



SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

“LA FORMACIÓN DEL PSICOTERAPEUTA GRUPAL”

Rosa Gómez Esteban¹, Julio, 2019

¹ Gómez Esteban, R., Presidenta de la Sección de Psicoterapia de Grupo, Asociación Española de Neuropsiquiatría y Profesionales de la Salud Mental (A.E.N.).

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

Índice

Introducción.

I.- Primera parte

- 1.- La “Clínica Grupal”.
- 2.- Propuestas de cambios de paradigma para los socios de la Sección de Psicoterapia de Grupo y de la A.E.N.
- 3.- Objetivos y propuestas de la Sección de Psicoterapia de Grupo respecto a la Formación del psicoterapeuta grupal.

II.- Segunda parte

- 4.- La “Formación grupal”, proceso de aprendizaje y transformación subjetiva.
- 5.- El “Programa de Formación” en Psicoterapia de Grupo.
- 6.- Las Metodologías grupales en la Formación y Supervisión: Balint, Grupo Operativo, Grupoanálisis y Psicodrama.

III.- Tercera parte

- 7.- “El Equipo”, objetivo importante en la formación del psicoterapeuta grupal.
- 8.- Los “Grupos de Supervisión”, instrumento esencial en la especialidad y en la formación continuada.

IV.- Cuarta parte

- 9.- Los Grupos Psicoterapéuticos, Familiares y Multifamiliares, objetivo central en la formación, y eje del Programa Asistencial.
- 10.- La “Experiencia Analítica”.
- 11.- Bases de la “Formación en Clínica Grupal”.

Conclusiones y propuestas.

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

Introducción.

La Estrategia de Salud Mental en España¹ plantea que los trastornos mentales comunes son altamente prevalentes a nivel mundial. En una encuesta realizada en 63 países, entre 1980 y 2013, el 30% de la población afirmaba haber padecido algún trastorno mental a lo largo de su vida. Estas cifras, en Europa, alcanzan el 38%. Estos altos porcentajes son índices del padecimiento subjetivo en la época actual, pero no discriminan los afectos de angustia y depresión que corresponden a la psicopatología, de aquellos que surgen sin patología ante determinados acontecimientos de la vida de un sujeto.

Esta Estrategia señala que los factores sociales son fundamentales, se dan diferencias significativas en relación al género, más altos en el sexo femenino; en personas que viven solas (separadas, divorciadas y viudos); y si se está en situación laboral de desempleo, baja o incapacidad. Subraya que el suicidio es uno de los mayores problemas de salud pública en Europa, con una tasa de prevalencia (13.9 por 1000.000 habitantes/año) que se está incrementando constantemente; por suerte en España es la mitad de dicha proporción. Ante la importancia de los datos, el informe muestra *“la necesidad de la formación de los profesionales y el desarrollo de actividades de psicoterapia en los dispositivos de Salud Mental”*.

La necesidad de formación en psicoterapia de grupo y su desarrollo han sido dos objetivos prioritarios, desde que se empezó a reunir el grupo de trabajo de la actual Sección de Psicoterapia de Grupo de la A.E.N. La formación requiere la implementación de grupos psicoterapéuticos en los Servicios de Salud Mental (S.S.M.); y por otro lado, una estrategia de psicoterapia con muy buenos resultados en los “padecimientos subjetivos” (mal denominados enfermedades mentales). Y es la estrategia psicoterapéutica que aporta soluciones a los diferentes problemas señalados en el amplio proyecto Rethinking², 2016, realizado en nuestro país. En esta investigación con pacientes graves han participado numerosos expertos de Servicios hospitalarios y Asociaciones (Científicas y de Pacientes). Las conclusiones, se pueden agrupar en tres apartados, y podemos generalizarlas a otros cuadros psicopatológicos:

I.- Los costes individuales, familiares y sociales de las enfermedades mentales graves son muy altos. El más destacable es la mayor mortalidad que en población general.

II.- Los tratamientos intensivos, en el inicio de la enfermedad, son fundamentales para mejorar el pronóstico de los pacientes. Y éste es aún mejor si se logra un mayor insight de los pacientes y se lucha contra el estigma social.

III.- El tratamiento con psicofármacos supone un elevado coste económico en ascenso. Y, cuyos efectos secundarios en ocasiones no se diferencian de los síntomas producidos por la propia enfermedad; además de no tener tratamiento farmacológico.

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

Los “grupos psicoterapéuticos” serían una excelente respuesta a estas problemáticas, porque se pueden ofrecer de manera intensiva en situaciones de “crisis”, con frecuencias semanales, e iniciarse en los primeros síntomas. También porque tienen buenos resultados en encuadres breves para las patologías leves, que tan frecuentes son en población general; y en encuadres prolongados en las formas graves, que tienen menos prevalencia respecto a las anteriores.

La psicoterapias de grupos son un instrumento de gran eficiencia porque requieren menos recursos que otras estrategias psicoterapéuticas, y son muy eficaces en encuadres breves en las patologías comunes, que son las más frecuentes. Con la formación pertinente de los profesionales, esta estrategia de psicoterapia se puede garantizar a la mayoría de la población que lo precise o lo solicite; y, a diferencia de los tratamientos biológicos, no tienen efectos secundarios. Por otro lado, la psicoterapia proporciona insight a los pacientes y disminuye el estigma social. Es decir, interviene en todos aquellos factores que mejoran el pronóstico de los pacientes.

Fernández Liria³, en la editorial sobre “Psicoterapia(s) y formación de psicoterapeutas”, plantea que los conocimientos y habilidades para la práctica de la psicoterapia deben formar parte de la formación y de los programas M.I.R. y P.I.R. Asimismo, menciona que la denominación del título en Alemania incluye la psicoterapia. Y afirma que las Comisiones de la Especialidad de Psiquiatría y Psicología deben garantizar el control de la formación y acreditación de psicoterapeutas, y velar por su cumplimiento en el ámbito público y privado.

I.- Primera parte

1.- La “Clínica Grupal”^{4,5,6,7}.

La “Clínica Grupal” es un nuevo paradigma de la clínica que cuestiona el discurso social y médico respecto a las concepciones vigentes acerca de los procesos de salud y enfermedad mental. El paradigma biológico de la enfermedad mental se ha potenciado, incluso en las patologías leves, a pesar de las evidencias en contra, y de algunos efectos indeseados de los psicofármacos sobre la salud de los sujetos. El discurso social y el de Salud Mental sigue ocultando la relevancia de las causas psicosociales en el origen de estos procesos. Y, los conocimientos biológicos siguen siendo predominantes en la formación de los profesionales y en las creencias sociales.

En la Sección de Psicoterapia de Grupo, compartimos las teorías grupales psicoanalíticas que ofrecen instrumentos para comprender la clínica del sujeto, lo vincular, lo grupal, lo familiar, lo multifamiliar y lo institucional. Y que permiten investigar también la articulación entre estos diferentes ámbitos interrelacionados. En la clínica grupal, y en los grupos terapéuticos que realizamos nos basamos en la teoría psicoanalítica y en la teoría grupal de Pichon, Bion, Foulkes, y Bauleo, entre otros. Y también en aquellas teorías que incluyen los factores psicológicos y sociales en el proceso del enfermar, como el paradigma bio-psico-social de Engel.

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

El sujeto existe en el interior de los vínculos familiares y grupales, por ello en nuestra “Clínica Grupal” nos orientamos por una psico(pato)logía psicoanalítica y vincular. El interés de la teoría freudiana es la elaboración de una psicopatología estructural, en la que las formas clínicas dependen de la regresión alcanzada y de los mecanismos defensivos. En esta teoría el sujeto no puede pensarse sin el Otro materno, sin el deseo de la madre que conlleva la incorporación de la función paterna. El sujeto se construye en los deseos de los padres y en la red de vínculos del grupo familiar. Por eso, en la clínica grupal que realizamos además de observar los síntomas, la psicopatología, los posibles diagnósticos, siempre investigamos los vínculos que el sujeto ha establecido en el grupo familiar y en sus grupos de pertenencia.

En los grupos terapéuticos trabajamos sobre los vínculos actuales, pero sabiendo que en los mismos están presentes los vínculos primarios familiares. El vínculo con la madre es el más significativo, el “protovínculo”, que denominara Pichón, y que es el modelo de los vínculos posteriores. De la simbolización de la ausencia de la madre, en ese juego de presencias y ausencias, y de la existencia del deseo de la madre por el padre dependerá la inclusión o no de la función paterna. Este hecho es fundamental para el sujeto, ya que si este significante del Nombre del Padre no se incorpora, se producirá la psicosis.

Los sujetos no psicóticos se constituyen en las tramas identificatorias de la triangularidad edípica, del grupo familiar, en el que son fundamentales los deseos de los padres y el vínculo establecido entre ellos. Pero también en las identificaciones y vinculaciones con los hermanos/as y aquellas personas significativas de sus grupos de pertenencia. Si bien, el sujeto se construye en las redes vinculares de lo familiar, está fuertemente atravesado por los diferentes discursos que corresponden al ámbito de lo comunitario, lo institucional y lo social.

Dicho con otras palabras, el sujeto se constituye en la internalización de la red de vínculos del grupo familiar, que para Pichón conforma el “grupo interno” (que a su vez incluye los vínculos transgeneracionales a través de los cuales se transmiten “los secretos familiares” de las generaciones⁸). Esta red de vínculos constituye nuestro “inconsciente”, que es singular, y que estructura al sujeto y su modo de goce particular, y que posibilita unos modos de vinculación con los otros, que por supuesto también están influidos por lo social.

Existe una comunicación e interacción recíproca entre mundo interno y mundo externo, el “grupo interno” está abierto al exterior, por eso en el grupo terapéutico se externaliza en las relaciones con los otros participantes. De esta manera, los vínculos del grupo interno se transfieren y depositan sobre el coordinador y los integrantes, y éstos actúan como objetos transferenciales, en el aquí-ahora grupal; es decir, el grupo interno se externaliza en la dinámica grupal, en el grupo terapéutico. Las relaciones con los otros en el grupo van a depender de las diferentes situaciones grupales e individuales, pero también van a estar determinadas por el grupo interno de cada uno. Y estos vínculos

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

internos, más o menos patológicos, se podrán conocer y transformar a lo largo del proceso terapéutico, siempre que exista un deseo de cambio en el sujeto.

La escucha del paciente es el objetivo de nuestro trabajo, y por eso la Sección se compromete con una Psiquiatría y una Psicología clínica del sujeto. Una clínica que, al mismo tiempo, es vincular, grupal y social (ya que no puede pensarse el sujeto sin el vínculo, y sin el grupo al que pertenece). Es una clínica basada en una psicopatología de la vida cotidiana, que piensa la “enfermedad” como la crisis de un sujeto, que muestra su división subjetiva, sus modos de vinculación, y su relación con los grupos de pertenencia. Una crisis, que también ha de ser entendida como promesa de individuación y maduración personal.

La Clínica Grupal es un nuevo modelo de pensar la clínica y el trabajo en la institución. En nuestra Clínica Grupal contamos con “lo grupal” como el instrumento privilegiado para el tratamiento de los sufrimientos y patologías del sujeto, y por eso priorizamos los grupos terapéuticos, familiares y multifamiliares. Pero, también utilizamos “lo grupal” como herramienta fundamental para la organización de la asistencia, docencia e investigación. Utilizamos el término de Clínica Grupal en una conceptualización amplia, en sus dos vertientes: la de tratamiento, que permite abordar la multiplicidad de los factores intervinientes en la causación de la psicopatología; y la que se refiere al nuevo modo de pensar la enfermedad, y la organización de la asistencia, docencia e investigación.

La Clínica Grupal tiene gran interés por los significativos factores terapéuticos grupales⁹. Con éstos hacemos referencia básicamente a los debidos a “*la acción del grupo como agente terapéutico*”¹⁰. Entre estos, subrayamos los más significativos: el “encuadre grupal”, “el diálogo y comunicación grupal”, las “transferencias grupales”, “el discurso del grupo”, “la lectura de emergentes” y las diferentes intervenciones e interpretaciones del equipo terapéutico. Incluimos también las intervenciones de aquellos pacientes que producen “efectos terapéuticos” en los demás participantes, y que es otro de los factores terapéuticos específicos de “lo grupal”.

La introducción de la Clínica Grupal en el campo de la Salud Mental (S.M.) no es un camino fácil, se requiere superar previamente las intensas resistencias de las instituciones (sociales, sanitarias y de salud mental), que a su vez, han impregnado a los profesionales y pacientes. El estigma social respecto a estas enfermedades es muy determinante, y por ello los pacientes ocultan su enfermedad y no piden ayuda. Señalábamos que la sociedad actual prima las concepciones individualistas, y aquellas que apoyan el paradigma biológico. Y mientras estos modelos sean los preponderantes será difícil la implementación de “lo grupal” en los Servicios de Salud Mental (S.S.M.).

Los psicofármacos y la psicoterapia son los dos principales tratamientos que se ofrecen en los dispositivos de S.M. para tratar los problemas psicopatológicos. Reconocemos la gran utilidad del fármaco y su importancia para disminuir la angustia y el sufrimiento del enfermo, si la indicación es precisa, y si se usa como coadyuvante en

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

los tiempos pertinentes, y a las menores dosis posibles. Pero, en la actualidad, los psicofármacos tienen una clara situación de privilegio frente a la psicoterapia, porque el campo “psi”, en su búsqueda de ser científico ha perseguido el modelo biomédico de la enfermedad orgánica. De esta manera, a pesar de la relevancia de la psicoterapia en nuestro campo, se ha seguido apoyando básicamente a aquellas teorías psicológicas y psiquiátricas que han potenciado el consumo de psicofármacos y no se han planteado escuchar la angustia y demanda de los pacientes.

Estos modelos biológicos han sido apoyados por la potente industria farmacéutica y por eso siguen permanecido en el tiempo con mucha influencia. Y ello, a pesar de la evidencia demostrada de la mayor eficacia y eficiencia de la psicoterapia respecto a la farmacoterapia en psicopatología leve y moderada. Y de sus mejores resultados en terapia combinada en los trastornos graves. En el predominio actual de las premisas biológicas tienen mucho poder los intereses económicos, y estas circunstancias influyen para que no se incentive a los profesionales a formarse en Clínica Grupal. A ello se une el intenso esfuerzo que requiere la formación en psicoterapia grupal, al ser un proceso largo y costoso, también desde el punto de vista económico.

