



AREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 4 – Invierno 1996-97

Se relata una experiencia operativa de grupo con pacientes ancianos, portadores de patología depresiva crónica, "resistente" a los abordajes terapéuticos comunes.

Anciano y psicoterapia de grupo

María Marzotto (¹),

"pero la vida pasa mientras se hacen otros proyectos o cuando no se espera nada"

(MARIA TERESA DI LASCIA-"PASAJE EN SOMBRA")

Introducción

Relataré en estas páginas (²) una experiencia de psicoterapia de grupo que, junto a otras³, vengo realizando desde hace tiempo a nivel comunitario (⁴).

Antes de entrar en el tema, recordaré con STROTZKA (⁵) que "si en un tiempo las psicoterapias de grupo fueron consideradas fundamentalmente como "tendencias contraculturales" y "manifestaciones alternativas a la práctica habitual y privada de la profesión del psicólogo", hoy son universalmente reconocidas como "instrumentos necesarios" y como "posibles elementos de cambio en el campo la historia de la pintura: psiquiátrico".

¹ *María Marzotto es psiquiatra, investigadora confirmada del Instituto Ottello de la Universidad de Bolonia. Italia. Traducción de Federico Suárez.*

² El texto que sigue –sintetizado y modificado en parte- está tomado de un seminario para los estudiantes de la especialidad de Psiquiatría, realizado en Bolonia el 5 de abril de 1995.

³ Ver:

M. MARZOTTO, C.P. PISMATARO: "El grupo de los jóvenes", Boletín nº 6, "Centro Internacional de Investigación en Psicología social y grupal", Venecia, junio 1985.

M. MARZOTTO "La psicoterapia del grupo en el territorio". "Jornadas de Trabajo: La Praxis Grupal", Madrid, 7/ 3/ 1986

⁴ Concretamente, en el barrio Reno, territorio de competencia de la Clínica psiquiátrica I de la Universidad de Bolonia.

⁵ H. STROTZKA: "Manuale di psicoterapia", Roma, Città Nuova, ed., 1987.

Sobre la noción de cambio, que consideramos central, volveremos en seguida. STROTZKA señala también las causas que, en su opinión, han orientado a la ciencia sobre los pequeños grupos, entre las cuales, quizá la principal debe considerarse la evolución de la psicología que ya no considera más al individuo como el "monarca absoluto", sino como "... el término de una relación, el nudo de una red, el lugar y el momento de un proceso..." (PONTALIS).

De esta evolución ha sido "profético" testigo Kurt LEWINW ⁽⁶⁾ que la ejemplifica con la descripción de los cambios acontecidos en la historia de la pintura:

"... En la pintura medieval no hubo en general, al principio, un verdadero y propio ambiente" ⁽⁷⁾, tan sólo un *fondo vacío* (frecuentemente dorado). Aún cuando comenzó gradualmente a aparecer un ambiente, éste consistía habitualmente en la presencia, junto al personaje principal, de otras personas y de objetos. Así, el cuadro terminaba, como mucho, constituido por una *concentración* dentro de la cual cada persona tenía en realidad una existencia autónoma.

Sólo más tarde, en pintura, el espacio comienza a tener existencia por sí mismo: entonces se constituye como *situación de conjunto*.

Al mismo tiempo esta situación de conjunto se convierte en un objeto dominante, hasta tal punto que cada *parte separada*, en la medida en que todavía conserva tal carácter, es *aquello que es... sólo dentro y por medio de la situación de conjunto...*

...Así, en los campos psicológicos más importantes para el estudio del comportamiento de los seres vivientes, parece inevitable el pasaje [desde una concepción aristotélica a una concepción galileana de la dinámica. Esta concepción deriva todos los vectores que determinan un proceso no sólo de objetos individuales considerados aisladamente, sino *desde reciprocas relaciones* entre los factores que operan en el ámbito de una situación concreta tomada en su conjunto..."]

La limitación numérica en la práctica de la psicoterapia de grupo -se señalaba en las reglas precedentes a una "ciencia de los pequeños grupos"- emerge con claridad a partir del fin de la II guerra mundial, junto con el desarrollo del estudio de las dinámicas grupales y de las técnicas de coordinación. Antes, y nos referimos a los precursores entre los psicoterapeutas de grupo (PRATT, con los grupos de tuberculosos -ya en 1905-, CHAPEL con los enfermos de úlcera, etc), este criterio no era respetado. De todas formas es interesante señalar que la primera intuición sobre la posibilidad de utilizar pequeños grupos con fines terapéuticos no viene por parte de los psiquiatras o de los psicólogos (quizá entonces sumergidos en la "ola" freudiana), sino de médicos internistas. Y es también "curioso" notar cómo frecuentemente los grandes progresos, en cualquier ámbito disciplinario, parten de observaciones banales, casi casuales (la "manzana" de Newton).

