áreas— apenas daba para pensar de otra forma.

El cambio no fue ni es fácil; lleva implícito su carácter relacional: las vivencias de los pacientes vienen marcadas por sus entornos familiar, laboral y social. También las nuestras. Creo que, en el fondo, Freud y sus seguidores no dejaron de articular la propia estructura psíquica con el entorno en el que vivía el sujeto; bien sea por su incidencia en la formación del Yo y del Superyó —posiblemente menos el Ello—, bien por los recuerdos y vivencias, o las fantasías que se activaban en su relación con el entorno (Freud, 1911, 1916; Klein, 1921, 1936, 1952) o, incluso, por la propia articulación del lenguaje —cuya base y naturaleza son sociales— (Lacan 1953, 1954). En su conocido texto de 1921 Freud señaló que *«la psicología individual es desde un principio una psicología social, pues en la vida anímica individual aparece siempre integrado el "otro" como modelo, objeto, auxiliar o adversario»* (Freud, 1974); lo que alude, muy quedamente, a lo relacional en la psique.

Entonces, si el otro siempre está integrado en la vida anímica individual, ¿por qué no abordarla en los espacios asistenciales?

Dos pacientes, dos psicoanalistas, dos experiencias

Los pacientes son nuestros maestros: nos enseñan. Dicho así suena raro, pero forma parte de una realidad, tanto en el terreno de los abordajes individuales como de los grupales.

Vayamos al individual.

Siguiendo el excelente trabajo de Talarn (2003), sabemos que S. Ferenczi (1873-1933), a raíz de la conferencia presentada en Oxford en 1929, quebró su fidelidad absoluta a Freud (lo que muchos no le perdonaron). Ahí presentó —«Progresos de la técnica analítica»—, trabajo que guardaba relación con su experiencia con Elisabeth Severn. Esta paciente *«le brindó (...) la oportunidad de confirmar sus teorías a propósito del traumatismo, pero al mismo tiempo, le exigió*

un tremendo esfuerzo en su trabajo analítico (...) demandó en su análisis una sinceridad total, absoluta, radical» (Talarn, 2003:332).

A Ferenczi (1920) hay que reconocerle su esfuerzo por salir de la rigidez de la posición del analista respecto al paciente. En este sentido, Talarn (2003) nos expone con detalle las modificaciones que propuso, que en síntesis aluden a:

«la sinceridad del terapeuta para con su paciente, acomodación del terapeuta a la situación emocional del paciente, intercambio de preguntas y respuestas, empleo del contacto empático, elaboración de la contratransferencia, modificación de la regla que establece un final fijo del análisis, activación del traumatismo original a través de la relación transferencial» (ibídem:304-329).

A continuación, Talarn entra de lleno en lo que fue el punto de escándalo: el análisis mutuo. En este sentido, señala que:

«como su nombre indica, el terapeuta analiza al paciente y, a su vez, este ocupa, esporádicamente, el papel y lugar del terapeuta y analiza al analista (...) esta situación solo se produce en momentos muy especiales (...). Para Ferenczi la única salida para esta situación es que el analista se sincere con su paciente, asuma que posee puntos ciegos y los comente con él, admita su necesidad y debilidades. (...)

En el análisis mutuo no solo se intercambian los papeles entre el terapeuta y el paciente cuando ello se considera necesario, lo cual da lugar al descubrimiento, por parte del paciente, de la contratransferencia que suscita en su analista —sea del tipo que sea—, hay también un espacio y un momento para que el terapeuta le hable al paciente de sus propios deseos insatisfechos, o para la caricia o contacto físico que le remiten al paciente a los aspectos de ternura preverbal y le ayudan a superar el momento de trance en el que se encuentra» (Ibídem: 330)

Y dado que tales ideas activan todo tipo de fantasías, Talarn nos remite a *«una de las máximas autoridades en Sándor Ferenczi, Arnold A. Rachmann»* (Ibídem: 331) para calmar los pensamientos de relación sexual que en cierto modo han servido (y quizás sirven) para desacreditar su trabajo y ruptura con el modelo rígido del análisis de Freud.

Vemos qué pasa en el plano grupal

T. Burrow (1875-1959) no es un autor muy conocido³. También él tuvo un paciente (Clarence Shields) quien le cuestionó la técnica psicoanalítica: partir de ahí *«en 1918 siendo analizado por*

³ Nacido en Virginia, se formó como psiquiatra en Viena, volviendo a América para trabajar con A. Meyer en Nueva York. Formado en psicoanálisis con Jung en Zurich (no pudo con Freud) y de vuelta se convierte en uno de los fundadores de la APA (Gatti Pertegato, 1999: 272).

Burrow, le propuso cambiar la posición analítica: así Burrow pasó a ser el paciente mientras que Shields se convirtió en el analista. Así se podía comprobar la honestidad de la relación entre ambos (Rosenbaum: 1986:170). Esta modificación sacrílega podríamos decir, les llevó a un trabajo complejo de análisis mutuo.

«La protesta era en relación a la discrepancia entre los conceptos psicoanalíticos y la actitud del analista. Lo que provocó el cuestionamiento del marco de trabajo que implicaba la derogación de la posición autoritaria y separada del psicoanalista a favor de su participación: es la introducción de la contratransferencia, de un intercambio emocional circular que modificó la visión establecida del rol del psicoanalista como espejo. El analizado en esta nueva posición como analista acababa reproduciendo la misma actitud autoritaria del quien antes era su analista. Tomar conciencia de ello condujo a una renuncia, al intercambio de roles que, a su vez, evolucionó en la decisión común de experimentar el análisis mutuo anterior a Ferenczi quien la adoptó en 1932.» (Gatti Pertegatto: pos 967).