Deseamos desarrollar y profundizar en una psicoterapia de grupo en la que el objeto de conocimiento sea “el grupo psicoterapéutico”. Y proponemos que: “la psicoterapia de grupo, por sus potentes factores terapéuticos, ha de ser el tratamiento privilegiado para abordar la complejidad de la mal denominada “enfermedad mental”. Y de elección, porque los grupos psicoterapéuticos son la única estrategia psicoterapéutica capaz de resolver el alto número de demandas que colapsan los Servicios de Salud Mental (S.S.M.).

2.- Propuestas de cambios de paradigma para los socios de la Sección de Psicoterapia de Grupo y de la A.E.N.

El modelo de Clínica Grupal, al incluir la subjetividad del paciente y la multiplicidad de elementos implicados en el proceso, requiere ciertos cambios de posición en el ejercicio de nuestra profesión. Para cumplir los objetivos de formación y asistenciales en la atención a la salud mental de la población, se proponen algunos cambios de paradigma.

a.- El primero, es el pasaje del paradigma biológico al bio-psico-social.

b.- El segundo, el pasaje del individual al grupal. El tránsito desde una psicopatología individual a una psicopatología que incluye lo vincular, grupal y social. Una psicopatología en el marco de una Psiquiatría y Psicología de la vida cotidiana (siguiendo a Pichón, Bion, Foulkes, Bauleo, Kesselman, Caparrós, Quiroga, y otros autores grupalistas y psicoanalistas).

c.- El tercero, la paulatina transición de las psicoterapias individuales a las grupales, familiares y multifamiliares. Seguimos las ideas pichonianas: el sujeto enferma

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

en grupo (“el enfermo es emergente de su grupo familiar”) y, a su vez, el grupo es el agente terapéutico.

Decíamos que el sujeto se construye en el grupo familiar, y que “lo grupal” constituye al sujeto, y que la “realidad psíquica” se conforma en el grupo familiar e intermedia en su relación con los otros y el mundo. También que la internalización de la red vincular familiar conforma el “grupo interno”, que se externalizará en el interjuego del proceso terapéutico. En el grupo terapéutico, y en el grupo familiar y multifamiliar se manifiestan y despliegan las escenas del grupo originario; y de este modo, pueden hacerse conscientes para el sujeto, sus modos de relación y vinculaciones patológicas.

d.- El cuarto pasaje, se refiere a la “relación terapéutica”, una transición desde el modelo autoritario/paternalista en la relación terapeuta- paciente, a una vinculación en la que las palabras del paciente sean las protagonistas, pero también las del profesional (frente al riesgo de deshumanización de la relación profesional-paciente en la medicina pública actual).

En esta relación terapéutica priorizamos la palabra, que es el vehículo central en la interacción y comunicación con los otros; aunque se analicen también otras formas de expresión. La posición del terapeuta en este vínculo transferencial ha de ser de presencia, escucha y lectura activa de los síntomas y manifestaciones del paciente. Sabemos de la complejidad de esta relación, que está determinada por la subjetividad de ambos. Pero, también por sus creencias acerca de los procesos de salud-enfermedad, de las dinámicas institucionales, del marco conceptual teórico-técnico y de la ideología de los dos sujetos.

e.- El quinto pasaje se refiere al síntoma, una transición desde la clínica de la mirada a la escucha, es decir, del pensamiento acerca del “sin sentido” del síntoma a la búsqueda del sentido, la función y el goce del sujeto.

Freud en su teoría psicoanalítica descubre que los procesos inconscientes son la causa de la formación de los síntomas que, a su vez, son resultado del deseo y de la defensa del sujeto. Estos procesos inconscientes, a partir del descubrimiento freudiano, son encumbrados como objetos de conocimiento científico. Los síntomas, en la teoría freudolacanianiana, son la expresión de lo reprimido, pero también de lo nunca realizado, y de las manifestaciones del “goce” del sujeto. Los síntomas, a diferencia de los sueños y lapsus, son formaciones fijas del inconsciente, que se han de privilegiar en el análisis para que puedan tener una función y un sentido o sin sentido para el sujeto.

f.- El sexto pasaje se refiere al equipo, a la potenciación de modelos grupales en el funcionamiento institucional para que puedan hacerse cargo de la compleja tarea de la institución.

g.- El séptimo cambio se refiere al pasaje de las metodologías individuales en la formación y supervisión a la implementación de metodologías grupales para estas actividades.

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

Otros cambios que se facilitan en el trabajo grupal son los siguientes:

a.- El cambio desde la posición de neutralidad del terapeuta, a la inclusión de los aspectos denominados “contratransferenciales” (que prefiero denominar transferenciales), y que corresponden a los afectos y sentimientos del profesional en la relación terapéutica. Estos fenómenos han de investigarse en la experiencia analítica o en el espacio de la supervisión.

b.- Otro cambio se refiere a la posición del coordinador del grupo, en la clínica grupal se propone que se ubique en un lugar de “no saber”, para que pueda escuchar el saber del paciente/s, que es el saber de su/s inconsciente/s. A diferencia de la exigencia de la medicina, que le pide al médico que ocupe el lugar del “saber”.

c.- En los grupos se facilita el pasaje de la libido narcisista a la libido objetal/grupal. Este cambio es muy importante en los grupos terapéuticos en los que predominan las patologías narcisistas (pacientes con precariedad narcisística o que padecen una regresión de la libido objetal al narcisismo, como sucede en la depresión melancólica). En la clínica grupal que realizamos se facilita las transformaciones y los pasajes de la libido narcisista a la objetal.

d.- El grupo terapéutico es un espacio óptimo para la elaboración de las diferencias. Ésta es una problemática central en las relaciones, y en los grupos, y por tanto también los grupos terapéuticos; en éstos las diferencias son fuente de tensiones, y a veces de difícil elaboración.

e.- El grupo terapéutico al facilitar los procesos de significación posibilita el pasaje y la transformación de las “transferencias de afectos” a las “transferencias de trabajo”.

3.- Objetivos y propuestas de la Sección de Psicoterapia de Grupo respecto a la Formación del psicoterapeuta grupal.

En el panorama psiquiátrico y psicológico actual, después de años difíciles, se empieza a detectar mayor interés en relación a la formación grupal de los profesionales y al trabajo de equipo. A pesar de los esfuerzos de algunos profesionales, se evidencia una falta significativa de psicoterapeutas grupales, y una escasa oferta de grupos terapéuticos en los S.S.M. Estas carencias, en los inicios de 2012, nos motivó a un grupo de profesionales apasionados por la psicoterapia grupal, a reunirnos en un grupo de trabajo, y a conseguir fundar la Sección de Psicoterapia de Grupo de la A.E.N., en el mes de junio de 2015.

En el Documento de Constitución de la Sección planteamos que nuestro objetivo principal era la mejora de la atención psicoterapéutica en los Servicios de Salud Mental.

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

Para lograr este objetivo subrayamos la necesidad de formación y especialización en psicoterapia de grupo de los profesionales. Ahora proponemos que esta formación se realice con metodologías grupales por sus mejores resultados. Pensábamos que todos los pacientes, más allá del Centro de referencia, tenían derecho a recibir un buen tratamiento psicoterapéutico para sus padecimientos subjetivos, al ser el más eficiente en el abordaje de la multiplicidad de los factores que están implícitos en el proceso del enfermar.

Desde hace años se ha constatado que la formación en psicoterapia es una de las carencias más relevantes en los programas de formación de los M.I.R. y P.I.R. (Cuadernos técnicos de la A.E.N.¹¹). Por ello, si se quiere realizar una oferta amplia de psicoterapia a la población, las instituciones de salud mental han de reconocer que carecen de psicoterapeutas grupales para llevar adelante esta tarea. Y por ello, han de dar prioridad en los programas de formación de psiquiatras y psicólogos, a las teorías y técnicas de psicoterapia de grupo.

La formación en psicoterapia, tiene un estatus muy diverso en los países europeos, en algunos tiene tanta importancia que se la incluye en la denominación del título. En Suiza y Alemania sus profesionales son “Especialistas en Psiquiatría/Psicología y Psicoterapia”. Pero, su inclusión es muy diversa, en algunos está claramente incorporada en la formación; en otros se recomienda, pero no se lleva a la práctica; y en los menos está excluida de la preparación de los futuros especialistas.

En España, la formación en psicoterapia es responsabilidad, en diferente grado, del Ministerio de Sanidad y Educación, de las Comisiones Nacionales de la Especialidad de Psiquiatría y Psicología (en las que participan las Asociaciones científicas), de las Oficinas Regionales de Salud Mental, y de las Unidades docentes. Han sido tres Asociaciones de profesionales (la Asociación Española de Neuropsiquiatría -A.E.N.-, la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas -F.E.A.P.- y la de familias -F.E.A.T.F.-) las que se han preocupado de la elaboración de los criterios para ser psicoterapeuta. Fruto de esta colaboración es el Documento de 2012¹². La F.E.A.P cuenta con un registro de psicoterapeutas y también acredita a aquellas Asociaciones de Grupos que integran psicoterapeutas grupales acreditados.

Estas cuestiones no han podido debatirse aún en la Sección, pero personalmente considero que la A.E.N tiene la tarea pendiente de proponer sus propios criterios para los profesionales que trabajan en lo público. Y asimismo, la tarea de elaborar el listado de psicoterapeutas individuales y/o grupales de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y Profesionales de la Salud Mental. La A.E.N. ha de dar pasos progresivos en relación a la nueva denominación, y también a las acreditaciones y a la elaboración del listado propio de psicoterapeutas. La A.E.N., con estas acciones, daría un paso más en su compromiso con la psicoterapia y en lograr una mejor posición dentro de los tratamientos que actualmente se ofertan en los Servicios de Salud Mental.

En la última reunión de las Secciones con la Junta Directiva de la A.E.N., la Sección de Psicoterapia de Grupo mostró el deseo e interés de ser apoyados para elevar

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

una propuesta formal a las Comisiones Nacionales de la Especialidad de Psiquiatría y Psicología. Proponíamos que estas Comisiones se comprometieran progresivamente y que priorizan en los Programas de Formación, la Psicoterapia de Grupo. Aunque tenemos que clarificar la propuesta, considero que las Comisiones de la Especialidad tienen la responsabilidad de promover el cumplimiento para que el ejercicio de las prácticas psicoterapéuticas grupales sean una realidad para todos los residentes; desde el inicio del período M.I.R. y P.I.R., y a lo largo de los cuatro años de la residencia. Y también, a corto plazo, impulsar el cambio en la denominación de la titulación ante el Ministerio, para que se denomine “Especialista en Psiquiatría/Psicología y Psicoterapia”. Porque considero que estos cambios son imprescindibles para ubicar a la Psicoterapia en el lugar que le corresponde en nuestra especialidad.

Los residentes, en el momento actual, sólo pueden formarse si coinciden con adjuntos formados en teorías y técnicas grupales, pero no es una formación a la que tienen derecho. Y ésta se realiza en base al voluntarismo de los adjuntos y a su deseo o no de formar a los residentes. La formación es imprescindible por varios motivos, entre ellos, la necesidad de psicoterapia de la población, y porque los residentes acceden a la especialidad de Psiquiatría y Psicología con una escasa experiencia, y además siendo muy jóvenes; por tanto, con muy poca experiencia humana. Proponemos que todos los M.I.R. y P.I.R., sea cual sea su lugar de residencia en el país, tengan derecho a una buena formación en psicoterapia individual y grupal, ya que es una herramienta imprescindible en su trabajo.

Algunas Unidades Docentes ofrecen un trayecto de psicoterapia individual y grupal en el último año de la especialidad, pero es un tiempo claramente insuficiente. Y, por otro lado, al ser optativo con otras rotaciones, la psicoterapia puede quedar fuera de la elección. Esta exclusión ocurre, por ejemplo, si se elige la Formación en Infancia y Adolescencia, un período de la vida en la que la terapia por la palabra debería ser la estrategia de tratamiento fundamental. Esta paradójica situación nos muestra la ambivalencia de la institución de Salud Mental frente a la psicoterapia y, por otro lado, que las carencias en la formación son estructurales. Por ello, es necesario que la enseñanza y el aprendizaje en psicoterapia de grupo sea institucionalizada, porque si no se hace de este modo, sólo se realizarán tratamientos individuales y básicamente farmacológicos.

Los psiquiatras y psicólogos, si no se forman en psicoterapia, se inhibirán frente a las intervenciones psicoterapéuticas grupales. Y en el caso de que se vean obligados a ponerlas en práctica las ofrecerán y realizarán con muy poca formación teórico-técnica-afectiva. Para garantizar el derecho de la población a participar en grupos psicoterapéuticos, los profesionales han de estar bien formados. Y, para ello es urgente proponer a las Comisiones de la Especialidad, la puesta en marcha de un “Programa de Psicoterapia Grupal” en la cartera de servicios de las diversas Áreas.

Este Programa tendría dos objetivos y se realizaría en dispositivos diferentes:

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

a.- las prácticas de grupos psicoterapéuticos en los cuatro años de la residencia, que se organizaría en el C.S.M. y que ayudaría a cumplir el objetivo asistencial, la atención psicoterapéutica a la población.

b.- la formación teórico-técnica en psicoterapia grupal, para que los futuros psiquiatras y psicólogos aprehendieran los conocimientos para ser capacitados y acreditados en psicoterapia individual y grupal. Este nivel del programa se realizaría en el hospital de referencia para varios distritos.

Las Comisiones de Especialidad, para llevar adelante este objetivo, deberían acreditar sólo a aquellas Unidades Docentes que pusieran en marcha estos Programas durante todo el período de la residencia. Si esta propuesta se llevara adelante, se tendría un “plus” con estos programas de formación, que sería la potenciación y el desarrollo de la organización de la estructura asistencial psicoterapéutica en los C.S.M. y en toda la red de Salud Mental.

En el C.S.M., el futuro “Programa de Psicoterapia grupal” sería un eje central, un programa nuclear en la formación práctica de los futuros psicoterapeutas, y un programa-eje de la asistencia que le daría mucho prestigio en su cartera de servicios; ya que alrededor de él podrían organizarse todas las actividades psicoterapéuticas del Centro.

Insistimos en la relevancia e interés de este programa, porque su puesta en marcha lograría los dos grandes objetivos señalados: el primero, la asistencia psicoterapéutica grupal para todos los pacientes que la precisaran y solicitaran, y el segundo, la formación práctica en psicoterapia de grupo de los futuros psiquiatras y psicólogos, desde el inicio de la residencia.