Es sabido que PRATT recurre a los grupos para curar a sus pacientes afectados por tuberculosis al observar que entre ellos, en la sala de espera, participaban en pequeños grupos espontáneos y creaban unos vínculos afectivos de los que obtenían una benéfica

⁶ LEWIN, K.: "Antología di scritti". Recopilación de Giuseppe Galli, Il Mulino, Bolonia, 1977.

⁷ Las cursivas son mías.

influencia terapéutica; esto lo empujó a institucionalizar la situación, dándole un carácter de tipo sugestivo-pedagógico, bien lejano de las técnicas analíticas, (psicoanálisis en grupo o del grupo) que serán usadas en los decenios sucesivos (desde SIMMEL, SCHILDER, SLAVSON a FOULKES, BION y PICHÓN-RIVIÉRE).

De todas formas, como escribe I. GRUMILLER ⁽⁸⁾: "...Entonces, como también hoy, entre los terapeutas dominaba el mismo entusiasmo por la experimentación...".

El Grupo

Vamos pues a mi experiencia con el grupo de psicoterapia para ancianos.

Coordino este grupo hace ya muchos años, pero debo distinguir en este largo periodo dos fases:

1. La primera, que se inicia en el año 1975, tiene como contexto el peculiar clima socio-político de aquellos años: recuerdo como había todo un movimiento de participación -también a nivel de nuestro ámbito territorial- que implicaba a políticos, técnicos, ciudadanos... y que se refería, entre otras cuestiones, también a la problemática de la gestión de la salud.

Escribía, en este sentido, E. LOPERFIDO ⁽⁹⁾:

"Está bien... tener la conciencia de que el territorio no es una invención técnica, una abstracción urbanística, o un nuevo espacio de colonización para gatopardos experimentados, sino un término de confrontación para todos, sobre todos los problemas que la gente vive y sufre y quiere contar; la base para la construcción de un nuevo estado democrático y para una nueva estrategia de desarrollo económico y social".

Y A. MERINI ⁽¹⁰⁾

"... La relación con el territorio permite comenzar a considerar en concreto aquellos procesos de explotación, marginación y violencia de los cuales la Clínica ve sólo el producto final; permite por lo tanto comenzar a adquirir, con la mediación de los factores ambientales y sociales, una visión *histórica* del sufrimiento psíquico.. ." .

Aquel primer "grupo de ancianos" se constituyó como grupo "abierto": participaron, además de "pacientes", ancianos "sanos", partiendo del presupuesto de que muchos de los problemas de los unos y de los otros eran comunes: soledad, marginación y precariedad económica presentan, en efecto, aspectos que remiten a una "matriz social" común.

De aquel grupo, en colaboración con el Sindicato de Pensionistas, nació el proyecto y la puesta en marcha del primer Centro Social -autogestionado- de la ciudad, querido y creado

⁸ I. GRUMILLER: "Concezioni terapeutiche di gruppo", en "Manuale di Psicoterapia" (Recopilación de H. STROTZKA), op. cit.

⁹ E. LOPERFIDO: "Introduzione" al libro "Psichiatria nel territorio" (Compilación de A. MERINI), Feltrinelli, Milán, 1977.

¹⁰ A. MERINI (Recopilador): "Psichiatria nel territorio", op. cit.

por los ancianos mismos, es decir desde la base. Sobre tal experiencia apareció en 1981 un artículo en la revista "Qualesalute"⁽¹¹⁾.

Y vamos a la:

2. Segunda fase, la actual, con un grupo coordinado con técnica operativa.

El grupo está constituido exclusivamente por "pacientes". Se trata de diez mujeres de edades comprendidas entre los 62 y 82 años, que se habían dirigido previamente al ambulatorio a causa de una *patología depresiva, ya crónica* para la mayor parte de ellas.

Se ha privilegiado una *patología "resistente"* a los abordajes terapéuticos habituales (psicofármacos, entrevistas de apoyo, etc.). El hecho de que fuesen sólo mujeres inicialmente ha sido casual, en el sentido de que los hombres contactados, portadores de análoga grave *patología*, rechazaron una experiencia de grupo por motivos diversos; la misma propuesta, sin embargo, ha sido acogida positivamente por las mujeres. Se puede tratar de explicar esta diferencia, refiriéndola a determinados factores culturales, todavía fuertemente presentes en este grupo de edad.