Nos encontramos ante una forma de trabajo en clave de mutualidad —entendida de forma diferente en uno y otro autor— que nos permite dejar de considerar que el problema se sitúa en la mente del individuo a formar parte de lo que le sucede en las relaciones que aparecen en el espacio psicoterapéutico. Ferenczi lo situó en el espacio de dos personas, en tanto que quien posteriormente desarrollará T. Burrow bajo el nombre de grupoanálisis, se encontrará en el creado por quienes constituyen el grupo, conductor incluido.

En consecuencia, la cuestión del lugar en el que se encuentra el problema debe desplazarse a lo que ocurre en el espacio determinado por quienes constituyen el grupo: constelación dinámica de personas conectada con la realidad en la que se encuentra cada uno en particular y el grupo como totalidad. La de cada individuo incluye su entorno familiar y social; la del grupo, el entorno institucional y social en el que tienen lugar los encuentros y cuyo representante es su conductor. Ello pone sobre el tapete la posición que ocupa el profesional que, en el modelo de grupoanálisis que sostengo, es un miembro del grupo —diferenciado solo por sus funciones como conductor (Sunyer 2008, 2016)— que entra a formar parte de las dinámicas que se dan en él, y cuyas respuestas o actitudes están empapadas de su responsabilidad profesional. Esto significa que no usa el grupo para su propio análisis sino que sus aportaciones —incluso las personales— siempre están al servicio del trabajo psicoterapéutico a realizar.

Así pasamos de considerar que el problema que se situaba en la mente individual a colocarse en lo que podremos llamar la mente grupal: la que surge de las interdependencias que se establecen en el grupo, y las que nos vinculan con los entornos familiares y sociales de cada uno.

La mente grupal

La primera vez que leí este concepto fue en el texto de Bion (1976). Ahí aparecen dos definiciones. La segunda —más amplia— nos dice:

«la mentalidad grupal es la experiencia unánime de la voluntad del grupo, a cuya formación el individuo contribuye de manera inconsciente, y que tiene sobre él una influencia enojosa cuando piensa o actúa en desacuerdo con los supuestos básicos. En consecuencia, constituye un mecanismo de intercomunicación diseñado para asegurar que la vida del grupo marche de acuerdo con los supuestos básicos» (1976:58)

Entiendo que, para Bion, los lazos que se establecen entre los miembros del grupo —es decir, las interdependencias que crean— tendrían una función coercitiva y condicionante que dificultaría o paralizaría cualquier actuación fuera de los supuestos básicos —esto es, fuera de las creencias de cómo funciona el grupo (Gatti Pertegato, 1999)— que justificarían y determinarían el proceder de sus miembros y que rigen la vida grupal en un momento o período dado.

Por su parte y desde otra perspectiva totalmente diferente, Mitchell dice:

«la mente, que se consideraba un conjunto de estructuras predeterminadas que surgían del interior de un organismo singular, ha recibido una nueva definición y ahora se cree que constituye modelos de transacciones y estructuras internas derivadas de un campo interactivo e interpersonal» (1993:29)

Afirmación que no diverge de las conceptualizaciones que provienen de las neurociencias —Damasio (2010, 2020), Siegel (2016), Kandel, (2019)—, y sugiere un cambio significativo en nuestras intervenciones psicoterapéuticas grupales: nos permite concebir la mente grupal desde otro ángulo. De entrada, adopto la que nos brinda Siegel (2016) y cuya sencillez facilita considerarla mejor. Dice Siegel «la mente surge de la actividad cerebral, cuya estructura y función están directamente modeladas por la experiencia interpersonal» (ibídem: 21).

Siguiendo este planteamiento, la mente grupal es lo que procede de la actividad que realizan sus miembros. Nace de las interacciones que se dan a partir de las interdependencias que crean, y de las que existen previamente con sus grupos de pertenencia. Esto incluye a todos y también a los conductores que, como individuos tienen unas, y como profesionales vinculados a una estructura asistencial, otras. Lo que subraya la importancia de lo que se cocina en un grupo de psicoterapia y cómo involucra a todos los miembros, incluido a su conductor; adaptando los objetivos, las dinámicas, las técnicas particulares que se consideren más adecuadas a las características de los componentes del grupo. Sin dejar de considerar los aspectos que derivan del marco en el que se trabaja.

A través de las interacciones que se dan ahí, sus miembros comienzan a considerarse no como individuos pasivos —o sea resistentes— sino como coparticipantes de un proyecto común: abordar las dificultades que se dan a partir de las dinámicas relacionales que lo caracterizan. Y, en la medida de lo posible, establecer paralelismos entre lo que sucede en el aquí y ahora del grupo y lo que acontece fuera de él; por ejemplo, en su entorno familiar o social.

Entiendo que la radicalidad de aquellos inicios es de difícil aplicación a nuestras relaciones asistenciales —sobre todo en algunos contextos clínicos y con patología grave—; pero ello no es excusa como para aceptar y entender que las formas de intervención, nuestras actitudes, afectos, filias y fobias, nuestros planteamientos filosófico-existenciales, etc., son detectadas fácilmente por los pacientes, que reaccionan y se ven condicionados por ellas; como nosotros por las suyas. Y que, en ocasiones, nos suponen un reto —y una dificultad— de cuya elaboración dependerá el grado de tolerancia que los pacientes ofrecen frente a la idea de que «el problema» se sitúa en las relaciones interpersonales y se evidencian en el grupo.

