

EXPERIENCIA CON UN GRUPO EN EL QUE SE INTRODUCE EL PSICODRAMA

Hospital de Día. Unidad de docencia y psicoterapia.

Dr. D. José Luis Jiménez Bullejos

Este grupo anteriormente ha funcionado sin la utilización de técnicas psicodramáticas. Es por ello por lo que queremos explicar las razones que nos han llevado a tales modificaciones técnicas.

Se trata de un grupo, que está enmarcado en un Hospital de Día (de ámbito provincial), vinculado directamente con la denominada **UNIDAD DE DOCENCIA Y PSICOTERAPIA** (de ámbito interprovincial - Comunidad Autónoma Andaluza). Ambas unidades comparten el mismo espacio físico, nutriéndole la Unidad de Docencia de los profesionales del Hospital de Día y otros provenientes de distintos servicios, que colaboran con nosotros a tiempo parcial.

En lo referente al grupo, este tiene una doble función que trataré de explicitar, y que comporta una vertiente clínico-asistencial, y otra de carácter docente. En este punto de partida que nos hizo materializar este estilo de trabajo.

El grupo viene funcionando con esta nueva estructuración desde hace aproximadamente tres años, funcionando como un grupo abierto-lento, siendo la duración de las sesiones de una hora y media con una frecuencia de una sesión en semana.

Asisten en calidad de alumnos-observadores-participantes dos personas (habitualmente), y vienen siéndolo M.I.R. y P.I.R., habiendo asistido también profesionales de enfermería y algún miembro del equipo terapéutico de nuestro Hospital de Día.

El tiempo de estancia, en el grupo, de los observadores es de tres meses, y existen tres turnos para ello: 1) desde Enero a Marzo; 2) desde Abril a Junio; 3) desde Octubre a Diciembre. El grupo, no obstante solo hace una pausa de un mes coincidiendo con las vacaciones del conductor del mismo.

El tipo de pacientes, son aquellos que procediendo del Hospital de Día, entendemos que se pueden beneficiar más con esta modalidad terapéutica, en cualquier caso procuramos no incluir aquellos excesivamente proclives al acting (como psicóticos descompensados y trastornos antisociales), que no obstante tienen otros espacios terapéuticos más adecuados. La tendencia es mantener un grupo mixto **Psicóticos-Neuróticos**.

Nos interesa resaltar, tanto la evolución de los pacientes, así como la participación de los observadores y entre otros datos la utilidad de conectar una experiencia de apren-

dizaje teórica con una práctica, con las limitaciones que existen en los servicios públicos, y que obligan a introducir modificaciones que posibiliten un trabajo útil.

EL PSICODRAMA constituye, a nuestro entender un complemento bastante adecuado a las técnicas grupales y también a las grupoanalíticas. Se ha tratado de introducir un elemento que dinamice la terapia, haciéndola más efectiva con el tipo de pacientes que tratamos, y que a su vez pueda ser usado como lugar privilegiado para la docencia.

El grupo está por lo tanto, inscrito en un marco **grupo-analítico**, que trata de posibilitar la reducción de las tensiones psicológicas por la vía de la dramatización y el avance constructivo del mismo como Gestalt colectiva. Hay en nuestra experiencia elementos de la Terapia Activa de grupo ideada por SLAVSON, en la que se insiste en la creación de una atmósfera permisiva que facilite la interacción activa, que mejore el ambiente terapéutico, y sirva al terapeuta para esclarecer el sentido y la significación de las motivaciones inconscientes. En relación a este punto, queríamos indicar que ciertamente nos ha interesado el seguimiento progresivo de los pacientes en el contexto de la relación grupal. En tal sentido, hemos tenido presentes las ideas de BION sobre el desenlace de la dinámica grupal, pero sin menoscabo de la importancia que dichas aportaciones tienen nuestro trabajo, hemos considerado igualmente relevantes las ideas de FOULKES sobre el desenvolvimiento de la terapia grupo-analítica; todo ello partiendo de un concepto “holístico” de grupo.

Las ideas de BION sobre las fuerzas emocionales emergentes en el grupo en cuanto se forma este, nos parecen importantes en nuestra labor, y así en el devenir de un grupo aparece algún líder o idea grupal que interpretan y simbolizan las necesidades del mismo. Así, en forma variable e irregular, ha aparecido, a veces, el líder idealizado del que se espera una aportación milagrosa (**Supuesto Básico de Dependencia**). La imposibilidad de este substrato mágico de paso al **Supuesto Básico de Ataque-Fuga**, en el que los miembros del grupo, o bien se ha evadido por la vía del silencio o la racionalización o bien han expresado su agresividad sobre el líder o su sustituto. Toda vez que se supera la agresividad frente al líder se nota en el grupo la tendencia a la formación de parejas, es decir un mayor interés por los demás miembros del grupo, en lo que Bion denomina Supuesto Básico de Emparejamiento. Naturalmente no todos los grupos funcionan igual, sin embargo estas bases teórico-clínicas nos sirven como modelo comprensivo de la experiencia que estamos llevando a cabo, precisamente porque a través del estudio de la transferencia en el grupo, se percibe a sus miembros relacionados entre sí y formando una unidad psicológica, expresada en la conexión de sus participantes y manifestada a nivel de la “**MENTALIDAD DEL GRUPO**”.