II.- Segunda parte

4.- La “Formación grupal”, proceso de aprendizaje y transformación subjetiva.

En el C.S.M., el programa sería coordinado por dos responsables, dos psicoterapeutas grupales, psiquiatra y psicólogo, que se encargarían de la organización de los grupos psicoterapéuticos, y de la coordinación del desarrollo de los mismos en su territorio. Y que serían, a su vez, los responsables de la organización de la formación práctica en esta disciplina, y de su aplicación en los cuatro años de la residencia.

Los residentes en este programa asumirían progresivamente las tareas de observación, participante o no, y de co-coordinación, para finalmente ubicarse en la posición de coordinadores en el último año de la residencia. Es decir, los residentes, en los dos primeros años, podrían ser observadores participantes en los grupos terapéuticos de manera progresiva, y durante los dos últimos años, realizar la función de coordinadores, también de manera paulatina. Los responsables de este programa lo serían tanto del programa terapéutico grupal del C.S.M., como de la formación práctica en

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

psicoterapia de grupo. Dicho con otras palabras, se responsabilizarán de los grupos terapéuticos, de la formación grupal y de la supervisión de los grupos terapéuticos que realicen los residentes.

El coordinador de cada grupo terapéutico será el responsable de trabajar el material de la sesión grupal con el residente/observador en el momento pre o postgrupal. Cuando los residentes ejerzan la función de coordinadores, serán los supervisores del programa los que realizarán las supervisiones del material de sus sesiones grupales. La supervisión grupal se ofrecerá a todos los residentes del territorio, con una frecuencia quincenal. Estos espacios de formación son muy importantes para una asistencia psicoterapéutica de calidad en nuestros Servicios de Salud Mental, ya que ésta depende de la formación de sus profesionales en psicoterapia. Por tanto, la institución ha de asumir esta responsabilidad y capacitarles para que sean buenos terapeutas. Y sabemos que este objetivo sólo puede conseguirse, si se les enseña a ser instrumentos de diálogo con el paciente.

En este largo camino para llegar a ser psicoterapeuta, además de sus prácticas supervisadas y la incorporación de conocimientos teóricos, en los grupos de formación han de vivenciar su compromiso personal en la relación con los pacientes. En su profesión, han de abordar una multiplicidad de relaciones a lo largo de los días, meses y años, y para ello requieren una formación pertinente y permanente, que sería muy importante incluyera la experiencia analítica personal. En ésta pueden vivenciar cómo es la relación terapéutica, observar cómo se crea a través de la palabra, y constatar su poder curativo. Esta experiencia es una necesidad ineludible porque permite aprehender los modos de relación y vinculación con los otros, insight que es muy importante para el ejercicio del psicoterapeuta.

En la formación de psicoterapia de grupo, el objetivo que proponemos es “aprender a pensar”, siguiendo a Pichón, único camino para la elaboración de la tarea clínica e institucional. El proceso de formación de un terapeuta grupal es un aprendizaje subjetivado, implica un compromiso personal, no es una mera acumulación de conocimientos de los contenidos de un programa. Es una experiencia de aprendizaje en el que se aprehende y se logra articular la teoría y la práctica, en integraciones progresivas del pensamiento/afecto y acción.

Es una formación teórica-técnica y afectiva, ya que incluye el aprendizaje de conocimientos para habilitarse en el ejercicio profesional, pero también el saber sobre los afectos que se ponen en juego en el profesional en la relación con el/los paciente/s. Las metodologías grupales de formación posibilitan que los jóvenes profesionales conozcan la condición humana, y el sufrimiento psíquico y colectivo. Es un aprendizaje vivencial y experiencial que facilita la apertura de pensamiento, una forma diferente de pensar, y la integración progresiva de los conceptos. Es un modelo de trabajo que permite ir articulando las experiencias prácticas grupales con los conceptos teóricos. Es una formación que incide en la articulación entre lo intelectual y afectivo, y en la disminución

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

de las negaciones y disociaciones. Y esta mayor capacidad de asociación posibilita la integración entre palabras/afectos y acciones.

Estas metodologías grupales de formación abordan los aspectos clínicos, pero incorporan también el campo transferencial, es decir, las transferencias afectivas del paciente y del profesional. En los grupos de formación se buscan las articulaciones teóricas y afectivas, a través de la conexión entre mundo interno y externo, y entre el pasado y el presente del aquí-ahora grupal. Es un aprendizaje “en” relación y “sobre” las relaciones, interacciones y comunicaciones. Es un saber que se aprehende en la relación “entre” unos y otros, es una experiencia que permite conocer lo vincular, los “entres”; lo que se juega “entre” uno y otro sujeto. Es decir, es un aprendizaje de lo que se produce “entre” los participantes.

En el proceso grupal aprehenden acerca de los vínculos que se van generando entre unos y otros. Una multiplicidad de vínculos que corresponden a diferentes niveles, los que surgen en el circuito de la horizontalidad entre los compañeros; en la verticalidad con el equipo terapéutico; en la circularidad, en la vinculación con el grupo; en lo transgeneracional y social; y asimismo en la relación con la tarea. El equipo terapéutico, cuando trabaja en lo grupal, también ha de analizar el vínculo intertransferencial, el que surge “entre” los profesionales del equipo terapéutico.

Es un aprendizaje que se trata más bien de un “enseñaje”, neologismo resultante de los significantes –enseñanza- y –aprendizaje-, en palabras de Bleger¹³. Es una experiencia grupal en la que aprenden los participantes, pero también los coordinadores del grupo. En este intercambio recíproco, el equipo coordinador aprehende de la multiplicidad de relaciones y transferencias grupales e individuales.

El interés de estas metodologías de aprendizaje es que posibilitan los cambios de paradigma en la atención a la denominada “enfermedad mental”. Y además ofrecen los instrumentos para trabajar en “equipo” en el marco de la institución. Estos modelos de formación promueven la internalización de un pensamiento más grupal acerca de los procesos de salud-enfermedad, y por tanto, de la asistencia docencia e investigación. En estos grupos se logra un pensamiento y una conceptualización más grupal de la organización de la institución, y se vivencia cómo es el funcionamiento y el trabajo de un equipo. En estos grupos se realiza la articulación de los contenidos teóricos con la práctica, lo que a su vez permitirá aplicarlo en los grupos terapéuticos con los pacientes. Es decir, este aprendizaje pretende realizarse con movimientos sucesivos de la teoría a la práctica y viceversa, en una relación dialéctica entre teoría y práctica, en una praxis permanente que posibilita el acercamiento al objeto de conocimiento.

En los grupos de formación, nos centramos en la psicopatología y problemática del paciente, y en los movimientos transferenciales recíprocos que se juegan en el vínculo transferencial. Este material, en un momento posterior, tratamos de articularlo a la teoría, para después volver al material y así sucesivamente. Las fantasías, miedos y temores que se ponen en juego en el terapeuta ocupan un lugar importante. El temor a exponer los

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

sentimientos en el grupo, a ser cuestionado, a hacer el ridículo, al juicio de los otros, a ser excluido, a no ser querido, a la alta exigencia, etc. En estos grupos, los residentes y profesionales toman conciencia de la importancia de las transferencias del profesional hacia el paciente, y de su influencia en el tratamiento. El análisis de las transferencias del profesional es fundamental para poder establecer un vínculo más terapéutico con el paciente. Estos procesos grupales facilitan el aprendizaje de los vínculos transferenciales entre paciente y terapeuta; una elaboración que se enriquece por la multiplicidad de cadenas de significación y simbolización que se generan en los grupos.

Uno de los objetivos fundamentales es que los residentes logren un saber propio y en conexión con las carencias y limitaciones personales. Las metodologías grupales psicoanalíticas posibilitan los cambios de posición que planteábamos debe efectuar el profesional en su práctica clínica. Uno de estos cambios es el diferente posicionamiento del profesional, ha de desplazarse al lugar de “no saber”, y posicionarse en la “tolerancia a la propia ignorancia”. Sabemos que sólo desde este lugar se puede escuchar al paciente, que es el que sabe sobre su propio inconsciente. Por eso, en la Clínica Grupal psicoanalítica que realizamos, proponemos una escucha y lectura activa que permite un tratamiento diferente a nuestros pacientes.

Las metodologías grupales posibilitan analizar las resistencias epistemológicas y epistemofílicas. Las epistemológicas se refieren a las dificultades en relación con la teoría, que pueden manifestarse a través de la idealización o desvalorización de los textos (“antes odiaba los textos porque me resultaban incomprensibles”). Y, las epistemofílicas, que están en relación con los obstáculos afectivos de cada uno, y que se movilizan en función de la enfermedad, paciente, familia e institución.

Decíamos que privilegiamos las palabras y afectos de los pacientes, y también las de los profesionales. Investigamos las problemáticas del paciente, sus fantasías y temores en relación a la enfermedad y tratamiento; y en los profesionales, las interacciones y vínculos con la enfermedad, el paciente, la familia, el equipo y la institución. Insistimos en que es una formación que no se centra sólo en el conocimiento de la enfermedad, y que su gran interés es que dirige la mirada al ser persona del paciente y a los modos de relación del profesional. Este hecho es muy relevante porque la construcción de un vínculo terapéutico o antiterapéutico depende de la modalidad del vínculo que se establezca entre ambos.

Por tanto, el aprendizaje de los futuros psiquiatras y psicólogos ha de dirigirse al conocimiento de la psicopatología, pero también a la investigación de la estructuración psíquica del paciente y de su inconsciente; del propio y el de los otros. Y asimismo, al estudio del funcionamiento de la dinámica grupal, y cómo ésta influye sobre los sujetos. Estos diversos saberes posibilitan el cuestionamiento propio y, por tanto, una mejor discriminación de los otros.

El interés de estos grupos es que en los encuentros y desencuentros sucesivos, los participantes consiguen una mejor construcción de su identidad personal y como

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

psicoterapeutas. La identidad más consistente facilita al terapeuta ubicarse en la posición que le corresponde, en un lugar más descentrado del paciente, la familia, el equipo y la institución. Este descentramiento es capital porque aprehenden que en su trabajo es central que la “transferencia de afectos” se transforme en “transferencia de trabajo”, es decir, que la transferencia se oriente hacia la tarea.

Los grupos de formación, al inicio promueven los movimientos de identificación, para después estimular los de diferenciación y discriminación. Estos movimientos de identificación y desidentificación promueven identidades más flexibles y con menos certezas. En estos movimientos sucesivos los futuros terapeutas disminuyen sus estereotipos, mejoran la capacidad de ubicarse en el lugar del otro, y logran un mayor reconocimiento de las diferencias. Estos espacios grupales de formación promueven la elaboración de discursos grupales y singulares que les permite la inclusión progresiva de la diferencia del otro.

Es una formación/aprendizaje que incluye la “otredad”. Facilita el reconocimiento y elaboración de “las diferencias”, que tantas tensiones y dificultades generan en los vínculos y en los grupos. Esta dificultad es expresada en el siguiente emergente: “me cuesta trabajar con alguien diferente a mí, me he dado cuenta de que a veces me coloco en un lugar de superioridad”. Este proceso de elaboración de las diferencias es un eje central, ya que permite la transformación de las “transferencias de afectos” en “transferencias de trabajo”. Y esta nueva orientación de las transferencias, ahora más dirigidas hacia la tarea, conseguirá que el profesional se oriente mejor en su “Clínica Grupal”.

5.- El Programa de formación en Psicoterapia de Grupo^{14, 15}.

Las psicoterapias de grupo que forman parte de la Sección se apoyan en teorías que aportan una concepción del sujeto y de los grupos. Ofrecen una conceptualización del aparato psíquico individual, la estructura normal y patológica, los procesos de salud/enfermedad, las formaciones del inconsciente, la función del síntoma, y la comprensión del vínculo. Y aportan los instrumentos para la comprensión de la estructura y dinámica grupal, y de los fenómenos individuales y grupales que se dan en los grupos terapéuticos y familiares.

Las teorías grupales más representadas en la Sección son la de Grupo Operativo, los Grupos Balint, el Grupoanálisis y el Psicodrama. Todas ellas se basan en la teoría psicoanalítica, que ofrece una concepción del sujeto y una teoría que sustenta nuestra práctica clínica grupal. La teoría psicoanalítica aporta conceptos fundamentales para la psicoterapia de grupo, entre ellos, el “encuadre grupal”, que ofrece las condiciones de posibilidad del proceso terapéutico grupal y es un importante factor terapéutico. Y que, a su vez, es el marco imprescindible para la comprensión de la relación transferencial, del síntoma, y del tratamiento.

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

La Sección, a través de la Escuela de la A.E.N., tiene como objetivo proponer un Programa de formación en Psicoterapia de Grupo dirigida a los profesionales de la red de Salud Mental. Este programa de formación incluirá temáticas acerca de la formación del terapeuta grupal, la Clínica Grupal y sus conceptos fundamentales, los mecanismos grupales, los factores terapéuticos grupales, y la diversidad de encuadres en función de la problemática de los pacientes y de los recursos de la institución.

Otro tema imprescindible es la función del equipo terapéutico, y la investigación de sus diversas intervenciones e interpretaciones¹⁶. Se insistirá en la posición de la coordinación, de presencia activa y escucha, y en la del observador, de escucha y lectura, que en su lectura de emergentes pone en acto el discurso grupal de la sesión.

Se incorporarán algunos conocimientos de la teoría psicoanalítica, que a principios del siglo pasado, dio un giro radical en la concepción de la psicopatología, y de los factores disposicionales y desencadenantes. Y que asimismo descubre la relevancia de la transferencia en la relación terapeuta-paciente.

Se incluirá el conocimiento de las diferentes estructuras subjetivas y los casos clínicos freudianos. Los textos psicoanalíticos aportan elementos muy importantes y son imprescindibles para la comprensión de las crisis subjetivas, normales o patológicas; y para el análisis de los conflictos intrapsíquicos e intersubjetivos.

Su gran aportación es el concepto de “inconsciente”, una realidad psíquica que influye de manera importante en la vida del sujeto, y que no corresponde sólo a lo “no consciente”. Siguiendo las ideas freudolacanianas, es lo reprimido, pero también lo no pensado y lo no realizado; un más allá de las representaciones que está en relación con el goce del sujeto.