Para los hombres existe toda una serie de posibilidades de socialización (el bar, el Centro Social, las actividades deportivas y de tiempo libre...) que son sin embargo "rechazadas" por las mujeres, que encuentran dificultad -a esa edad y *con esa patología*- para salir de un rol prevalentemente "doméstico". Si, en cambio, la oportunidad de socializar viene ofrecida como "terapia" y en el ambiente "protegido" del ambulatorio, la cuestión cambia para ellas en términos sustanciales.

Veremos luego como este grupo "protegido" en realidad ha sido promotor de "aperturas" también hacia el exterior para muchas de nuestras pacientes.

Pero, describámoslo un poco:

Los NOMBRES (seudónimos): Rosa, Lucía, Gianna, Adalgisa, Giulietta, Emma, Luisa, Norma, Vittorina, Ebe.

Tienen una EDAD comprendida entre los 62 años, los de Norma (la más joven, que ha preferido insertarse en el "grupo de ancianos", en vez de en uno de "edad media", que es el que le había sido propuesto como alternativa...) y los 82 de Luisa. Que el envejecimiento es un hecho muy "subjetivo", lo demuestran precisamente estas dos pacientes situadas en los extremos de la "escala": Norma, obesa, se mueve con lentitud y fatiga, parece tener muchos más años; Luisa, la de 82, muchos menos. Es una "mujercita" que derrocha vitalidad por todos los poros; se tiñe todavía el pelo, vive sola, pero está siempre muy ocupada ayudando a sus hijas casadas.

Las otras pacientes del grupo tienen: una 63, una 71, tres 73, dos 74 y una 78 años.

Por lo que se refiere al ESTADO CIVIL:

- una está soltera y vive con la hermana, también soltera
- cuatro son viudas y

¹¹ M. Marzotto, M. PANU, F. GAVIOLI: "Il gruppo anziani", en "Quale salute", Franco Angeli, ed., Milano, febrero 1981.

- cinco casadas.

Una de las cuatro viudas ha encontrado un nuevo compañero con el que convive desde hace algunos años; una vive con la hija soltera; dos viven solas.

ESCOLARIDAD: Todas han asistido únicamente a la escuela elemental (hasta la V clase o, como era anteriormente, hasta la IV).

ACTIVIDAD LABORAL PREVIA: (Actualmente, como es obvio, son pensionistas): una asistente doméstica, tres obreras, tres campesinas -antes del matrimonio, luego amas de casa-, otras dos amas de casa, una modista.

Los maridos de las pacientes casadas eran: obreros y albañiles, uno ujier, uno regentaba un restaurante.

LUGAR DE ORIGEN: Dos pacientes son toscanas, de Lucca y Pistoia; una es romana, de Sarsina. Las otras siete provienen del "cinturón" boloñés (Anzola, Calderara de Reno, Monteveglio, Monghidoro, Monzuno, Le Budrie).

Todas se trasladaron a Bolonia en su juventud, para encontrar trabajo y/ o casarse.

ACONTECIMIENTOS SIGNIFICATIVOS (COMUNES) DE SUS VIDAS: En todas está todavía muy vivo el recuerdo de la guerra, con su trágica carga de miedo, precariedad y miseria; los bombardeos, la vida del "evacuado"; las luchas civiles fratricidas; la prisión y los campos de concentración para algunos de sus maridos; pero también:

- el final de la guerra, la liberación, las inmensas esperanzas, las ganas de comenzar de nuevo...

ALGUNAS OPINIONES COMUNES: Moderadamente "feministas", consideran sin embargo que las mujeres son hoy demasiado "libres" (en detrimento de la "unidad" de la familia, de la que consideran tradicionalmente responsable a la mujer). Estiman también que los jóvenes, en general, están insatisfechos y aburridos porque tienen y quieren demasiadas cosas, frente a valores que se han ido perdiendo (como la solidaridad, la capacidad de "sacrificarse", el respeto por los ancianos, etc.). Pero hay quien los defiende "a capa y espada", contra corriente respecto a la mayoría del grupo, declarando que la vida está bien disfrutarla, mientras se pueda... para no tener nostalgia...

INSERCIÓNES SOCIALES ACTUALES: Para muchas de ellas se han dado después de acudir al grupo:

- una es asidua del Centro Social, donde colabora gratuitamente sobre todo en la cocina;

- otras dos acuden con ocasión de fiestas, conferencias, reuniones o actividades similares;

- una acude a la parroquia y participa en las diversas actividades que se organizan;

- dos están frecuentemente a disposición de las hijas para atender a los nietos y "echar una mano" en casa.