¿Qué pinta el grupo ahí?

Aprendimos de Castilla del Pino (1979) que los síntomas no eran sino la expresión del malestar del individuo. Dicha angustia guarda relación con las dificultades más o menos serias (o incluso graves) de comunicación en y con su entorno que ya emergieron en la primera infancia. En su momento señalé que la patología surge de la soledad en la que se encuentra un sujeto a pesar de estar en un grupo familiar (Sunyer, 1998). Es una vivencia paradójica porque estando entre personas, se está solo, aislado.

Sabemos de las consecuencias de las dificultades en los vínculos de apego con las figuras significativas durante el desarrollo; o las que se reactivan en momentos de crisis, de duelos patológicos sin resolver, etc. (Bowly, 1998, Marrone, 2002, 2014, 2017). En ocasiones, tales contrariedades adquieren formas clasificables de trastorno psiquiátrico. Se manifiestan en las relaciones que establecemos en el aquí y ahora con quienes nos rodean, e intoxican las características vinculantes dificultando el desarrollo de individuos, grupos o instituciones. Quienes buscan un tratamiento o quienes sin buscarlo activamente acaban ubicados en espacios psicoterapéuticos se encuentran ante el brete de establecer relaciones interpersonales con otras personas que también presentan dificultades similares, y con los profesionales de la salud mental.

En estos espacios en los que se incluyen —o se les incluye—, se reactivan relaciones en las que se instalan las dificultades relacionales que emergieron en sus grupos de pertenencia y les caracterizaron. En 2008 introduje el concepto de «contaminación del objeto de estudio»

aludiendo a lo que los miembros del grupo crean a través de las relaciones que se dan en él. Los pacientes reproducen las peculiaridades relacionales e interpretativas fueron desarrolladas antaño en sus entornos familiares. Despliegan formas particulares de vincularse, de encarar los problemas, de establecer lazos que provienen de sus modelos operativos. La atmósfera que emerge en cada espacio se caracteriza por estas formas vinculantes y de comunicación que se corresponden a los diversos cuadros psicopatológicos. Así, y a modo de ejemplo, la atmósfera que se genera en un grupo formado por obsesivos, tenderá a serlo; en tanto que la formada por pacientes psicóticos será diferente.

Los conductores —con sus estilos personales, y los que se establecen en la institución— se introducen en una matriz relacional cargada por estas características y, transferencia y contratransferencia mediante, actúan o contraactúan en consecuencia. Tal contaminación confirma que las pautas relacionales y cognitivas, los esquemas interpretativos que se dan en el grupo involucran y atrapa a todos sus miembros en una situación afectivo-emocional que define al grupo. Lo que pone trabas a la capacidad para elaborar las diversas situaciones que se dan, comprender su etiología y entender el sufrimiento parejo a todas ellas. Esto dificulta que el trabajo sea una tarea compartida.

Todo grupo —y en especial los psicoterapéuticos—, es un espacio de elaboración de lo que sucede entre sus miembros y en relación con las vivencias y hechos del pasado (Sunyer 2002, 2020). En base a nuestra historia vincular y los aspectos relacionales que se dan en él; y guarda parentesco con los estilos adquiridos en nuestros grupos de pertenencia tras la interiorización de modelos internos de interacción (Marrone, 2014).

En él se busca favorecer: una mayor integración de las vivencias actuales y su correlato con las historias pasadas; la elaboración de los afectos activados y su manera de ser expresados; y la valoración de los sistemas internalizados de interrelación vinculados con los de apego. El objetivo es desarrollar una atmósfera de fiabilidad y confianza suficientes como para que la experiencia de pertenencia pueda ser significativa y correctora para todos. Trabajo en el que está implicado el conductor o conductores como individuos que coparticipan de las dinámicas del grupo, como observadores privilegiados de las dinámicas grupales, y como representantes de los aspectos sociales e institucionales implicados en ellas. Sus pautas de interacción condicionan también las que pueden desarrollar los demás miembros del grupo.

Las posibilidades psicoterapéuticas del instrumento grupal surgen de considerar que los problemas se ubican y actualizan en las relaciones que se dan entre los miembros del grupo — involucrando a todos sus miembros—, y de disponer de un representante de lo social en la figura del conductor que permite introducir y entender la complejidad de nuestra vertiente social. Lo

que amplía su potencial ya que es un campo de interrelación en el que penetra y queda inserto las fuerzas sociales de las que dimanan aspectos de toda problemática interpersonal.

Tomemos el diagrama de Hopper⁴ (2003) para reflexionar sobre el lugar en el que se ubica el tema de la conversación grupal, así como del tipo de relaciones que se dan en el grupo. Ubique en él un tipo de conversación cualquiera:

	Aquí	Allí
Ahora	Me enfada esto que me estás diciendo. Me parece que eres un cínico diciendo esto. No sé cómo se lo aceptáis.	Me ha enfadado lo que me han dicho en casa esta mañana. Me parecen cínicos todos ellos, uno de ellos en particular.
Entonces	Me enfadé cuando el otro día me dijiste eso. Me pareciste cínico. Y no sé cómo nadie lo dijo.	Me enfadé cuando mis padres me dijeron eso aquel día. Siempre he visto en el cinismo un serio problema. Mi familia es así.