En el programa transmitiremos que el inconsciente se constituye básicamente con las palabras de los otros (el sujeto es un ser de palabras) y, sobre todo, con las palabras del Otro materno. Sabemos que, el bebé nace en el lenguaje, con las palabras de sus personajes significativos que le producen efectos en su cuerpo, que le marcan. Por eso, las palabras tienen esa capacidad de emocionarnos y hacernos temblar, y en estas expresiones observamos cómo inciden las palabras, afectos y pasiones sobre el cuerpo.

La teoría freudiana muestra que las separaciones y los duelos son acontecimientos fundamentales muy significativos en la vida de un sujeto. Y, que si no son elaborados son causa de psicopatologías diversas, desde las más leves a las más graves. La teoría psicoanalítica nos ayuda a pensar los diferentes duelos que los sujetos tienen que atravesar a lo largo de la vida, y nos da las bases para discriminar los duelos normales de los “duelos patológicos” que están en el origen de los trastornos afectivos. (Pichon, como otros autores psicoanalíticos, ubican a la melancolía en la base de todas las estructuras psicopatológicas). Y piensan las diferentes estructuras subjetivas como las diversas maneras de defenderse de la misma.

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

El Programa incluye el estudio de la transferencia en el vínculo entre terapeuta y paciente, ya que los fenómenos transferenciales entre el paciente y el profesional son muy relevantes. El vínculo entre terapeuta y paciente es un vínculo transferencial porque se dan transferencias “en y entre” ambos. Es decir, es un vínculo marcado por las dos subjetividades.

La transferencia es un concepto freudiano que se refiere al desplazamiento de afectos del pasado hacia el presente. Unos afectos del sujeto que corresponden al pasado, que fueron dirigidos hacia las personas significativas, padres y hermanos, y que ahora se desplazan en el presente, en el aquí-ahora grupal, hacia el equipo terapéutico y los compañeros. La importancia del vínculo transferencial y las emociones que se movilizan en el terapeuta se muestran en estos tres emergentes de un grupo de supervisión:

E.I.- “Un paciente mío se suicidó, me produjo un gran impacto emocional, he estado muy angustiada, triste, sin ganas, impotente. Me dio mucho miedo. He pensado que no me quiero dedicar a esto” (Residente primer año).

E.C. - “A mí también me pasó, me angustió mucho, es lo que más me ha angustiado en la residencia. Me dio mucho susto y malestar, me afectó mucho, no puedo pensar que alguien quiera morir, yo tengo mucho miedo a la muerte” (Residente de cuarto año).

E.F. - “Hemos escogido una carrera que trata el sufrimiento de las personas. Sólo podemos acompañarles y escucharles. Les ayudamos en lo que podemos, pero ellos toman la decisión, quizás sea la única que puedan tomar frente a su sufrimiento”.

El terapeuta ha de investigar el vínculo transferencial porque es habitual que éste origine angustia en el profesional; y su conocimiento puede evitar actuaciones indeseadas. Se han de explorar también los movimientos transferenciales en el grupo, ya que su desconocimiento puede ser causa de abandono de los tratamientos. La investigación de las transferencias en el grupo es muy importante porque son un relevante factor terapéutico. Las “transferencias grupales” son múltiples y complejas por los numerosos objetos transferenciales y problemáticas diversas. Y por ello, el terapeuta ha de aprehender cómo hacer con esta multiplicidad.

Las transferencias son recíprocas, entre terapeutas y pacientes, entre los pacientes, y entre los terapeutas. Los pacientes generan múltiples afectos y sentimientos en el equipo terapéutico, entre ellos, incertidumbre, malestar, estrés, angustia, impotencia, tristeza, agresividad, irritación, ira, cuestionamiento, amor, odio, sobreprotección, etc.

Las transferencias en el grupo, en sus diferentes modalidades (individuales/grupales, positivas/negativas, verticales, horizontales, circulares, transversales, y hacia la tarea) es un tema fundamental que no se puede abordar en este espacio. Los interesados pueden estudiarlas en algunos textos de la “Revista de Área 3, cuadernos de temas grupales e institucionales”.

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

El terapeuta ha de conocer los movimientos transferenciales del paciente, porque si los desconoce puede quedar capturado en ellos, sobre todo, en los afectos de amor/odio. Estas cuestiones muestran el gran interés de que el terapeuta realice un “Análisis Personal”; una temática que desarrollaremos más adelante.

Por otro lado, un lugar relevante en el Programa se dedicará a la transmisión de experiencias terapéuticas grupales. Se presentarán grupos psicoterapéuticos realizados en una amplia gama de psicopatologías y procesos psicosomáticos. Algunos contenidos que me parece serían de interés en este futuro “**Programa de formación en Psicoterapia grupal**” serían los siguientes:

1.- Bloque I

I.- La historia de la psicoterapia de grupo. Diferentes orientaciones teóricas y técnicas grupales.

II. – La formación del psicoterapeuta grupal.

III.- La Clínica Grupal. Los grupos psicoterapéuticos.

IV. – El Proceso grupal (inicio, desarrollo y final). Estructura y dinámica grupal.

V. - Factores terapéuticos en la psicoterapia de grupo: el “encuadre grupal”, “la realidad psíquica grupal”, las “transferencias grupales”, el “discurso grupal”, y las intervenciones e interpretaciones del equipo terapéutico.

VI.- Conceptos básicos: “encuadre grupal”, “matriz grupal”, “tarea”¹⁷, “emergentes”, “aparato psíquico grupal”, “vínculo”, funciones del equipo terapéutico¹⁸ (el coordinador y observador), mecanismos defensivos, etc.

VII. - Teoría sobre la “enfermedad única” pichoniana. La función del “síntoma” y su relación con la estructura individual, grupal y social.

VIII. - La conceptualización de la transferencia en la relación terapeuta-paciente. La entrevista psicológica.

IX. - Estructuración del sujeto, las diferentes estructuras clínicas (neurosis, perversión y psicosis) y sus mecanismos defensivos específicos (represión, denegación y forclusión).

X.- Las diferentes psicopatologías y casos clínicos en los textos freudianos.

XI. - El método psicoanalítico, conceptos fundamentales, y técnica.

XII. - Los textos sociales en la teoría psicoanalítica (“Psicología de las masas y análisis del yo”, “El malestar en la cultura”).

XIII.- La Institución y el trabajo en “Equipo”.

2.- Bloque II

Constituido por el contenido específico de las diversas Áreas Temáticas:

I.- Grupos terapéuticos en la infancia y adolescencia.

II.- Grupos terapéuticos en la vejez.

III.- Grupos familiares.

IV.- Grupos multifamiliares.

V.- La psicoterapia de grupo en los diferentes dispositivos: C.S.M., Hospital de día, Comunidades terapéuticas, Unidad de agudos, Unidades de recuperación y rehabilitación.

3.- Bloque III

Tendría un contenido muy clínico y quedaría constituido por la exposición de los diversos grupos psicoterapéuticos que se realizan en las diferentes psicopatologías y problemáticas del campo de la Salud Mental.

Se expondrán experiencias con grupos terapéuticos realizados en psicopatologías leves, moderadas y graves; en la niñez y adolescencia, la etapa de la edad adulta y la vejez; y en los diversos dispositivos de la red de Salud Mental.

6.- Las Metodologías grupales en la Formación y Supervisión: Balint, Grupo Operativo, Grupoanálisis y Psicodrama.

Los Grupos “Balint”^{19, 20} surgen a partir de los años 1960, con el objetivo de analizar la práctica clínica cotidiana de los médicos. En los grupos Balint se hace básicamente un trabajo individual en grupo, se expone la historia del tratamiento de algún paciente, y se analizan las dificultades generadas durante el proceso. Cada médico aporta también los afectos que le ha movilizado el paciente, la enfermedad y el tratamiento, y posteriormente esta aportación es debatida por todos los profesionales. El interés de estas experiencias es que permiten analizar la transferencia de pacientes y médicos, y por eso los grupos tienen ese potencial de cambio, porque producen efectos terapéuticos en los participantes.

La metodología operativa²¹, es creada por Pichón Riviére a mediados del siglo pasado. Es un modelo de trabajo que permite trabajar tanto los factores individuales, como los grupales y sociales implicados en el proceso de salud/enfermedad. En este modelo grupal, el eje nuclear es la “tarea”, que se explicita al inicio de los grupos, y es el

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

trabajo sobre los obstáculos teóricos y afectivos que se movilizan a lo largo del proceso grupal. Esta metodología realiza grupos heterogéneos con todos los profesionales que trabajan en la institución, facilitando los pasajes de “agrupamiento” a “grupo”, y después a “equipo multidisciplinar”. Y en algunos casos, cuando están bien centrados en la tarea se podrá construir “un equipo interdisciplinar”.

En los grupos psicoterapéuticos/familiares y multifamiliares coordinados con esta metodología, la hipótesis principal es que el “grupo” es el principal agente terapéutico y de cambio para los sujetos. Las intervenciones e interpretaciones del coordinador^{22, 23} apuntan a lo grupal y a lo individual, a través del portavoz; y se orientan por los emergentes²⁴, grupales e individuales, que manifiestan la horizontalidad del grupo y la verticalidad del sujeto. Las intervenciones del equipo terapéutico se guían por el análisis de las ambigüedades y contradicciones de los profesionales con el objetivo de lograr la integración entre pensar/sentir/hacer.

El coordinador en sus intervenciones orienta los sucesivos movimientos desde la grupalización de contenidos a la singularización de las problemáticas de los participantes, y desde la singularidad a la grupalidad. Interviene para que se den los movimientos sucesivos desde la identificación a la desidentificación y viceversa; ya que ello estos procesos reafirman las identidades personales de los sujetos que conforman el grupo.

El terapeuta que ejerce el rol de observador tiene una función fundamental en el grupo, es quien construye el “discurso grupal”²⁵ y lo explicita en su “lectura de emergentes”. El trabajo conjunto del equipo coordinador permite elaborar los temores y fantasías frente al enfermo (la sexualidad, la agresividad y el suicidio), la enfermedad (grave, crónica o terminal), y la institución.

Respecto al Grupoanálisis (estudiarlo a través de los diversos textos de Foulkes, entre ellos, Psicoterapia de Grupo-Analítica, Métodos y Principios²⁶). Referente al Psicodrama (ver los artículos de Gamo en Gamo Medina, E., Gómez Esteban, R., coordinadores, Grupos terapéuticos y asistencia pública, Madrid, ed. A.E.N., 1997). Y también en los libros de Martí Tusquets, J.L., Satne, L., La formación en psicoterapia de grupo y psicodrama, Barcelona, Ed. Argot, 1994-1996; y Valiente, D., Psicoterapia Psicoanalítica de grupo, Madrid, Editorial Fundamentos, 1987.

Las metodologías grupales señaladas, con sus especificidades, ofrecen un dispositivo de formación grupal, un entramado vincular, que posibilita tomar como objeto a los diversos vínculos que se producen entre los participantes en los diferentes encuentros, en un interjuego constante entre mundo interno y externo. La trama vincular que se produce durante el proceso, en ese interjuego entre vínculos internos y externos, permite contener los movimientos pulsionales y escenificar y dramatizar la fantasmática de cada uno en el grupo real.

El interés de estas metodologías grupales es que permiten la observación de los fenómenos inconscientes. Y algunas posibilitan también la observación del latente grupal,

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

del funcionamiento del grupo, con sus movimientos de cambio y resistencia. Estas teorías más grupalistas permiten percibir aquellos movimientos espaciales y temporales que se producen de la grupalidad a la singularidad y viceversa, y cómo éstos son influidos por lo institucional y social. Los movimientos sucesivos y recíprocos entre la grupalidad y la singularidad, con la paulatina inclusión de los aspectos subjetivos del profesional permiten lograr la articulación entre la teoría y la práctica clínica.

Los fenómenos en espejo, resonancia y consonancia, y los de identificación y compulsión a la repetición son muy útiles para la comprensión de la subjetividad y grupalidad. Freud descubre el “Más allá del principio del placer” cuando observa la “compulsión a la repetición”, que se refiere a cómo el sujeto repite aquello que le hace sufrir; es la repetición de lo displacentero, del “goce”, y que está en el núcleo del síntoma. Es la expresión de la pulsión de muerte alojada en el interior de los individuos, pero también de los grupos, instituciones y de lo social.

Las metodologías grupales en la formación y supervisión son de gran interés porque permiten reflexionar sobre las complejas problemáticas del paciente, las familias, los grupos y las instituciones; y vivenciar los obstáculos teóricos y afectivos en su práctica clínica.

Es una reflexión acerca de los diferentes niveles, en el orden de lo intrapsíquico, lo intersubjetivo, lo grupal, y lo familiar-transgeneracional (los “secretos familiares”), sin olvidar la incidencia de lo institucional y social. Y, a su vez, estas experiencias permiten vivenciar la constitución, el funcionamiento y el enriquecimiento del grupo, lo que facilitará posteriormente el trabajo en “equipo” en las instituciones. Este hecho es importante porque las metodologías grupales instrumentan a los profesionales para resolver las dificultades del trabajo en la institución.

III- Tercera parte

7.- “El Equipo”, objetivo importante en la formación del psicoterapeuta grupal²⁷.

Uno de los objetivos importantes para la Sección de Psicoterapia de Grupo es promover y potenciar la constitución y el desarrollo de “equipos” que lleven adelante el trabajo en las Instituciones. Como esta temática es fundamental para la organización de los servicios, nos hemos comprometido a incluirla en todas las Jornadas de la Sección. El trabajo en equipo es difícil de incorporar en nuestras instituciones porque se contraponen a los modelos individualistas, biologicistas y corporativistas aún hoy muy vigentes. Este modelo de funcionamiento, por su eficiencia, está incorporado en algunos ámbitos privados; su falta en lo público cada vez es más cuestionada por los profesionales (“en mi Centro se ponen por delante los intereses profesionales”), aunque estas críticas no sean lo suficientemente escuchadas por los responsables de las instituciones.

Un equipo organizado es un grupo operativo centrado en la tarea asistencial, un modelo de funcionamiento que permite discriminar y articular las diferentes tareas

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

institucionales. El trabajo en equipo ofrece las condiciones de posibilidad para realizar una psicoterapia de calidad, y si está bien organizada cubrirá las necesidades de la mayoría. En la actualidad se ofrece psicoterapia individual para un número restringido de pacientes y con unas frecuencias entre sesiones muy prolongadas, cada mes o mes y medio; que pensamos son más entrevistas psicoterapéuticas y no psicoterapias, al no tener encuadres claros de inicio y finalización.