Nos parece igualmente útil tener en cuenta los supuestos básicos de BION al respecto de la regresión. En efecto, ante el fracaso de lo que BION denomina como “**Grupo**

de Trabajo”, aparecen las anteriormente citadas reacciones emocionales básicas (“Grupos de supuestos Básico”), que existiendo en todo momento se movilizan en un sentido o en otro cuando “fracasa” la tarea grupal.

Continuando con el nivel de regresión del grupo, nos parece de interés el hecho de que (tal como señala OTTO KERNBERG), “en ciertas situaciones grupales sin definición clara de roles, ni una tarea externa precisa, afloran con gran rapidez, primitivas experiencias objetales, defensas igualmente primitivas y, lo que es más llamativo, profundos conflictos personales”.

Ocurre por tanto, que en los grupos que hay un mayor potencial regresivo que en la situación diádica terapeuta-paciente, que la regresión es más rápida de una parte, así como su reversión.

Nos facilita así, de una parte una aproximación al DIAGNÓSTICO (clínico y dinámico más fiable), y de otra, dado que la reversión de la regresión es más rápida, nos permite intervenir con menor rigidez que en la situación diádica.

Haciendo alusión a otro autor, FOULKES, éste centra su atención en las relaciones interpersonales, que se establecen en el “aquí y ahora” en la situación del grupo. Estas relaciones no dependen exclusivamente de los “objetos internalizados” que cada miembro lleva consigo al grupo, sino a las relaciones que cada uno mantiene en su vida. Esta visión psicoanalítica, se aproxima más a lo que podríamos llamar un nivel PSICO-SOCIOLÓGICO. Para FOULKES, “las perturbaciones afectan primero a las relaciones del paciente, con aquellos que están más cerca de él y cualquier dislocación en estas relaciones es la primera indicación que tenemos de enfermedad mental, sea ésta seria o leve”.

Desde esta perspectiva, en nuestro quehacer además de tener en cuenta la transferencia y las fantasías inconscientes, nos importa también el análisis de las relaciones concretas que los miembros establecen en la situación de grupo.

Al hilo de lo anterior, entendemos el psicodrama o la dramatización como un OBJETO INTERMEDIARIO facilitador y concretizador de los sentimientos y emociones, estimulando la conversión del proceso primario en proceso secundario. Es también importante lo que tiene que ver en un grupo con psicodrama, al respecto de las manifestaciones más difícilmente verbalizables: entre ellos “el rapport”.

Un concepto que nos resulta esclarecedor a ese respecto es “La Disociación Esquizoide Instrumental” LIBERMAN, que vendría a significar resumidamente que el Yo se puede desdoblar en un Yo Observador y en un Yo Experimentador. Es decir en un Yo que realiza la exigencia y otro Yo que pudiéndose distanciar del anterior, estaría al servicio de la discriminación y la elaboración. La situación de relación de una persona con capacidad de experimentar al tiempo que observar, con el objeto (por ejemplo el

Terapeuta), sería una situación TRIPOLAR.

De otra parte la persona que tiene una capacidad escasa al respecto del Yo Observador, se va a relacionar preferentemente percibiéndose masivamente como aceptada o rechazada, sin capacidad (o poca) de discriminar. Esta situación se viene denominando BIPOLAR (semejante a la FALTA BÁSICA DE BALINT); así uno de los aspectos en los que nos centramos a lo largo del proceso terapéutico es en el de favorecer el crecimiento del Yo Observador, que puede favorecer además la Introspección, etc.

En el marco de nuestro grupo, nos parece deseable que los observadores del mismo, realicen una función facilitadora en esta línea. Así, se le propone al alumnado una doble función en el grupo, una que realice a parte la experiencia con los pacientes (como ego auxiliar), y por otra que se puede sentir vinculado al terapeuta que estaría más cercano a la posición de un Yo Observador. De esta manera esta oscilación de los alumnos como experimentadores (pudiendo conectar más empáticamente con los pacientes), y como observadores -terapeutas, nos parece facilitadora de una doble vertiente:

- 1) Asistencial terapéutica: de tal manera que puedan servir de objetos de identificación al grupo.
- 2) Docente: ya que ello requiere un esfuerzo emocional e intelectual que además puede hacer comprender fenómenos que desde la teoría sólo, suelen resultar complejos.