La mayoría de las conversaciones y conductas o comportamientos en estos espacios suceden o hacen referencia al «allí y entonces»; poco a poco se sitúan en el ahora-allí, o en el entonces-aquí. Y más dificultosamente en el aquí y ahora. Sabemos que es necesario pasear por esas casillas para el acercamiento interpersonal; y que potenciar excesivamente el aquí y ahora puede acabar siendo un elemento antigupal y romper las expectativas psicoterapéuticas⁵. Caminar indistintamente por las cuatro nos permite entender la dificultad de acercarse y conectar con el otro, el valor de los tanteos y valorar qué daños ha habido para que eso sea tan arduo. Y, sobre todo, sustentar la idea de la unicidad de la experiencia vincular.

A la contra juega el temor a la cercanía y no tener claro cuán fiable es el vínculo con los demás como para compartir experiencias personales traumáticas o traumatizantes. Y, cual Armstrong al pisar la luna, se precisa calibrar la seguridad del vínculo. Somernos a tensión forma parte del juego para disipar los miedos al encuentro con el otro. Solo cuando se tiene la seguridad y confianza en el vínculo que ofrecen los otros, cada paciente podrá compartir su dolor y la dureza de sus experiencias traumatizantes. Esto es un proceso paulatino.

⁴ Es posible que este esquema provenga de otras fuentes puesto que tengo entendido que ya se utilizaba aquí, en España a finales de los años 60

⁵ Correspondería a las ansiedades del conductor que no vienen recogidas por Nitsun (1996).

Suele ser alto el temor a no ser reconocido, aceptado por el otro. Es decir, que no se acepten aspectos de uno mismo —de su identidad—. Si esto sucediera, el horror a que se debilite o muera el vínculo que nos une paraliza nuestra capacidad relacional. Posiblemente esa sea la amenaza de las experiencias traumatizantes: que la identidad —el reconocimiento de esa faceta personal— se rompa o desequilibre; y aparezca el desamparo.

Cuando cualquier persona interacciona con quienes depende —sea afectiva, social o económicamente— el miedo a que ese lazo se rompa o dañe interviene en la imagen que se tiene de uno mismo: ante sí mismo y ante los demás. Responde a la preocupación por no encontrar la aceptación de aspectos parciales de sí, de sus experiencias y emociones. Ahí el vínculo o no se establece o peligra romperse. Emerge el miedo a no poder ser miembro de esa unidad vinculante que establecemos con los demás; y no nos permite una experiencia emocional vincular correctiva. Su debilitamiento, fragmentación o disolución hace que el problema atañea a su identidad.

El problema, la identidad.

Dicho así, puede sorprender. Pero en el centro de la mayoría de los problemas psicológicos se instala el de la identidad; o mejor, sus daños. ¿Qué entiendo por ella?

Erikson la definió como «*lo que expresa unas relaciones mutuas en el sentido de que connota tanto una igualdad persistente dentro de uno mismo (mismidad) como un intercambio continuo de algún tipo de carácter esencial con los demás*» (Erikson, E.H., 1994:109). Es un constructo relacional que implica al conjunto de las experiencias vinculantes con los demás —identificaciones, proyecciones mediante— de las que emana la idea de sí mismo. Es el producto de las informaciones que uno ha ido adquiriendo de sí a partir de sus relaciones y vínculos significativos con los demás a lo largo del tiempo —lo que ya le da su matiz social—, y de sus propias experiencias relacionales. Toda esa información vivencial, afectiva, constituye su memoria autobiográfica formada por las imágenes de sí mismo en las diversas situaciones de su vida de vínculos con los demás. En ellos se constata cuánto de trabajo mutuo hay ahí.

La construcción de la identidad se inicia en las experiencias vinculantes con quienes constituyen los pilares básicos del entramado familiar, los padres. La madre transmite al pequeño una gran cantidad de información de cómo le ve, cómo reacciona, qué va a pasar ahora, qué sucedió, etc., en todas y cada una de las interacciones con él. Con ella adquiere progresivamente conciencia de su identidad. Es una vivencia relacional; tal imagen se enriquece de las experiencias vinculares con otras personas que progresivamente amplían la conciencia de uno mismo con relación a ellos y consigo mismo.

Pero no siempre estas experiencias transitan por zonas de seguridad, confianza y tranquilidad como para que no resulte dañada su identidad. La herida proviene de experiencias de no aceptación: daños al vínculo establecido con personas significativas. Esos golpes afectan a la confianza y seguridad que precisamos del entorno y de quienes lo constituyen para poder progresar en su desarrollo; y la que es capaz de tener consigo mismo. Proviene, las más de las veces, por desequilibrios y alteraciones —en ocasiones graves— que presentan aquellas personas de las que se depende y en las que se confió.

Cuando se dan rupturas vinculares, sustituciones, descalabros que rompen esa vivencia de perdurabilidad en el tiempo, la identidad queda dañada; y su gravedad, explicitada por la sintomatología que presenta. No son solo, como señala Volkan, las rupturas, daños o desaparición de las identificaciones con personas o entornos afectivamente significativos. Sino rupturas aparentemente anodinas que afectan a seguridad del reconocimiento que se obtiene del otro en cualquier momento. Los obstáculos que aparecen inciden en las relaciones ya creadas o por crear. Entonces la identidad queda afectada y, por ende, a la de quienes constituyen la matriz social a la que pertenece el sujeto. Como reacción, se le adscriben otras características — en ocasiones son diagnósticos, pero pueden ser atributos, motes con carga simbólica, etc.— que acaban engrosando, modificando o sustituyendo su identidad personal. En este sentido, el diagnóstico también entra a formar parte de ella y, dados los beneficios secundarios asociados, una modificación del diagnóstico no deja de ser una nueva amenaza a su identidad: la nueva pone en peligro la vieja. Los cambios —que pueden derivar de un tratamiento traducido en mejoras sustanciales de las dificultades de vincularse y relacionarse con los demás— no dejan de ser, de nuevo, una nueva amenaza a su identidad.