El equipo es un grupo organizado a través de una tarea compartida con los compañeros. Es un trabajo de intercambio y colaboración entre los profesionales y, por otro lado, la mejor estrategia frente a la angustia y los afectos que se movilizan frente a la tarea asistencial. El trabajo en equipo permite abordar la complejidad de las tareas en Salud Mental, y también elaborar las angustias, tensiones, conflictos y rivalidades que estas tareas generan. En las instituciones, con frecuencia no se logra trabajar en equipo y se generan ansiedades paranoides entre los profesionales, con fantasías y temores a ser atacados por los otros. Estas ansiedades y angustias son mayores cuanto menor sea la instrumentación de los terapeutas, y cuanto más se funcione en un “como si” de organización. Por este motivo insistimos en la importancia de utilizar metodologías grupales en la formación y supervisión.

El “trabajo en equipo” es un factor terapéutico central en la institución. Disminuye la ansiedad de los profesionales en un porcentaje muy significativo, como constató en la tesis sobre “Las ansiedades del médico en Atención Primaria”²⁸. Los resultados son concluyentes, el trabajo en equipo reduce a la mitad el porcentaje de profesionales que sienten angustia en su quehacer diario. Y ésta es habitual en la práctica clínica, ya que se constata que en casi un 20% de los médicos, ésta produce un alto nivel de ansiedad, y un 70% de los profesionales afirman tener ansiedad moderada; unos datos que coinciden con los de la literatura científica.

Si los médicos no elaboran la ansiedad y angustia que les genera la práctica clínica, otra de las conclusiones significativas es que se producen graves efectos sobre su salud física y psíquica. La literatura científica compara a los médicos con profesionales de características similares y población general, y en estos estudios se evidencian cifras más altas de patología psicosomática, síndromes de ansiedad y depresiones tanto crónicas como graves. Asimismo, se constata mayor consumo de alcohol y drogas, y mayor número de intentos y actos suicidas. Estos últimos datos son aún más alarmantes en los profesionales que trabajan en la red de Salud Mental; probablemente por la especificidad del propio campo, por ejemplo, los suicidios de los pacientes. Y también entre las mujeres²⁹, por la mayor exigencia, al tener que compatibilizar la vida profesional con la familiar, sobre todo, cuando coincide el cuidado de los hijos y las enfermedades de los padres.

El “trabajo en Equipo” ha de ser una prioridad en las instituciones de salud, y sobre todo, en las de Salud Mental. La buena organización de los profesionales es fundamental para la mejor atención de la población, pero también para prevenir los riesgos de la práctica asistencial. Esta problemática suele ser velada socialmente, se

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

ocultan los síntomas psicopatológicos que padecen los profesionales, aunque se le haya dado un nombre a estos padecimientos, “Síndrome del quemado” (S. Burnout). Pero, quiero insistir en que sus verdaderas causas son institucionales y no personales, aunque en algunos casos coincidan ambas.

En los grupos de médicos que hemos realizado, los profesionales que más posibilidades tenían de padecerlo eran aquellos más comprometidos con la tarea asistencial. Por ello, para evitar que los profesionales se desmotiven y enfermen, ha de incluirse el trabajo en equipo en la red sanitaria y en la de Salud Mental, como una condición “sine qua non”. Este modelo grupal facilita también el cuestionamiento de nuestras instituciones y permite su flexibilización, evitando los riesgos de la burocratización y rigidificación. En las instituciones en las que no se trabaja en “equipo”, la supervisión grupal externa es aún más imprescindible.

A la supervisión que se realiza con el grupo de profesionales de una institución, la prefiero denominar “Grupos de Reflexión Institucional”. Estos Grupos tienen la amplia tarea de investigar las dinámicas de los pacientes y familiares, que también incluye la de analizar los factores institucionales que afectan a la práctica clínica, entre ellos, el equipo. El objetivo de estos grupos es instrumentar a los profesionales para que ocupen su lugar y función en una Tarea común. Este proceso, a su vez, permite discriminar las subtarefas de cada profesional, y su articulación con las de los compañeros del equipo. El trabajo compartido, en equipo, facilita la organización y el desarrollo de las intervenciones psicoterapéuticas. Permiten mejorar su frecuencia, su eficiencia, y su diversidad; es decir, aporta más instrumentos para aminorar el sufrimiento subjetivo de la población.

El coordinador es una figura central para que puedan constituirse los equipos; como señalaba en un artículo reciente sobre esta temática³⁰. Los equipos requieren Coordinadores/Jefes de Servicio que sepan generar cohesión, solidaridad, colaboración e intercambio entre los profesionales. Unos profesionales que tengan formación y cualidades personales para llevar adelante esta función y la responsabilidad que supone el buen funcionamiento de los Centros.

La elección de los Jefes de Servicio ha de seguir criterios éticos, clínicos y organizativos, porque su rol es esencial para el funcionamiento de nuestras instituciones. Nuestra propuesta es que los criterios de selección incluyan los conocimientos pertinentes a dicha tarea, pero sobre todo, que se sea muy exigente con su formación humana y ética. Esta cuestión es central porque los criterios políticos actuales de selección están lastrando y pervirtiendo el funcionamiento de nuestras instituciones de Salud Mental. La formación es imprescindible, pero insistimos en que el criterio fundamental para ocupar la jefatura de servicio ha de ser que el profesional tenga la capacidad de formar equipo y de coordinarlo, y que sepa ejercer de jefe cuando la tarea lo precise.

Sería deseable que fueran elegidos por los propios profesionales que trabajan en la institución, porque sería una decisión fruto del acuerdo, pero con un tiempo límite de dos períodos de cuatro años. No pueden elegirse por intereses partidistas porque está en juego

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

el funcionamiento de nuestras instituciones. Se deben nombrar a aquellos que tengan conocimientos para el puesto, pero sobre todo, a los que tengan suficientes instrumentos para facilitar el pasaje de “agrupamiento” a “grupo”, y de éste a “equipo multidisciplinar” e “interdisciplinar”. Insistimos en que ésta es una condición “sine qua non” para que no se quiebre el funcionamiento de nuestros Centros.

Las instituciones de salud y las de Salud Mental precisan “buenos coordinadores de equipo”, en el sentido winnicottiano. Los buenos coordinadores/jefes de servicio son imprescindibles para propiciar el diálogo “entre” los diversos profesionales y “entre” las diferentes disciplinas. Su función es tan difícil como indispensable, porque han de articular las diferencias entre los diversos grupos y personas que conforman la institución. Por eso volvemos a insistir en que nuestras instituciones precisan coordinadores/jefes que tengan la facultad de promover el intercambio, la interacción, la comunicación y el diálogo entre los profesionales y entre las disciplinas. Se trata de nombrar a buenos coordinadores que estén disponibles y dispuestos a facilitar la elaboración progresiva de las ansiedades que generan las dinámicas grupales, y aquellas específicas derivadas de cada tarea asistencial. Y, cuando no sea posible por la compleja dinámica institucional, que tengan la capacidad de solicitar la ayuda de un supervisor externo a la institución.

El trabajo en equipo permite la reflexión sobre las nuevas necesidades, patologías y demandas de los pacientes, y un mayor conocimiento de los procesos y estrategias de intervención más eficientes en los Servicios de Salud Mental. La reflexión conjunta en el equipo permite abordar mejor los diversos aspectos de la realidad del paciente: lo intrapsíquico e interpersonal; los aspectos médicos y de rehabilitación; los jurídicos y administrativos, y aquellos de procedencia social.

El equipo, en un trabajo compartido, podrá ir definiendo y organizando las diversas tareas: las urgencias, las crisis subjetivas, las tareas de evaluación, diagnóstico y tratamiento, las de rehabilitación, etc. La reflexión para discriminar y priorizar estas tareas les ayudará a encontrar las de cada uno y la Tarea común que les reúne. Pero, para que ésta pueda ser definida y asumida, cada uno ha de interrogarse por su proyecto individual, y conocer su propia implicación con los pacientes y el equipo. Es decir, un buen terapeuta ha de preguntarse acerca del propio deseo en relación a sus pacientes (“he pensado si quería dedicarme toda la vida a trabajar con enfermos que tienen una enfermedad mental grave”).

El trabajo en equipo ofrece un “plus”, la observación de modos de relación y transferencias que son diferentes a los propias. Observar estos diversos modos de vinculación y transferencia facilita el reconocimiento de las diferencias. El modelo del trabajo en equipo amplía la mirada y permite una mejor percepción de la realidad, de la diversidad de los pacientes, de la enfermedad, de los tratamientos, y de las instituciones. Estas diferentes miradas promueven una mayor profundización en las demandas, problemáticas, psicopatologías y promueven un mayor desarrollo de las psicoterapias grupales, en función de las posiciones teóricas de cada profesional.

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

El reconocimiento de las diferentes disciplinas, objetivos y tareas, promueve la reflexión y articulación de los proyectos individuales y de subgrupos dentro del equipo y, por tanto, la elaboración de la Tarea común. Este paulatino reconocimiento entre los profesionales, de los objetivos y de las tareas posibilita la organización de equipos multidisciplinares, y más adelante el pasaje a equipos interdisciplinares; que facilita el cuestionamiento de cada disciplina. Se habla de “equipos transdisciplinares” si éstos pueden trabajar y realizar una elaboración de las tareas mas allá de las disciplinas, y lograr un saber común y singular. Pero, con respecto a estos equipos nos preguntamos si existen en la realidad, o constituyen más bien el ideal de algunos profesionales.

Si se dan los cambios que permiten los pasajes sucesivos desde el “agrupamiento” al grupo organizado, y de éste al equipo, se logra constituir un E.C.R.O. (esquema, conceptual, referencial y operativo), común. En estas transformaciones grupales se posibilita la emergencia de roles diferenciados, complementarios y no suplementarios; la emergencia de roles y liderazgos que varían en función de la tarea. La construcción de este E.C.R.O. común requiere previamente la conformación de una “estructura grupal” que ha de ser capaz de contener los movimientos pulsionales de los participantes, y los del grupo.

El E.C.R.O. común facilita las percepciones y elaboraciones de las problemáticas y conflictos generados entre los participantes. Las dificultades se dan en todos los grupos humanos, pero en estos equipos los conflictos son más arduos por la complejidad de la tarea. La reflexión y elaboración de los obstáculos entre los profesionales y con los pacientes posibilitará la construcción e incorporación de este E.C.R.O. común.

Este esquema referencial permite ir clarificando y abordando la Tarea compartida entre todos; que a su vez, se irá reformulando a lo largo del devenir institucional. El trabajo en las reuniones de equipo tiene gran interés porque es un espacio privilegiado para aprehender sobre el paciente, las transferencias, la clínica grupal, la institución, y la influencia de la práctica clínica en la salud. A continuación presentamos el emergente inicial, central y final de una sesión de uno de los “grupos de reflexión institucional” con los que trabajamos.

E.I. : Algunos pacientes no quieren curarse. Nadie les ha querido ni respetado. No se les ha reconocido como personas. Gratificar su demanda no es contenerla.

E.C.: No hay apoyo del equipo ni de la institución. No hay entendimiento. Es una locura. ¿Qué podemos hacer nosotros? Es un sistema perverso, por eso lo importante es el equipo.

E.F.: Teníamos mucho miedo. Tuvimos mucha tensión. Pero hemos preservado nuestra dignidad. Defendimos nuestra postura con fuerza. He tenido mucho insomnio, pero veo que vamos haciendo equipo.

En el emergente inicial observamos que el trabajo en común les ha permitido mirar de una manera más personal al paciente, y descubrir tres elementos fundamentales: su vulnerabilidad, la importancia de su demanda y las dificultades para pedir ayuda. En el

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

emergente central se detecta la influencia radical de la institución en la práctica clínica y en los profesionales (varios han estado de baja laboral y dos han pedido una excedencia). Comunican dolor, sentimientos de incomunicación, soledad e impotencia y un total desamparo frente a la institución. De la institución y su funcionamiento llegan a decir que es perverso, pero que el trabajo en equipo es la única manera de enfrentarse a él.

En el emergente final, hablan de su lucha para mantener la dignidad y también de las tensiones y miedos que tienen con los pacientes agresivos, sobre todo, cuando son internamientos involuntarios. Sus últimas palabras hacen referencia a los efectos en su propio cuerpo, con frecuencia el trabajo no les deja dormir, pero satisfechos afirman que a pesar de las dificultades, están consiguiendo hacer equipo.

El trabajo en equipo es imprescindible para generar dinámicas institucionales saludables y acogedoras para pacientes y profesionales. Pero, requiere que las instituciones y profesionales estén comprometidos con una ética y una clínica orientada por las necesidades y demandas de la población. Por otro lado, si la institución demanda un supervisor externo para realizar estos grupos de reflexión institucional, éste ha de tener en cuenta la realidad de cada praxis profesional. Ya que sólo de ese modo, podrán implicarse activamente y dar una respuesta compartida a la complejidad del objeto de conocimiento.

8.- Los “Grupos de Supervisión”, instrumento esencial en la especialidad y en la formación continuada.

La “Clínica Grupal” supone un contacto diario con la enfermedad, los conflictos, la sexualidad, la agresividad y la muerte. Por ello, las actividades de supervisión han sido muy reconocidas en la Formación de los profesionales de los Servicios Públicos de Salud, tanto en Europa como en E.E.U.U. Sadock y Kaplan las recomendaban hace muchos años por sus buenos resultados en la práctica clínica. Estas recomendaciones han sido poco reconocidas en nuestro país, aunque fueran señaladas en numerosas publicaciones, entre ellas en mi libro sobre la relación médico- paciente³¹.

Como Freud y Balint señalaran, en esta relación entre médico y paciente se generan afectos “en y entre” ambos. En nuestro trabajo constatamos ansiedades y angustias, con incrementos de los mecanismos defensivos habituales del médico, e incluso inhibiciones y bloqueos en la relación con los “pacientes difíciles”. Si las ansiedades y angustias eran más intensas, el profesional podía desarrollar conductas obsesivas o fóbicas para evitar el contacto personal con el paciente.

Aunque hemos realizado supervisiones en instituciones públicas y privadas (hospital de Móstoles, Instituto Psiquiátrico de Leganés, Clínica San Miguel), sigue siendo poco frecuente que las instituciones soliciten supervisión, excepto para la formación de los residentes. Esto no quiere decir que esta actividad no se haya tenido en cuenta en el Programa Docente de Especialidades de nuestro país. En el texto de este

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

Programa se recomienda participar en “experiencias de grupos verbales” con el objetivo de explorar la dinámica de las relaciones interpersonales.