DIAGNÓSTICO PSICOPATOLÓGICO: En el momento de incluirse en el grupo de psicoterapia, las pacientes presentaban:

- "depresión mayor": un caso, actualmente en remisión;
- "caracteropatía depresiva": un caso;
- "depresión crónica": seis casos; el inicio de la sintomatología se remonta 25-35 años atrás;
- "depresión involutiva", aparecida después de los 65-70 años: dos casos.

CAUSAS IMPUTADAS AL SURGIMIENTO DE LA ENFERMEDAD:

- nacimiento del hijo: un caso;
- muerte del marido: un caso;
- muerte del hijo: un caso;
- menopausia: un caso;
- cáncer de mama y posterior muerte de la hermana: un caso;
- "estrés" laboral y cambio de casa: un caso;
- ovariectomía a los 31 años: un caso;
- envejecimiento: dos casos.

Que por parte de las pacientes se señale un "evento" específico, considerado por ellas responsable con un nexo lineal, de la "enfermedad", no nos debe hacer olvidar la noción lewiniana de "multicausalidad" o "complejidad causal" (por lo demás, como es obvio, no siempre "post hoc" es "propterhoc").

Entre los tantos posibles elementos en juego, nos preguntamos, por ejemplo, en la óptica de la teoría de los ámbitos de Bleger, qué influencia haya podido tener sobre su patología, el "desarraigo" del propio contexto cultural y familiar originario (éste último entendido como familia "extensa") común a todas las pacientes.

En este sentido, son notables los estudios sobre el *incremento* de la patología depresiva de la población que se traslada desde el campo (o desde pequeños centros) a complejos urbanos medios o grandes. Algunos autores, entre ellos P. SIVADON ⁽¹²⁾ señalan la cronificación de tales estados depresivos, su resistencia a cualquier tratamiento, en los pacientes "desarraigados", aunque sólo se trate de migraciones dentro del propio país.

Presentan profundo desinterés por el nuevo "éntourage", ansiedad, abulia, enlentecimiento ideativo y motor, frecuente cansancio, pérdida profunda del "impulso vital", pasividad, resignación y nostalgia (el llamado "autismo depresivo").

Tales manifestaciones psicopatológicas, como se ha dicho, serían más frecuentes en los individuos que provienen de ambientes rurales de bajo nivel socio-económico (y en esta categoría entran nuestras pacientes), respecto a inmigrantes de otras realidades urbanas y pertenecientes a la clase media. Se debe subrayar, por lo tanto, la importancia sobre la salud psíquica de una "sólida inserción familiar y comunitaria" (A. A. WEINBERG, 1961) y de las condiciones económicas; y, por lo que se refiere a la prevención, la necesidad de mantener contactos con el ambiente de origen.

En tres casos, el inicio de la sintomatología se ha remitido respectivamente:

- a la muerte del marido;

¹² En: P. BERNER: "Psiquiatría ecológica" - Enciclopedia Médico-Quirúrgica, Psiquiatría, vol. VI, 37880, A10

- a la muerte de la hermana;
- a la muerte del hijo.

Al tratarse de depresiones cronicadas, recordamos la problemática del duelo no elaborado, abordada por FREUD en "Duelo y melancolía", donde, como se sabe, hipotetiza la intensa ambivalencia del vínculo entre la persona y el objeto perdido, lo que viene a complicar el duelo mismo con "anormales" sentimientos de culpa, autoacusaciones y derrumbamiento de la autoestima, que no se corresponden con la tristeza "fisiológica" por la pérdida de una persona querida.

Más en general, recordamos con G. CAPLAN ⁽¹³⁾ que ciertos acontecimientos, por lo demás *comunes* en la vida de cada hombre como duelos, nacimiento de un hijo, matrimonio, etc. son portadores de intensas presiones emotivas, generadoras de *estrés*.

El individuo puede reaccionar adaptándose a la nueva situación, logrando, por consiguiente, hacerla frente, o bien, considerando tales acontecimientos como imposibles de superar, fracasa, transformando entonces vicisitudes existenciales en emergencias psiquiátricas: lo que remite al concepto de la *subjetividad* de la crisis, de la personal (y predisposicional) "vulnerabilidad" al acontecimiento precipitante.