Cuanto más duras hayan sido las experiencias relacionales con un impacto negativo, mayor será el recelo a establecer nuevas. Y como la confianza es difícil de establecer, pero muy fácil de quebrar, se recela de nuevas experiencias relacionales. Desde este ángulo, se entienden las dificultades en la constitución de un grupo. Y que su formación y desarrollo penden siempre del hilo que asegure la estabilidad de la identidad. De hecho, ya en los recelos que Nitsun (1996:48) menciona y que se activan en los primeros compases de todo grupo anuncian el temor a que la identidad pueda ser modificada por las interacciones con los demás. Más aún, que la identidad aportada por el diagnóstico —soy un borderline, un depresivo, soy una TLP, soy un bipolar— pueda ser alterada.

La mejoría, nueva amenaza a la identidad

Al comunicar un diagnóstico otorgamos una identidad desde una posición de poder. No es nuestra intención, por supuesto, pero se la atribuye como forma de aliviar su malestar —

tranquiliza saber que alguien ha colocado una etiqueta a lo que le pasa—. De esa forma, algo de su identidad —esa idea de saberse quien es— adquiere nuevo sentido: su sufrimiento es porque es tal o cual cosa. Tiene un cierto paralelismo a cuando obtenemos nuestra titulación universitaria, ganamos una copa o nos aplauden por lo bien que canto entre mis amigos.

Parte de la descripción de esa identidad emerge en los primeros compases grupales cuando —incluso nosotros mismos cuando formamos un grupo con otros profesionales— nos presentamos. En unos casos tiene una connotación psicopatológica, en otros mostramos nuestro CV. Al calibrar cómo los demás van aceptando los detalles de nuestra descripción, valoramos el grado de fiabilidad y confianza para mostrar aquellos otros aspectos que constituyen el núcleo de nuestra identidad; y no fracasar en el intento. Cada uno observa cómo se reacciona ante lo que un compañero dijo o ante su forma de comportarse y, por consiguiente, todos los movimientos son exploratorios y evalúan la capacidad de los demás para contener las rarezas de uno.

Lo que se pone en juego en una psicoterapia es el sostenimiento de la identidad individual. Por lo general, lo que aparece en nuestras consultas son personas con identidades deformadas o dañadas. Sabemos que la recuperación de las formas normogénicas de relación conlleva la renuncia a las formas relacionales patogénicas: o sea aceptar una nueva identidad. Y frente a ello, nos resistimos. De hecho, podríamos entender los fenómenos antigrupales (Nitsun, 1996) como mecanismos contra la restauración de esa identidad.

Retomando el diagrama de Hopper, que quienes integran el grupo accedan a la primera casilla no es una mera cuestión práctica o retórica: requiere la renuncia a pautas habituales de relación que definen la identidad de cada uno. Hablar directamente al otro y reflexionar sobre ese aspecto de la relación supone establecer un contacto concreto, directo, y profundizar en eso que enfada. Y tolerar que alguien pueda estar señalando aspectos no gratos para uno. Y pensar sobre ellos. Lo que supone una revisión de aspectos parciales de la identidad personal. Y, al tiempo, incrementar el vínculo afectivo con él.

Incorporarse a un grupo es exponerse a lo que los demás pueden pensar, decir o hacer respecto a lo que uno dice, piensa, actúa o entiende. Ello activa viejas vivencias vinculares que aluden a la aceptación y reconocimiento a cómo es. Se percibe claramente en los primeros tiempos grupales; aunque es una cuestión que permanece activa a lo largo de toda la experiencia. De hecho, los factores antigrupales señalados por Nitsun (1996) cobran un claro sentido relacional en la construcción y desarrollo de un grupo en tanto que aluden a esos temores. Cierto que les llamamos reticencias —resistencias— pero vistas desde esta perspectiva, podemos leerlos como reacciones ante las amenazas a la identidad —incluso a sus modificaciones, es decir, la mejoría o curación.

Ahora bien, ¿qué rol juega el conductor? Porque todo este interjuego, ese baile de confianzas, de complicidades, de luchas por ubicarse en una zona más ventajosa respecto a los demás o por pasar desapercibido, plantea un problema: ¿dónde nos colocamos en esa mutualidad que se les pide a los pacientes? ¿Supone una nueva identidad para nosotros también?

La mutualidad del conductor

Es un terreno complicado, por no decir complicadísimo; sobre todo si abandonamos la posición filosófico-romántica y nos adentramos en el terreno clínico.

Poco sabemos de la mutualidad real de T. Burrow; aunque la radicalidad que supone el constante cambio de roles entre él y Clarece Shields ya nos dice mucho. En el ensayo introductorio al trabajo de Burrow, Gatti Pertegato (2013) señala que la propuesta era la «*derogación de la posición autoritaria y separada del psicoanalista a favor de su participación: supone la entrada de los elementos contratransferenciales en un intercambio circular y emocional que alteró el rol del psicoanalista en su papel especular*» (pos 963). En un primer tiempo, cuando los papeles se intercambiaron sin alternancia, se constató que el nuevo analista (Shields) «*en su nueva posición de analista reproducía la misma actitud autoritaria*» (pos 968). Ello obligó a seguir investigando también con otros pacientes antes de arribar a una mutualidad verdadera.