Esta recomendación se ha implementado en la formación de M.I.R. P.I.R. y E.I.R. desde hace muchos años en alguna institución, por ejemplo, en el Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (como el grupo de “Indicaciones terapéuticas” que realizaba hace años con el Dr. Melendo). Aunque algunos miembros de la Sección estamos realizando actualmente supervisiones grupales en esta institución con gran satisfacción, en general, la supervisión de la práctica clínica e institucional ha sido poco demandada en las instituciones españolas, a diferencia de otros países.

Los profesionales españoles han mostrado intensas resistencias y temores a lo que se pensaba sería una confrontación y exposición de las carencias y de los propios sentimientos ante los compañeros. Desde hace poco tiempo, la situación está cambiando y cada vez son más las instituciones que empiezan a solicitar supervisiones. Y si nos hacemos la pregunta, ¿qué es el Grupo de Supervisión?, Irazábal³² señala que es un “espacio de reflexión y análisis sobre los aspectos clínicos e institucionales”.

Es una experiencia de gran interés porque en estos grupos se analiza el paciente, el vínculo terapeuta-paciente, el equipo y la institución. Y se reflexiona sobre el caso clínico (personalidad, demanda, psicopatología, factores desencadenantes, posibles diagnósticos y acerca de las diversas estrategias e indicaciones terapéuticas). Y, asimismo, sobre el grupo familiar y los grupos de pertenencia de cada uno. En el espacio grupal se investiga la problemática del paciente con el enriquecimiento de las diferentes miradas de los profesionales. En nuestra intervención apoyamos que sea una reflexión orientada desde la práctica hacia la teoría, y viceversa; y en una espiral continua de aprendizaje, como señalaran Pichon Riviére y Bauleo³³.

El profesional en la supervisión expone cualquier material que le suscite interés, curiosidad o preguntas; que le genere algún malestar, temor o miedo; o que haya generado algún desencuentro o afectos inquietantes, por ejemplo, angustia o depresión. Se puede aportar entrevistas de evaluación, pacientes complejos, situaciones o escenas temidas, problemas institucionales o conflictos en la relación con el tutor o compañeros. En el momento del debate grupal, después de la exposición, dialogan entre ellos sobre la clínica y los afectos que han surgido en la relación terapéutica, con el equipo y la institución. Si los profesionales se animan a explorar la dinámica institucional se facilita un posicionamiento más activo en el equipo, una mejor integración de las diversas tareas institucionales, y una mirada diferente de la problemática del paciente.

Sugerimos, cuando sea preciso, el trabajo con supervisores externos a la institución, ya que mejora la dinámica institucional y la atención a la salud mental de la población. El supervisor ha de centrarse en el análisis y las dificultades que plantea cada paciente en su particularidad, pero también en las dificultades del trabajo en equipo, y en las dinámicas de la institución. Se ha de trabajar en estas diferentes líneas porque todos estos factores influyen en la relación terapeuta-paciente. Dicho con otras palabras, la

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

supervisión permite realizar un buen aprendizaje de lo clínico e institucional, y de la influencia de los factores institucionales en el trabajo clínico.

La supervisión facilita la incorporación del pensamiento grupal y el psicoanalítico. La “Clínica Grupal” es un clínica bajo transferencia. Los profesionales supervisados aprehenden a aportar los “decires” del paciente y a incluir los propios pensamientos y sentimientos que se movilizan en la relación terapéutica. Estos grupos de supervisión durante el periodo de la residencia, con frecuencia generan el deseo de realizar una formación más profunda en psicoterapia de grupo psicoanalítica.

El grupo de supervisión posibilita el aprendizaje de las diversas tareas asistenciales, entre ellas, la evaluación, el diagnóstico, y el planteamiento terapéutico, en función de la demanda del paciente y de los recursos de la institución y del profesional. Si el material a supervisar son los grupos terapéuticos, les permite aprehender acerca de los roles diferenciados que se dan en el interior de los grupos. Y también el reconocimiento de la estructura y dinámica grupal y de cómo lo grupal influye sobre los sujetos.

En el campo de la Salud Mental, las experiencias de supervisión son imprescindibles porque permiten abordar la complejidad de la tarea, confrontarse con la psicopatología, el sufrimiento humano y la interdisciplinariedad de los miembros del equipo. Los espacios de supervisión grupal ayudan a elaborar las pulsiones destructivas que están presentes en todos los grupos, instituciones y colectivos. Y al mismo tiempo que permiten elaborar los temores, resistencias y ansiedades derivadas de su rol profesional.

El grupo de supervisión es un espacio óptimo para debatir las indicaciones terapéuticas, ya sean psicofarmacológicas o psicoterapéuticas (individual/grupal/pareja/familiar/multifamiliar), o indicar alguna estrategia combinada. Asimismo, facilita la derivación a otros programas de la institución, o a otras instituciones: educativas, espacios comunitarios, etc. Un aprendizaje que es muy importante para el residente en su periodo de formación.

Otro gran interés de la supervisión es la producción de efectos terapéuticos en la institución, los profesionales y los pacientes, ya que posibilita relaciones, interacciones y vínculos más saludables. Y al genera las condiciones para la construcción de un ambiente más terapéutico en la institución, promueve instituciones más contenedoras y acogedoras para los pacientes. Estas circunstancias también animan a los profesionales a tener una posición más instituyente dentro de la institución.

En el caso de que no puedan realizarse estas actividades de supervisión deberían potenciarse las sesiones clínicas, ya que son espacios que permiten pensar en común el trabajo clínico de los profesionales y mejorar también la dinámica institucional. El logro de una mayor interacción, comunicación, cohesión y solidaridad permite que los profesionales compartan la clínica de los sujetos, de los grupos, y de las familias. Esta puesta en común permite acceder a una mayor integración de los aspectos disociados de

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

los pacientes y familias, que es un funcionamiento habitual en las instituciones. Este objetivo es de gran interés con los pacientes de mayor gravedad porque tienen una estructuración psíquica muy fragmentada y un funcionamiento muy disociado.

En el encuadre, en las dos últimas sesiones de los grupos de formación y supervisión, se propone un momento para la “evaluación” del proceso que realizan los participantes. Es una valoración de lo que ha significado la experiencia vivida, tanto respecto a la teoría como a lo afectivo. La “evaluación” es un importante factor terapéutico en nuestras actividades grupales, tanto en los grupos terapéuticos, como en los de formación y supervisión.

Estos momentos de evaluación ayudan a la elaboración de los duelos que se tienen que realizar, entre ellos, la finalización del grupo. En nuestra experiencia hemos observado una alta exigencia en los profesionales, que en algunos momentos puede ser causa de inhibición y parálisis frente a la tarea. La evaluación nos permite observar cómo han realizado la elaboración de los duelos por la omnisciencia, la omnipotencia, los ideales, y la exigencia de perfección.

Un resultado muy destacado y que muestra la eficiencia de estos grupos de supervisión son los “efectos terapéuticos” que se identifican en los emergentes inicial, central y final de la última sesión de evaluación en un grupo de supervisión:

E.I.- Para mí este grupo ha sido relevante en lo profesional y lo personal. Me ha servido mucho para comprender a los pacientes y a la institución. Y en lo personal, me ha permitido realizar cambios importantes en mi posición con la familia y amigos.

E.C.- Hablar de mis miedos e inseguridades me ha servido mucho; me he dado cuenta de que la exigencia y la culpa nos une a todos. Una culpa que nos viene de la infancia y de nuestra omnipotencia, porque si no respondíamos a la exigencia de nuestros padres o profesores lo vivíamos como un fracaso total.

E.F.- Me he dado cuenta de que todos queremos que nos quieran y nos reconozcan. Teníamos la mente cerrada porque veíamos el mundo desde las expectativas de nuestros padres y de lo social. El grupo nos ha permitido abrirla y aprender a ver las problemáticas desde diferentes perspectivas.

IV.- Cuarta parte

9.- Los Grupos Psicoterapéuticos, Familiares y Multifamiliares, objetivo central en la formación, y eje del Programa Asistencial².

Los grupos psicoterapéuticos³⁴ son centrales en el programa asistencial y en el de formación. Son instrumentos muy eficaces para abordar la complejidad de los procesos de salud/enfermedad, y conocer los factores disposicionales y desencadenantes que corresponden al campo de lo bio-psico-social. Y ofrecen a los residentes la posibilidad de observar el “núcleo patogenético” del sujeto, en palabras de Pichón³⁵, y conocer la psicopatología, la historia del sujeto, y sus modos de vinculación.

Los grupos terapéuticos son espacios privilegiados para observar el inconsciente, las relaciones interpersonales, los vínculos implicados en el proceso de enfermedad, y las experiencias vividas en la infancia del sujeto. La teoría psicoanalítica nos permite observar lo más íntimo y desconocido para el sujeto, “el inconsciente”. Y evidenciar, como descubriera Freud, que los procesos inconscientes son la causa de la formación de los síntomas que se padecen. Uno de los motivos de consulta, que el autor señalara, junto a la inhibición y a la angustia.

En estos grupos, el diálogo grupal posibilita la emergencia y el retorno de lo reprimido, y de lo que fue denegado o rechazado, lo que permite develar el significado de los síntomas. Los diálogos grupales permiten comprender al residente, que la psicopatología es emergente de la problemática personal, y de las contradicciones, y ambigüedades del sujeto; pero también, que es emergente de los conflictos interpersonales y grupales. Al investigar las relaciones intersubjetivas se observa que siempre están mediadas por el “grupo interno” del sujeto, y de ahí, el malentendido inherente a la comunicación.

En el espacio grupal pueden reconocer la importancia de las separaciones, de las situaciones de pérdida, reales o fantaseadas (una figura significativa familiar u otras relaciones afectivas, por ejemplo, amigos, trabajo, ideales, etc.). Y observar que estas pérdidas son causa y desencadenante de las denominadas “enfermedades mentales”, y del padecimiento subjetivo. Y asimismo, que si hay una elaboración fallida de las pérdidas surge la enfermedad, del mismo modo que si en las relaciones prima la incomunicación, los mecanismos defensivos patológicos y la compulsión a la repetición.

La especificidad del grupo terapéutico consiste en que hace posible percibir aquellos “objetos de conocimiento” que no son visibles en otras estrategias terapéuticas. Al facilitar la observación en acto de relaciones, vínculos y afectos, modos de

² El desarrollo y la bibliografía de los grupos familiares y multifamiliares será ampliado por los vocales de las Áreas temáticas de la Sección, que son los responsables del Área Familiar y Multifamiliar.

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

vinculación, y mecanismos de defensa particulares. Permiten observar los mecanismos defensivos que están en el origen de las diversas patologías; en la neurosis, la represión, en la psicosis, la forclusión, y en los denominados borderline, la denegación³⁶. Y percibir otros mecanismos que también son inconscientes para el sujeto (identificación, proyección e idealización, entre otros).

Los residentes pueden observar en los inicios del grupo terapéutico, sobre todo, con los pacientes graves, cómo ante su precaria identidad, los integrantes se presentan identificados a los diagnósticos (“soy T.L.P.”, “soy esquizofrénico”). Mostrando de este modo, las carencias de su identidad o que la lograda está en crisis o perdida; y manifestando sus síntomas, entre ellos, el dolor, psíquico o somático. Los pacientes en el grupo realizan el pasaje de buscar el origen de los síntomas en la biología y genética, a reflexionar que siempre hay motivos y causas para los mismos. Y la explicación compartida es la toma de conciencia y el reconocimiento de sus infancias complicadas.

En el grupo expresan los relatos de aquello que les conmueve y angustia, sus obsesiones y desdichas, es decir, aquello que les afecta tanto en sus vidas cotidianas. Pueden manifestar los afectos que les preocupa, les inhibe o paraliza; también la angustia, la ambivalencia y la agresividad; los celos, la envidia, el sadismo y el masoquismo, entre otros. Los residentes en estos grupos pueden observar las crisis, la división subjetiva entre consciente e inconsciente, y pensarlos como emergentes de un proceso grupal (pareja/grupo familiar/ grupo escolar o laboral, etc.).

En el grupo terapéutico pueden aprehender a escuchar y leer los emergentes individuales y grupales. A escuchar las paradojas, los afectos contradictorios, ambivalentes, y todo aquello que está en juego en los conflictos interpersonales y grupales del sujeto. Pueden observar los frecuentes malentendidos en la comunicación, y tomar conciencia de que la “intersubjetividad” está mediada por el “grupo interno” de cada uno. Esta es una cuestión de gran relevancia, porque la observación de la intermediación del grupo interno en la relación entre los sujetos nos permite apoyar la hipótesis de que “la intersubjetividad no existe”, como universal.

Pero, teniendo en cuenta esta afirmación, podemos decir también que el grupo es un espacio privilegiado para observar la multiplicidad de intersubjetividades que están mediatizadas por las transferencias recíprocas de los sujetos. En el trabajo grupal pueden aprender que el pronóstico de la psicopatología está en función del deseo de cambio del sujeto, y de la agilidad en la puesta en marcha de los instrumentos que ya se han mostrado más eficaces y eficientes en su tratamiento.

Otro de los objetivos prioritarios para la Sección es la psicoterapia del “grupo familiar y multifamiliar”. En los dispositivos de Salud Mental, el trabajo con el grupo familiar es de gran interés en las patologías graves, pero si se puede realizar también en las de menor gravedad. Estos grupos permiten redistribuir y disminuir las ansiedades y angustias que se generan en la dinámica familiar. El trabajo grupal facilita la observación

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

de los roles, liderazgos, asunción o dejación de tareas y responsabilidades, complicidades, alianzas y pactos establecidos en el interior del grupo familiar.

El grupo familiar es un espacio de contención y elaboración que facilita cambios y transformaciones en las estructuras subjetivas de los miembros participantes. Los futuros psiquiatras y psicólogos en estos grupos aprenden a observar el lugar y el rol que juega el paciente en la familia, y las posibles relaciones entre psicopatología del paciente y grupo familiar. Les permite constatar que el análisis de los vínculos disminuye las confusiones y ambigüedades de los miembros, y mejora la discriminación entre ellos. Asimismo facilita la percepción de lo que es de cada uno, y reconocer a los otros en sus diferencias. También les posibilita observar el rol de “chivo expiatorio” y reconocer la función que tiene en el interior del grupo, evitando así la emergencia de otros nuevos.