COMENTARIOS AL RESPECTO DE RESULTADOS OBSERVADOS EN LA PARTE DOCENTE

En principio parece importante describir el contexto en el que tanto observadores como terapeutas se mueven en la Unidad de Docencia y Psicoterapia.

Los observadores son seleccionados de entre los alumnos de esta Unidad y participan en un seminario teórico de psicoanálisis impartido por el terapeuta del grupo, y además algunos de ellos supervisan sus trabajos clínicos al mismo tiempo con terapeutas diversos, coincidiendo a veces con el terapeuta que lleva el grupo. Nos parece oportuno también indicar que el número de alumnos (M.I.R. y P.I.R.) que rotan por nuestra unidad viene a ser entre 3 y 5, provenientes de toda la Comunidad Autónoma Andaluza. La duración de la rotación es de tres meses y se realizan actividades tales como: Seminarios teóricos de psicoanálisis, terapia de grupo, psicósomática, etc.; seminarios clínicos y bibliográficos, video fórums, supervisiones, etc.

Tiene por tanto un servicio de revisión y actualización teórico-práctica intensiva.

Retomamos el contexto en el que se mueven los observadores, en particular en su

vinculación con el grupo, tras la evaluación que sistemáticamente se realiza al final de la rotación, transmiten opiniones de las que hemos recogido algunas que nos parecen significativas:

1. Manifiestan haber conseguido un mejor nivel de comprensión de enfermos mentales severos, al respecto de dinamismos intrapsíquicos que anteriormente no habían tenido ocasión de observar tan directamente.
2. La sensación de una buena parte de ellos de “desdramatización”, al ver directamente mecanismos regresivos, sin que por ello se viviera como desintegrador.
3. La comprensión de conceptos psicoanalíticos que estaban en algunos casos excesivamente racionalizados.
4. El “descubrimiento” de que “lo psicoanalítico” es realmente útil en la práctica asistencial cotidiana, dejando de ser en algunos casos un secreto que guardan unos pocos.
5. La importancia de observar la vertiente creativa, no exenta de aspectos lúdicos que implica este estilo de trabajo.
6. Conceptos como Transferencia y Contratransferencia, fueron mejor integrados.

De otra parte pareciera que el hecho de una experiencia tan corta (3 meses), había que tenerlo en cuenta en lo siguiente:

El inicio del observador en el grupo puede conllevar una carga excesiva para el mismo, en el sentido de la reactivación de aspectos persecutorios, y el temor otras veces a producir daño en los pacientes (estos aspectos tiene su correlato en: pacientes, observadores y terapeuta).

Desde la parte del terapeuta y de los pacientes, no pocas veces implica estar elaborando una despedida casi desde el principio. Por parte de los observadores viene siendo frecuente que expresen su dificultad “depresiva” al despedirse del grupo.

Y otras veces sentimos que hay demasiados “terapeutas” para tan pocos pacientes (sensación proveniente más desde la institución, a nuestro modo de ver).

BIBLIOGRAFÍA

BALINT, M. (1982): “La falta básica”. Ed. Paidós. Buenos Aires.

BLEGER, J. (1972): “Criterios de curación y objetivos del psicoanálisis”. Revista de Psicoanálisis, Asociación Psicoanalítica Argentina, n° 2.

FAIRBAIRN, W.R.D. (1978): “Estudio psicoanalítico de la personalidad”. Ed. Hormé. Buenos Aires.

FIORINI, H. (1977): “Teoría y técnica de psicoterapia”. ED. Nueva Visión. Buenos Aires.

FIORINI, H. (1984): “Estructuras y abordajes en psicoterapias”. Ed. Mairena. Buenos Aires.

GREENSON, R.H. (1976): “Técnica y práctica del psicoanálisis”. Ed. Siglo Veintiuno. México.

GRINBERG, L. (1986): “La supervisión psicoanalítica. Teoría y práctica”. Tecnicpublicaciones, S.A. Madrid.

LIBERMAN, D. (1976): “La comunicación en terapéutica psicoanalítica”. Ed. Alex. Buenos Aires.

MENNINGER, K.A. (1974): “Teoría de la técnica psicoanalítica”. Ed. Psique. Buenos Aires.

RACKER, H. (1986): “Estudios sobre técnica psicoanalítica”. ED. Paidós. Buenos Aires.

RIEMAN, F. (1978): “Formas básicas de la angustia”. Ed. Herder. Barcelona.

WINNICOTT, D.W. (1958): “Escritos de pediatría y psicoanálisis”. Ed. Laia. Barcelona.

WINNICOTT, D.W. (1964): “El proceso de maduración en el niño”. Ed. Laia. Barcelona.