Burrow buscaba demostrar la verdadera esencia social del ser humano, desechando la idea de que lo social y lo individual eran dos facetas separables y separadas. La continuidad biológica — la vinculación madre-hijo (Sueiro, E.; López, N. 2011)— se prolonga con la social. El vínculo del hijo con su madre, inicialmente biológico⁶, se transforma en social en tanto que a través de esa unión se engarza con el contexto familiar y social en el que crece y desarrolla. Existiría una continuidad vinculante entre el engarce biológico y el social cuya reciprocidad constituye la esencia de la propia humanidad.

Sin embargo, Burrow no incluyó lo que Shields le señaló y reprodujo: el elemento de poder (Elias, N.1987; Castells, 2009). Esa capacidad que todo humano tiene sobre los demás de influir en su forma de pensar, de ver el mundo, de ubicarse en la relación con los otros que está en la base de lo que son nuestros vínculos de interdependencia. En el juego de intercambiar roles —más allá de los aspectos éticos, estéticos y filosóficos que los enmarcan— hay un deseo de colocar (o modificar) al otro en una posición o lugar que asegure la propia supervivencia (psíquica y física). Ahí se juega algo de lo que Freud (1912-13) apuntaba en Tótem y Tabú: ocupar el lugar del Padre no deja de ser arrebatarse el Poder para quedarse con él y con la posición que tiene respecto a los

⁶ Dejo de lado los aspectos psicológicos derivados del deseo de ser madre, las expectativas y miedos que también se insertan en la vida incipiente del embrión.

demás miembros del grupo. En este sentido, la mutualidad en el espacio psicoterapéutico tiene un punto que Burrow parecería soslayar: que uno de los actores tiene una responsabilidad y función social a la que no puede —ni debe— renunciar; aunque tal función tiene inserta un aspecto del poder que se ejerce constantemente.

Las aportaciones de Ferenczi (2003:308-321) en este terreno nos ayudan a comprender la mutualidad desde otro ángulo. Él las dirigió hacia la empatía y a la creación de una atmósfera analítica o a una actitud relacional de a dos: paciente y terapeuta. Varias son las modificaciones que se añaden a su técnica:

- a) sinceridad del terapeuta para su paciente. Ello incluye sinceridad frente a la benevolencia, al reconocimiento de los errores, respecto a sus propios sentimientos, y respecto a los límites del poder terapéutico. (Talarn: 308-310)
- b) acomodación del terapeuta a la situación emocional del paciente (Ibidem:310-11)
- c) Intercambio de preguntas y respuestas
- d) Modificación en la interpretación de los sueños
- e) Empleo del contacto empático (como método de facilitación de las interpretaciones que se tengan que realizar) (Talarn: 308-310)

Estos elementos confluyen en el análisis mutuo. Este aspecto supone que «*el terapeuta analiza al paciente y, a su vez, éste ocupa, esporádicamente, el papel y el lugar del terapeuta y analiza al analista*» (Talarn: 329-30). Situación que se «produce solo en momentos muy especiales» (Ibidem:330). En este

«análisis mutuo, no sólo se intercambian los papeles entre terapeuta y paciente cuando ello se considera necesario (...) hay también un espacio y un momento para que el terapeuta le hable al paciente de sus propios deseos insatisfechos o para la caricia o el contacto físico, que remiten al paciente a los aspectos de ternura preverbal y lo ayudan a superar el momento de trance en el que se encuentra» (ibídem: 330)

En este terreno, quienes hemos trabajado con niños —o quienes somos padres y abuelos— sabemos lo que representa jugar con ellos intercambiando los roles (que no las funciones). Ese juego —con toda su seriedad (Huizinga (1975)— representa la posibilidad de que el paciente (ahora ya pienso en adultos) pueda ubicarse, ocasionalmente, en otro lugar desde el que poder pensar en su función y en la de ser el paciente. Este intercambio de roles —a los que también era aficionado J.L. Moreno— es una oportunidad para ponerse en la piel del otro y verse en perspectiva saliendo del rol prefijado de ser paciente o profesional⁷. Tal experiencia posibilita

⁷ No tengo por olvidar durante mis años de entrenamiento, que uno de mis conductores (el primero fue P.

pensar las cosas desde otro ángulo, considerando los aspectos relacionales que acaban derivando en cuadros psicopatológicos; y que, enquistados ahí perpetúan unos estilos de comunicación paralizantes.

Con estos mimbres podríamos preguntarnos cuánto de estas experiencias podrían ser aplicables e introducidas en el grupoanálisis. De hecho, si la comunicación de los elementos contratransferenciales la considerásemos como parte de esa mutualidad, bien podríamos considerar a modo de ejemplo que cuando Bion comunica a los miembros del grupo:

«a medida que la conversación se hace más confusa, empiezo a sentir que soy nuevamente el foco del descontento (...) sugiero que lo que el grupo realmente desea conocer son los motivos que me llevan a estar presente, y dado que estos no han sido descubiertos, ninguna sustitución les satisface» (Bion:1980:34)

«sospecho, sobre todo, que lo que está en cuestión es mi personalidad y especialmente mi capacidad para las relaciones sociales, o sea, mi idoneidad para el papel que de mi se esperaba» (ibídem:34)

algo de la mutualidad estaba incluyendo. Sin embargo, la idea de mutualidad va más allá de la información sobre los elementos transferenciales.