En la Sección un objetivo importante en el tratamiento del “Trastorno mental grave” es la implementación y el desarrollo de los grupos familiares y multifamiliares. Se quiere impulsar el trabajo con familias porque se considera que es un instrumento imprescindible en los Servicios Públicos, sobre todo, para la estabilización y mejoría de la patología mental grave. Por ello, se propone que sea incluida, de manera paulatina, en la cartera de servicios de los diferentes dispositivos: C.S.M., Centros de día y de hospitalización (Unidad de agudos, Hospital de día, Unidad de rehabilitación y Comunidad terapéutica).

Los grupos psicoterapéuticos/familiares y multifamiliares tienen también una función instituyente en los dispositivos de salud mental, porque promueven las condiciones para generar un ambiente institucional terapéutico y un trabajo en equipo. Estos dispositivos grupales además de tener mucha potencia terapéutica, facilitan la organización de la asistencia, al dar salida a la demanda de tratamiento de los pacientes. Y, como los grupos de supervisión, ayudan mucho a la creación de ambientes institucionales contenedores y acogedores para los pacientes/consultantes.

Los grupos psicoterapéuticos y familiares instituyen en las instituciones la relevancia de la palabra y escucha, y la necesaria relación con el otro. Evidencian la importancia de las relaciones interpersonales, la necesidad de interaccionar con los otros para evitar el aislamiento y el sufrimiento subjetivo; y la necesaria cooperación y comunicación entre los sujetos, más forzada aún por los malentendidos inherentes a la misma.

La introducción y el desarrollo de esta diversidad de dispositivos grupales terapéuticos en la asistencia pública, promueve la producción de vínculos más saludables y terapéuticos en el propio equipo. Por eso, volvemos a reiterar que los dispositivos grupales terapéuticos son imprescindibles para el logro de “climas terapéuticos” en la institución y para ofrecer una psicoterapia de calidad a la población. Nuestros instrumentos grupales son necesarios para abordar mejor las demandas de tratamientos, mejorar los incumplimientos y disminuir el número de abandonos.

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

El trabajo con grupos psicoterapéuticos, combinado con el de familias en los pacientes graves, lo desarrollamos en el C.S.M. de Parla, en la Comunidad de Madrid, a mediados de los 80. Realizamos un desarrollo importante de las metodologías grupales, con discusión de casos clínicos en las reuniones de equipo, evaluación y derivación en los mini-equipos; unos grupos terapéuticos dirigidos a las diferentes patologías y en la esquizofrenia combinado con grupos de familias. Iniciamos este trabajo grupal en el C.S.M. de Parla, tanto orientado a la asistencia como a la formación y supervisión; del mismo modo que lo hiciéramos unos años antes en el C.S.M. de Getafe. En la actualidad, el C.S.M. de Parla cuenta con un número importante y gran diversidad de grupos terapéuticos que están coordinados desde diferentes orientaciones teóricas y dirigidos a todas las edades y patologías. Y, por estas circunstancias es un Centro de elección para realizar el trayecto de psicoterapia de grupo por los residentes.

El interés de nuestras teorías grupales y de nuestros grupos psicoterapéuticos es que promueven la conversación y el diálogo grupal, lo que posibilita la emergencia del inconsciente individual y del latente grupal. Estos fenómenos no pueden observarse en las teorías grupales no psicoanalíticas porque investigan otros objetos de conocimiento. En nuestros grupos se realiza una escucha más allá de las palabras, lo que permite diferenciar “el decir”, del “dicho”.

La escucha del coordinador promueve el encadenamiento de emergentes, de significantes, y la construcción de cadenas de significación que serán leídas por el equipo terapéutico. La función del mismo es promover las interacciones y comunicaciones entre los participantes, para que puedan surgir los emergentes individuales y del grupo, y se pueda construir el “discurso grupal”.

Los residentes en el grupo terapéutico aprenden a diferenciar los diferentes subgrupos, al inicio dos, el equipo terapéutico (con sus intertransferencias), y los integrantes (en éste, a su vez, se irán estableciendo diferentes subgrupos, alrededor de un líder, que se irán haciéndose cargo de los diferentes aspectos de la tarea). Aprenderán las funciones del equipo terapéutico, coordinación y observación, que desde distintas posiciones tiene un papel relevante en el grupo. Ambos con su presencia, mirada y escucha son fundamentales en el tratamiento grupal, pero desde una función muy diferenciada.

El coordinador, aunque apoya las elaboraciones grupales, se encarga también de sostener los discursos individuales. El observador, posibilitado por su mayor distancia, se centrará básicamente en la elaboración del “discurso grupal”. Para ello, se orientará por los emergentes grupales, que irá enlazando para establecer posibles cadenas de significantes y nuevos procesos de significación³⁷.

Estos dispositivos terapéuticos grupales son de mucho interés para los residentes, porque les permite observar el inicio, el desarrollo y el final de un proceso terapéutico, y cómo se va develando el latente grupal y las formaciones del inconsciente de los sujetos; es decir, lo que es desconocido para el grupo y para cada uno. El equipo terapéutico, en

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

la escucha y lectura de lo que está más allá de las palabras y en la articulación de unas palabras con otras, logrará la conexión entre los emergentes significativos para el grupo y aquellos que son fundamentales para el sujeto.

Dicho con otras palabras, el equipo terapéutico en la asociación y articulación de emergentes genera un “hilo conductor” de la sesión, un encadenamiento y formación de cadenas significantes, con la emergencia del “discurso grupal” de la sesión. Estos discursos, sesión a sesión, se articularán y permitirán la producción del “discurso grupal”, un producto singular de ese grupo que se irá construyendo a lo largo de su devenir (el emergente final de un grupo, mostraba el temor a la soledad; el emergente inicial de la siguiente fueron los relatos acerca de cómo la soledad les conmovía a cada uno).

El diálogo entre los participantes junto a las intervenciones del equipo generan discursos individuales y grupales que posibilitan la emergencia de lo reprimido, no pensado, no dicho o no realizado por el sujeto, y el develamiento de la latencia grupal. En estas conversaciones y reflexiones entre varios se liberan o pueden ser pensadas aquellas palabras, escenas, sonidos y sentidos, que habían sido reprimidos, denegados o forcluidos.

Los grupos terapéuticos son de gran interés porque facilitan las articulaciones sucesivas entre mundo interno y externo, y entre el tiempo subjetivo y objetivo. Y en el trabajo de elaboración grupal se puede observar cómo adviene el sentido/“sin sentido” de lo que produce sufrimiento al sujeto; y cómo los participantes al incorporar el pasado al presente pueden tomar conciencia de la situación.

En su trabajo con el coordinador analizan el acontecer grupal, después de la sesión o antes de la siguiente; y en este espacio en el que investigan el material del grupo terapéutico, los futuros psiquiatras y psicólogos aprehenden sobre lo inconsciente y lo latente. Decíamos que de gran interés también son los espacios de supervisión grupal, en los que cada residente presenta el material de su grupo terapéutico y se investigan los afectos que se han movilizado. La supervisión de los grupos terapéuticos ha de estar instituida en el Programa de Psicoterapia de Grupo del C.S.M, con una frecuencia quincenal, dirigida a los residentes del territorio, y aquellos compañeros de los dispositivos que estén interesados en la psicoterapia de grupo.

Los grupos psicoterapéuticos/familiares y multifamiliares, por su eficacia y eficiencia, han de ser de elección en los Servicios de Salud Mental. Hemos constatado que la psicoterapia grupal tiene una gran potencia terapéutica para mejorar la psicopatología y las problemáticas de los pacientes, al permitir cambios subjetivos en sus integrantes. Otra motivación para su elección, ya señalada, es que la implementación de grupos terapéuticos/familiares y multifamiliares, en número significativo, permite regular y dar salida a la elevada presión asistencial de los Servicios de Salud Mental. Este hecho es muy importante desde el punto de vista social y económico, y de gran ayuda para la buena organización de los tratamientos de psicoterapia en los Centros.

10.- La “Experiencia Analítica”.

El objetivo fundamental de la formación es lograr “ser un buen psicoterapeuta”. Éste ha sido el emergente central de la evaluación en algunos grupos de formación y supervisión de residentes; que nos muestra por un lado, la importancia que dan a la teoría, y por otro, la relevancia que dan a lo personal que se pone en juego en la relación con los pacientes. En el proceso grupal han tomado conciencia de su implicación emocional en el vínculo transferencial, y algunos han mostrado su deseo de tener una experiencia analítica. Podemos decir que la tarea en los grupos de formación es llegar a “ser un buen terapeuta”, que incluye la pregunta acerca de su deseo de trabajar con estos pacientes.

En las evaluaciones refieren las conclusiones a las que han llegado en el proceso, entre ellas, la necesidad de conocer sus modos de vinculación con los otros porque afectan a la relación terapeuta-paciente, que es su instrumento fundamental. Otros reconocen que el grupo les ha cambiado personalmente, y comprenden que el ejercicio de la psicoterapia requiere cambios subjetivos. Ésta es precisamente una de las recomendaciones del “Documento marco de acreditación de psicoterapeutas de la AEN”³⁸, del año 2012. En este texto se subraya que “el análisis personal es un requisito necesario para el ejercicio de la psicoterapia”. Esta propuesta es la misma que escucháramos hace muchos años a Bauleo cuando nos decía: “nuestro principal instrumento somos nosotros mismos, y por eso conviene que lo afinemos de vez en cuando”.

La experiencia analítica es ineludible porque la práctica clínica genera angustia, y ésta es debida a los vínculos que se establecen con los pacientes, el equipo y la institución (tres elementos íntimamente relacionados). Nuestra función y responsabilidad es el análisis de individuos y grupos. Y para realizarla de la buena manera, nos parece interesante la idea de Lacan³⁹ de mantenerse lo más posible en la “posición analizante”. Aunque se refiere al ámbito individual, es sugerente porque la posición analizante posibilita un mayor acercamiento al inconsciente. Para sostener ese lugar propone dos vías, la primera, la vuelta periódica a la experiencia analítica, y la segunda, dedicarse a la transmisión de la teoría.

La experiencia analítica es fundamental porque el terapeuta es producto y emergente de su propio análisis. La experiencia analítica le permite tomar elecciones importantes para su vida, y llegar a conclusiones significativas para la misma. Una de estas elecciones es decidir si ser analista individual y/o terapeuta grupal para otros sujetos; una función que está más allá del título profesional. Y, como somos desconocidos y extranjeros para nosotros mismos, el análisis personal es muy necesario para el ejercicio de la clínica grupal. Esta experiencia nos permite conocer el propio inconsciente y observar el que se pone en juego en la relación con los otros. Esta experiencia muy singular precisa de un deseo de cambio en el profesional, ya que la transformación sólo se producirá, si se está dispuesto a transitar por este proceso. Y es imprescindible porque posibilita reflexionar y analizar los propios conflictos, fijaciones, y las dificultades en la vinculación con los otros.

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

La mayoría de nosotros hemos transitado la experiencia del psicoanálisis individual durante largos años, y sabemos que es fundamental para nuestro trabajo como analistas y terapeutas. Considero que para los miembros de la Sección sería interesante que el análisis personal se realizara en primera instancia en grupo terapéutico, al menos, en encuadres grupales de tres años. En grupos coordinados por profesionales con sólida formación grupal y psicoanalítica. Quiero privilegiar el grupo terapéutico por tres motivos: porque nuestra tarea básica va a ser la psicoterapia grupal, porque el trabajo grupal permite disminuir las defensas en menor tiempo que la terapia individual, y porque al ser grupal, pueden observarse las formaciones del inconsciente de los otros, y facilitar el conocimiento del propio inconsciente.

Foulkes, fundador del Grupoanálisis, ya señalaba hace años que los terapeutas grupales debían participar en un grupo terapéutico durante tres años. Pensaba que en ese tiempo se podía obtener un mayor conocimiento de sí, de las defensas y resistencias, y profundizar en el deseo de trabajar como terapeuta grupal. Nuestra propuesta coincide con la de Foulkes, pero este deseo choca con la realidad de la escasísima oferta de grupos terapéuticos en nuestro país. Lo que hace más necesaria aún, la institucionalización de los grupos de formación y supervisión en los Servicios de Salud Mental Públicos.

El criterio respecto a la duración de estos procesos de análisis en grupo es variable; el mínimo sería las 50 horas, como se exige en nuestro país. Algunas Asociaciones de psicoterapia de grupo reconocidas proponen, al igual que Yalom⁴⁰, de 50 a 100 horas; pero otras más exigentes requieren hasta 300 horas. Pensamos que el requisito para los profesionales que trabajan en lo público, debería ser un análisis de una duración de dos años; es decir, disponer de un espacio analítico al menos durante 100 horas. En este tiempo el profesional puede acercarse a algunos mecanismos intrapsíquicos y grupales, y hacerse consciente de algunas dificultades en la relación con los otros, ya sean éstos, pacientes/familiares/compañeros/o dinámicas institucionales.

El “análisis personal” unido a las experiencias en grupos de formación y supervisión previene la iatrogenia en el ejercicio de nuestra profesión. Nosotros trabajamos con sujetos, relaciones y vínculos de manera prolongada en el tiempo, y en estos procesos se dan malentendidos, incomunicaciones y fenómenos de compulsión a la repetición. El análisis personal de los profesionales, que antes fuera tan criticado, facilita la dinámica en el vínculo terapeuta –paciente y la relación con el equipo, por tanto, disminuye los mecanismos patológicos que se producen en el funcionamiento de las instituciones.

Si los terapeutas no han realizado experiencias analíticas se hacen aún más necesarios los grupos de formación y supervisión porque además de los “efectos de aprendizaje” se generan “efectos terapéuticos”. Éstos los mostramos a través de los emergentes de la última sesión de un grupo de formación, y se verbalizan claramente en el emergente final. Es una de las dos sesiones de evaluación al término del proceso grupal. En el emergente inicial, la profesional se pregunta acerca de su deseo de ser terapeuta, en el segundo, se afirma el objetivo de los grupos: “ser un buen terapeuta”, y

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

en el final, se afirman los efectos terapéuticos de estas experiencias de formación y supervisión.

E.I.: “En el grupo he podido preguntarme: ¿realmente quiero que mi vida sea tratar a pacientes con trastorno mental grave? (interrogante acerca del deseo del profesional).

E.C.: “Me he dado cuenta de que el objetivo es “ser un buen terapeuta”, sólo así podremos establecer una adecuada relación terapéutica” (necesidad de análisis/formación/supervisión).

E.F.: “En este grupo he aprendido, pero para mí sobre todo ha sido terapéutico” (efectos terapéuticos de los grupos de formación/supervisión).

11.- Bases de la “Formación en Clínica Grupal”.

La formación del psicoterapeuta grupal ha de basarse en los siguientes pilares:

- El “**Análisis Personal**”, en grupos terapéuticos o en individual, porque el cambio psíquico del paciente es una difícil tarea en la que el terapeuta está implicado emocionalmente.

- La **Experiencia Práctica** en grupos psicoterapéuticos, en los roles de observación y coordinación; una práctica organizada por el C.S.M. en su “Programa de Psicoterapia de Grupo”. Los primeros seis meses, o el primer año como observador; el segundo, como observador-participante; el tercero, como co-terapeuta; y el cuarto, como coordinador del grupo terapéutico.

- La **Formación Teórica/Técnica** en las diversas orientaciones terapéuticas grupales, y con los conceptos imprescindibles para realizar la coordinación en el último año de la residencia; organizada en el hospital de referencia. Recomendamos utilizar metodologías grupales para realizar este aprendizaje.

- La “**Supervisión clínica**” del material de los grupos terapéuticos, realizada a nivel grupal, y si no es posible o se prefiere, a nivel individual.

- La **Supervisión institucional**, ya que la participación en “grupos de reflexión institucional” permite profundizar en la clínica grupal, y en el conocimiento del sujeto, grupos e instituciones. Los supervisores han de estar formados en alguna de las teorías grupales psicoanalíticas, ya sea “Grupo Balint”, “Grupo Operativo”, “Grupoanálisis” o “Psicodrama”.

- Las **Sesiones clínicas en el equipo**, con la presentación de materiales de grupos terapéuticos, y de pacientes individuales del grupo terapéutico. El intercambio de la clínica grupal e individual permite un gran aprendizaje, si todos los profesionales participan. Es un espacio que ha de ser muy cuidado por el equipo, sobre todo, para

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

disminuir las resistencias que tan habituales son en los Centros, y por lo que en muchos de ellos no es posible su realización.

- **Reuniones del equipo semanales**, con el objetivo de conseguir un E.C.R.O. común que posibilite la construcción y elaboración de la Tarea institucional, en sus diferentes vertientes: asistencia, docencia e investigación.

Conclusiones y propuestas.

I.- En los Servicios de Salud Mental, las teorías grupalistas son fundamentales para pensar la organización del equipo, y de la asistencia, docencia e investigación.

II.- La “Clínica Grupal Psicoanalítica” es un modelo central para la comprensión de la psicopatología y tratamiento. El grupo psicoterapéutico en Salud Mental ofrece muy buenos resultados para abordar la demanda, psicopatología y tratamiento psicoterapéutico de los pacientes.

III.- La psicoterapia de grupo tiene como objeto de conocimiento “el grupo psicoterapéutico”. Lo grupal tiene una gran potencia terapéutica debido a la multiplicidad de sujetos y objetos transferenciales que facilitan y multiplican los procesos de significación y elaboración.

IV.- Los grupos psicoterapéuticos han mostrado su eficacia y eficiencia para mejorar el sufrimiento psíquico; en todo tipo de dispositivos, edades y psicopatologías (desde las más leves a las moderadas y graves). Por eso, insisto en la propuesta de que la “psicoterapia de grupo”, de orientación analítica, sea el tratamiento de elección en la clínica psiquiátrica y psicológica de los S.S.M.

V.- La psicoterapia de grupo tiene un “plus” fundamental, es la única estrategia de psicoterapia que es capaz de abordar la masificación de la asistencia en los Servicios de Salud Mental. Ha demostrado ser el instrumento más eficaz y eficiente para disminuir los costes económicos, sociales, familiares, e individuales, que tan altos son en la denominada “enfermedad mental”.

Reduce los ingresos hospitalarios y duración de los mismos, el consumo de psicofármacos, las consultas a Urgencias y a Atención Primaria, y disminuye el número de suicidios, de intentos, y la mortalidad de los pacientes. Mejora la relación terapeuta-paciente, el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos y reduce el número de abandonos en los tratamientos.

VI. – Las instituciones, han de estructurar y ofrecer un “Programa de Psicoterapia de Grupo” para que los futuros psiquiatras y psicólogos tengan una buena formación en grupos terapéuticos. Organizado desde los Centros de Salud Mental para las prácticas grupales, y desde el hospital de referencia para los seminarios teóricos y técnicos. Las

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

diversas experiencias en grupos terapéuticos durante la residencia les permitirá observar sus buenos resultados en todas las psicopatologías y sufrimientos subjetivos.

VII.- En los grupos psicoterapéuticos, los futuros especialistas, aprenderán la función del coordinador/observador. En los inicios como observadores, una función principal porque es quien genera el discurso de cada sesión grupal. El rol de la observación del grupo les permitirá descubrir los emergentes individuales y grupales, y cómo éstos se enlazan entre sí. Poco a poco, podrá realizar la conexión de los emergentes grupales y descubrir el “hilo conductor” que facilita los procesos de significación y elaboración. A lo largo del proceso podrá observar que estos “hilos conductores” generan diversas cadenas de significación; y aprenderán que en su articulación e integración podrán construir lo más singular de ese grupo, el “discurso grupal”.

VIII. – Urgimos a las Comisiones Nacionales de la Especialidad de Psiquiatría y Psicología para que afirmen su compromiso con la psicoterapia, y para que incluyan nuestros objetivos y propuestas en el Programa de Formación de la Especialidad. Y asimismo, para que promuevan activamente la organización y el desarrollo de los programas de psicoterapia de grupo en sus dos vertientes, la de formación, con la elaboración de un programa teórico-técnico a impartir en el hospital; y la asistencial, para que puedan tener diversas experiencias en grupos terapéuticos en el C.S.M.

IX.- Instamos a ambas Comisiones de Psiquiatría y Psicología, a que promuevan el proyecto de una nueva denominación de la titulación (un debate que está todavía pendiente en la Sección). Es de gran interés que nuestro título incluya el término psicoterapia, que se denomine “Especialista en Psiquiatría/Psicología y Psicoterapia”, como se denomina en otros países europeos. Consideramos que esta decisión es un paso importante para que el tratamiento de psicoterapia ocupe el lugar que le corresponde en el programa de formación de especialistas en psiquiatría y psicología.

X.- La formación ha de tener como objetivo formar “buenos terapeutas individuales, grupales y familiares”. Y, en la medida en que se logre, se podrá hacer realidad el deseo de que nuestras instituciones de Salud Mental sean más acogedoras y terapéuticas. Ya que si los profesionales consiguen ser “buenos terapeutas”, estaremos más cerca de que los pacientes reciban “el mejor trato y tratamiento para su sufrimiento subjetivo”.

¹ Estrategia de Salud Mental en España, borrador, junio de 2019.

² Crespo-Facorroa, B. et al, “Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto Rethinking, Revista de Psiquiatría y Salud Mental, internet, 22 Oct. 2016.

³ Fernández Liria, A., “Psicoterapia y formación de psicoterapeutas”, Rev. AEN, vol. 16, 1996, nº 58.

⁴ Gómez Esteban, R., “La Clínica grupal, la clínica de los grupos terapéuticos”, Rev. Área 3, cuadernos de temas grupales e institucionales, 2019, nº 22.

⁵ Montserrat, A., “Perspectivas de la clínica psicoanalítica grupal” en Bauleo, A.; Montserrat, A., Suarez, F., Psicoanálisis operativo, a propósito de la grupalidad, Buenos Aires, Atuel, 2005.

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

- ⁶ Gómez Esteban, R., “Algunos aspectos y conceptos de Clínica Grupal”, en Bauleo, A.; Duro, J.C.; Vignale, R., *La concepción operativa de grupo*, Madrid, ed. A. E. N., 1990.
- ⁷ Gómez Esteban, R., “El discurso grupal en las patologías neuróticas, psicótica, borderline y enfermedades orgánicas”, *Rev. Área 3, cuadernos de temas grupales e institucionales*, 2018, número especial 3.
- ⁸ De Pablos, P., González Rojas, J., *Clínica del secreto familiar*, Madrid, Edit. A.E.I.P.P.S., 2018.
- ⁹ Tarí García, A. (2015). Factores Terapéuticos y Antiterapéuticos Grupales. Una mirada desde la Concepción Operativa de Grupo. *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 19.
- ¹⁰ Gómez Esteban, R., “Factores terapéuticos en la psicoterapia de grupo” en Ceverino, A., coord., *Salud mental y terapia grupal*, Madrid, Ed. Grupo 5, 2014.
- ¹¹ VVAA, *Cuadernos técnicos de la A.E.N.*, Ed. A.E.N., 1997.
- ¹² Rodríguez Vega, B.; Ávila, A.; Pereira, R., “Documento marco de consenso de acreditación de psicoterapeutas”, *Rev. A.E.N.*, 2012, vol. 32, núm. 116, pp. 917-920.
- ¹³ Bleger, J., “Grupos operativos en la enseñanza” en *Temas de Psicología, entrevista y grupos*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1980.
- ¹⁴ Gómez Esteban, R., “La Psicoterapia de Grupo psicoanalítica en la formación de psiquiatras y psicólogos”, *Rev. Área 3, cuadernos de temas grupales e institucionales*, 2016, nº 20.
- ¹⁵ Gómez Esteban, R., “Formación en Psicoterapia de Grupo Psicoanalítica”, *Rev. Siso Saude*, 2017, 60-61:113-141.
- ¹⁶ Cifuentes, R., Suarez, V., *Conversando sobre interpretación*, *Rev. Área 3*, 2015, nº 19.
- ¹⁷ Suárez Blázquez, V. (2010). La Tarea. Una revisión de su evolución como concepto (1ª parte). *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 19.
- ¹⁸ De Felipe García-Bardón, V. (2015). El equipo coordinador desde la Concepción Operativa. *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 19.
- ¹⁹ Balint, M., *El médico, el paciente y la enfermedad*, Buenos Aires, Libros Básicos, 1961.
- ²⁰ Ingala, A., Ponencia marco de las II Jornadas de relación médico-paciente, necesidades de la relación y particularidades de lo psicosomático, Madrid, ed. CEPYP, 1997.
- ²¹ Gómez Esteban, R., “Concepción Operativa de Grupo y Psicoterapia Grupal Psicoanalítica Operativa”, Homenaje al profesor Armando Bauleo, *Revista Área 3*, nº especial 2, 2008.
- ²² Caretti, J., “Un recorrido sobre el concepto lacaniano de interpretación” en “Chorne, M.; Dessal, G., Lacan, J., *El Psicoanálisis y su aporte a la cultura contemporánea*, México, Fondo de Cultura Económica, 2017.
- ²³ Gómez Esteban, R., “La interpretación en la psicoterapia de grupo psicoanalítica”, *Rev. A.E.N.*, 2017, 132:379-399.
- ²⁴ Gómez Esteban, R., “Clínica grupal psicoanalítica/operativa y “emergente”, *Rev. Área 3, cuadernos de temas grupales e institucionales*, 2014, nº 18.
- ²⁵ Gómez Esteban, R., “El «discurso grupal», factor terapéutico central en la psicoterapia de grupo” en Castro Oller, M., Gómez Esteban, R., De la Hoz Martínez, A., *La Psicoterapia de Grupo en los Servicios de Salud Mental*, AEN, 2018.
- ²⁶ Foulkes, S.H.; *Psicoterapia Grupo-Analítica. Métodos y Principios*, España, Ed. Gedisa, 1981.
- ²⁷ Vallejo Jimenez, F., “Grupo, equipo e institución en los contextos actuales sanitarios” en Castro Oller, M., Gómez Esteban, R., De la Hoz Martínez, A., *La Psicoterapia de Grupo en los Servicios de Salud Mental*, AEN, 2018.
- ²⁸ Gómez Esteban, R., Tesis Doctoral “Las ansiedades del médico en la relación médico-paciente”, Universidad Autónoma Madrid, Departamento Psiquiatría, Madrid, 2000.
- ²⁹ Távora, A. (2001). “El género y los esquemas de referencia en salud mental”. En C. Miqueo, C.T. Cruz Tejero, M.J. Barral, T. Fernández, T. Yago (Eds.), *Perspectiva de Género en salud* (págs.. 199-221). Madrid. Minerva Ediciones.
- ³⁰ Gómez Esteban, R., “El Equipo en el Centro de Salud Mental, ¿realidad o utopía?”, *Rev. Área 3, cuadernos de temas grupales e institucionales*, 2019, nº 22.
- ³¹ Gómez Esteban, R., “El médico como persona en la relación médico-paciente”, Madrid, Ed. Fundamentos, 2000.
- ³² Irazábal Martín, E., “Supervisión y Grupo”, *Rev. Área 3*, nº 20.
- ³³ Bauleo, A., “El aprendizaje grupal”, en *Ideología, grupo y familia*, Buenos Aires, Ed. Kargieman, 1975.

SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

-
- ³⁴ Gamo Medina, E., Gómez Esteban R., Grupos Terapéuticos y Asistencia Pública, Madrid, AEN, 1997.
- ³⁵ Pichón Riviere, El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social, Buenos Aires, Nueva Visión, 1975.
- ³⁶ Gómez Esteban, R., “El discurso grupal en las patologías neuróticas, psicótica, borderline y enfermedades orgánicas”, Rev. Área 3, cuadernos de temas grupales e institucionales, 2018, número especial 3.
- ³⁷ Castrillo, “Lacan y la lingüística estructural de Ferdinand de Saussure”, en Chorne, M.; Dessal, G., Lacan, J., El Psicoanálisis y su aporte a la cultura contemporánea, México, Fondo de Cultura Económica, 2017.
- ³⁸ Rodríguez Vega, B.; Ávila, A.; Pereira, R., “Documento marco de consenso de acreditación de psicoterapeutas”, Rev. A.E.N., 2012, vol. 32, núm. 116, p.p: 917-920.
- ³⁹ Miller, J. A., Donc. La lógica de la cura, Buenos Aires, Paidós, 1994.
- ⁴⁰ Yalom Y.D., Vinogradov, S., Guía breve de psicoterapia de grupo, Barcelona, Paidós, 1996.