En efecto, creo que en una situación de psicoanálisis clásica en la que el analizado yace en un diván y el analista está colocado fuera del alcance de su mirada es más fácil diferenciar la transferencia de la contratransferencia: que no haya cruce de miradas permite deslindar más fácilmente aquello que el analizado coloca —fantasía mediante— en el analista de las reacciones que éste tiene frente a lo depositado en él. Pero cuando la situación es cara a cara, ¿podríamos realmente distinguir lo que es una cosa de la otra? Y si estamos en una situación grupal, ¿no sería mejor hablar, como indicó Foulkes, de situaciones transferenciales? En este punto coincido con Pichón Rivière (:197) al señalar que todo son situaciones transferenciales:

«en cuanto a la transferencia recíproca, inadecuadamente llamada contratransferencia, o conjunto de reacciones inconscientes del operador frente al grupo, la tarea y los procesos transferenciales que en él se cumplen constituyen un elemento de trabajo de inestimable valor, ya que alimentará en el operador la capacidad de fantasía para establecer hipótesis acerca del acontecer implícito del grupo» (:196) .

Aquel conductor del grupo que se considera parte de él, está total y permanentemente inmerso en redes transferenciales activadas por los miles de elementos que la favorecen. Al igual que los demás miembros del grupo: las diversas constelaciones de personas, de ideas, afectos,

O'Donnell y el segundo, al que re refiero, fue L. Yllá) nos propuso a los que estábamos ahí (éramos pacientes) tomar la conducción. Fueron dos ocasiones. En una él se ausentó, en la segunda permaneció en el grupo, callado.

emociones, y las reacciones a todo ello activan en todos y cada uno de quienes forman el grupo la presencia de esquemas y afectos relacionales del ahí y entonces en el aquí y ahora. Si el objetivo del trabajo grupoanalítico es el «*análisis de los componentes del grupo realizado por ellos mismos sin excluir al conductor*» deberemos pensar que la mutualidad anida ahí. Es decir, en desmenuzar los elementos transferenciales que emergen en el grupo y aportados por sus miembros, así como de las diversas constelaciones que aparecen en torno a los temas, comportamientos, opiniones y afectos entre ellos; conductor incluido. Ahí, pensar sobre cómo inciden las fuerzas de poder entre unos y otros abre la oportunidad para reconsiderar muchos de los aspectos que inciden en la psicopatología.

La mutualidad adquiere, entonces, un matiz operativo: posibilita incrementar la capacidad de pensar el sufrimiento desde otro ángulo y otra perspectiva. Desde el conductor supone la información activada en y por el grupo cuya finalidad es solo y fundamentalmente, el beneficio del proceso de los pacientes. Poder reconsiderar cómo son determinantes las posiciones relativas de unos sobre otros da pie a cuestionar cuánto del sufrimiento personal etiquetado bajo determinados conjuntos sintomatológicos se corresponde a paralizaciones—posiblemente involuntarias— del desarrollo individual en el seno del grupo familiar y social.

Recapitulando

El planteamiento grupoanalítico es, desde mi actual punto de vista, no es una forma de psicoterapia de grupo. Es el trabajo desarrollado por quienes constituyen el grupo sobre sus propios componentes, incluyendo al conductor. No es una psicoterapia del conductor ya que su función es la de catalizar esta actividad grupal para que todos quienes lo constituyen —incluido él mismo— caminen hacia un trabajo mutuo centrándose, en la medida que el progreso de la confianza lo permita, en el aquí y ahora de la propia experiencia grupal. Pero la reciprocidad, pareja de la mutualidad, permite acercamientos enriquecedores para todos.

A diferencia de otros planteamientos de psicoterapia de grupo de corte psicoanalítico, la introducción de la mutualidad —en el sentido de Ferenczi— busca potenciar la capacidad de análisis de los integrantes del grupo en el contexto en el que se desarrolla. Tal característica conlleva la introducción de aspectos transferenciales que permitan establecer hipótesis de trabajo acerca de las dificultades del individuo, del grupo y las que podemos percibir en el contexto institucional y social.

Evidentemente todo ello hay que ajustarlo a la realidad del padecimiento que presentan los pacientes y a las características del centro en el que se trabaja; pero en este acomode se busca

potenciar las capacidades que tienen los pacientes —por pequeñas que sean— para entender los eslabones de su sufrimiento. Y en ello poder iluminar un poco más las derivaciones del sufrimiento de quienes constituyen su entorno familiar y las que provienen de la propia dinámica del grupo.

Este pasaje apodera a los pacientes en su capacidad de pensar y entender aspectos de su vida, buscando que se animen a salir de una posición pasiva respecto a su recuperación a otra más activa; aún reconociendo las limitaciones que conlleva todo ese esfuerzo. Pero también debería apoderar a las estructuras sanitarias ofreciendo espacios psicoterapéuticos y reconsiderando, como no podría ser de otra forma, los aspectos iatrogénicos derivados de la propia estructura asistencial.

Por otro lado, la comprensión del sufrimiento psíquico como un derivado de alteraciones —que en ocasiones son graves— en los vínculos con su entorno afectivo más íntimo, no excluye considerar que parte de sus consecuencias también tienen un correlato a nivel cerebral, con áreas que han podido quedar mermadas o dañadas involuntariamente. En este orden de cosas es preciso incrementar la colaboración entre el mundo psicológico y el de las neurociencias, aportando datos que nos permitan entender cómo las alteraciones vinculares tienen su correlato en las estructuras cerebrales.

Finalmente, no podemos desechar los elementos transgeneracionales y sociales en la activación —quizás inevitable— del sufrimiento psíquico. Los traumas sociales inciden también en la patología individual; y en eso, los responsables igual no somos los clínicos.

REFERENCIAS

- Bateman, A.; Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Bion, W. R. (1976). *Experiencias en grupo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1998). *El Apego*. Barcelona: Paidós
- Castells, M. (2009). *Comunicación y poder*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Castilla del Pino, C. (1979). *Introducción a la psiquiatría. I. 1. - problemas generales*. Madrid: Alianza editorial
- Damasio, A. (2010). *Y el cerebro creó al hombre*. Barcelona: Destino
- (2018). *El extraño orden de las cosas*. Barcelona: Destino
- Elias, N. (1987). *El proceso de la civilización*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- (2010). *Sociología fundamental*. Barcelona: Gedisa

- Ferenczi, S. (1920). *Los nuevos adelantos de la terapéutica activa en el psicoanálisis*. En S. Ferenczi (2009). *Teoría y técnica del psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé
- Foulkes, S.H. (1957). Group Analytic Dynamics with Specific Reference to Psychoanalytic Concepts, *Int.J. Group Psychotherapy*. En Kissen. M., (Ed), (1979), *Dinámica de grupo y psicoanálisis de grupo*. México: Limusa.
- ; Anthony, E. J. (1964). *Psicoterapia psicoanalítica de grupo*. Buenos Aires: Paidós
- (1964). *Therapeutic Group Analysis*. Reimpresión de 1984. London: Maresfield.
- (1975). Problems of the Large Group from a group analytic point of view. En Kreeger, L. Kreeger (Ed.) (1975). *Large Group*. Londres: Constable
- (1984). *Therapeutic Group Analysis*. London: Karnac Books
- (2005). *Introducción a la psicoterapia grupoanalítica, [1948]* Barcelona: Cegaop press.
- Freud, S. (2011). *Los dos principios del funcionamiento mental*. En S. Freud. (1972). *Obras Completas*. Tomo V. Madrid: Biblioteca Nueva
- Freud, S. (1888). Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. En S. Freud. (1972). *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva
- (1912-3). *Tótem y tabú*. En S. Freud, (1972). *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva
- (1916). *Vías de formación de síntomas*. En S. Freud. (1972). *Obras completas*. Tomo VI. Madrid: Biblioteca Nueva
- (1974). *Psicología de las masas y análisis del yo [1921]*. En S. Freud, (1974) *Obras completas*, Madrid, Biblioteca nueva.
- Gallart Capdevila, J.M^a, (2015). *Orígenes de la concepción fenomenológica de la enfermedad mental*. Tesis doctoral. U. Complutense. Madrid
- Gatti Pertegato, E., (1999). Trigrant Burrow and Unearthing the Origin of Group Analysis. *Group Analysis* 32: 269-284
- Hopper. E., (1997). Traumatic Experience in the Unconscious Life of Groups: a fourth Basic Assumption. *Group Analysis*. 30 439-470.
- (2003). Social Unconscious in Clinical Work. En E. Hopper (2003). *The Social Unconscious. Selected papers*. Londres: JKP
- (2011). Un esbozo de mi teoría sobre el supuesto básico de no-cohesion: agrupamiento/masificación o (ba)I: A.M. *Teoría y práctica grupoanalítica*. 1(1):207-25
- Huizinga, J. (1975). *Homo Ludens*. Madrid: Alianza Emece.
- Kandel, E.K. (2019). *La nueva biología de la mente. Qué nos dicen los trastornos cerebrales sobre nosotros mismos*. Barcelona: Paidós
- Klein, M. (1921). *El desarrollo de un niño*. Psicolibro
- (1936). *El destete*. Psicolibro
- (1952). *Observando la conducta de bebés*. Psicolibro

Lacan, J. (1953-54), El Seminario de Jacques Lacan. Libro I: Los escritos técnicos de Freud, 1953-1954, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1988.

— (1954-55). El Seminario de Jacques Lacan. Libro II: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica, 1954-1955, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1983.

Lewin, K. (1988). *Teoría del campo social*. Barcelona: Paidós

— y otros. (1965). *El niño y su ambiente*. Argentina. Paidós

— (2012). *Dinámica de la personalidad. Selección de artículos*. Madrid: Morata

Marrone, M. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Prismática

— (2014). *Apego y Motivación: Una Lectura Psicoanalítica*. Madrid: Psimática

— (2017). *Apego y psicoterapia. Un paradigma revolucionario*. Madrid: Psimática

Mitchell, S.A. (1993). *Conceptos relacionales en psicoanálisis. Una integración*. México: S. XXI

Pichon-Rivière, E. (1985). Transferencia y contratransferencia en la situación grupal. En E. Pichon Rivière (1985). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social I*. Argentina: Nueva Visión

Rosenbaum, M. (1986). Triggant Burrow: apioneer revisited. *Group Analysis* 19(2): 167-77

Siegel, D.J. (2016). *La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. Bilbao: Desclée de Brouwer

Sueiro, E.; López, N. 2011). *La comunicación materno-filial en el embarazo. El vínculo de apego*. Pamplona: Eunsa

Sunyer, J.M. (2008). *Psicoterapia de grupo grupoanalítica. La co-construcción de un conductor de grupos*. Madrid: Biblioteca Nueva

— (2016). *Bicicletas o tandems*. En J.M. Sunyer (2018). *Escritos grupoanalíticos*. Madrid: viveLibro

— (2021). The psychotherapy group, immigrant's camp. *Group Analysis*.

— (2002), El grupo: espacio mental de elaboración de los procesos de integración y diferenciación de los aspectos biopsicosociales del ser humano, *Boletín* 26:13-23

Talarn, A. (2003). Sándor Ferenczi: el mejor discípulo de Freud. Madrid: Biblioteca Nueva

Original recibido con fecha: 8/11/2021

Revisado: 30/1/2022

Aceptado: 30/03/2022