CAPLAN distingue tres tipos de crisis, que encontramos también en la base del surgimiento de las depresiones en las pacientes de nuestro grupo, pero que -obviamente- valen para todas las edades:

- a) situacionales: en ocasión de traslados, inicio de la escuela, ingreso en hospital, etc.,
- b) interpersonales: ligadas al matrimonio, divorcio, muerte de un cónyuge o pariente;
- c) de desarrollo (o madurativas): durante las fases de la adolescencia, de la menopausia, del envejecimiento.

La vida es cambio continuo. Es -como escribe E. FOSTER- "indomable" y esto es precisamente lo que constituye su peculiar "romántica belleza".

La crisis, pues, ocurre cuando suceden en la vida del sujeto transformaciones psicosociales tan rápidas, que vienen a desbaratar puntos de referencia ya adquiridos y estables, volviendo precario lo que antes era firme, incierto y nebuloso un presente y un futuro que se consideraba arbitrariamente poder prever y planificar.

La radicalidad e ineluctabilidad del cambio moviliza la ansiedad depresiva (el miedo a la pérdida de la situación precedente): y ésta se puede enfrentar movilizando ulteriores recursos que afronten la crisis y la redefinan de otra manera, o bien con una carga patológica de tensión que deja el problema sin resolver.

"Si ello dura más de 4 ó 6 semanas -escribe G. CAPLAN ⁽¹⁴⁾- nos encontramos con el derrumbe psíquico".

¹³ G. CAPLAN: "Principles of Preventive Psychiatry", Basic Books, Nueva York, 1964.

¹⁴ G. CAPLAN op.cit

"El Jardín de los Cerezos"

En el campo literario, me parece que "El jardín de los cerezos", la obra teatral de CHEJOV, ejemplifica bien la problemática, el sufrimiento, la ansiedad de la "crisis" y del cambio que forman parte de la existencia de cada uno.

La trama es conocida: la protagonista vuelve a Rusia después de una estancia de cinco años en París -(una desesperada fuga del dolor y del doble duelo por la muerte del marido y del hijo)- debido a que la casa y el jardín de su infancia van a ser subastados...

En torno a *Liubov*, la protagonista, giran varias figuras, su "éntourage" familiar, implicadas todas en el acontecimiento.

Me parece que, entre ellos, la hija, *Ania*, que también ha hecho suyo el sufrimiento de la madre, -["cómo la entiendo: si supiese!"]- y que tiene una sabiduría que parece contrastar con sus tiernos diecisiete años, representa, con sus impulsos y su capacidad de mirar al futuro -["comienza una nueva vida"]- el "líder afectivo" del cambio, mientras *Trofimov* el eterno estudiante, el preceptor del hermanito muerto, es el "líder racional". ["... Es claro que si queremos verdaderamente comenzar una nueva vida debemos antes de todo rescatar nuestro pasado, liquidarlo para poder empezar desde el principio: pero no se puede rescatarlo más que con el sufrimiento, la fatiga: trabajando, trabajando sin respiro..."].

En el polo opuesto, "líder" trágico de la "resistencia", de la enfermedad como imposibilidad de "cambiar", de salir de la estereotipia, de un anclaje a un pasado ya sepultado, el viejo *Firs*: "... (se acerca a la puerta, gira el pomo). Cerrado. Se han ido. (Se sienta en el sofá). *No se han acordado de mí... No importa* ⁽¹⁵⁾ [la identificación con el agresor, la autoestima reducida a cero]... me siento aquí... Y Leonid Andrieic, imagínate!, no se habrá puesto el abrigo de piel! Se habrá ido con el Capote! [Hasta el final con este persecutorio sentido del deber]. (Suspira). Ha aprovechado que no estaba yo... Cabeza dura! juventud! (Refunfuña algo incomprensible). La vida ha pasado, y yo... es como si no la hubiera vivido. (Se tumba). Tumbarme aquí... No tengo ni siquiera fuerza... dónde habrá ido a parar? Se ha ido, la fuerza, se ha ido... ve ve, incapaz...".

El proceso terapéutico

Entramos así en la problemática de "estereotipia" y "cambio", nociones centrales de la Concepción Operativa.

La "enfermedad" que, según esta Concepción, no es nunca una desventura individual y privada, sino que siempre está referida a la estructura -familiar ⁽¹⁶⁾ u otra de la cual emerge, es entendida sobre todo como interacción cerrada y estereotipada entre ámbito intrasubjetivo

¹⁵ Las cursivas son mías.

¹⁶ "...La familia -escribe R. BATTEGAY- se presenta como el lugar principal de emergencia de una crisis, a que es la estructura que media las contradicciones sociales a nivel del individuo... El factor crucial resulta ser...no tanto el evento precipitante o estresante en sí mismo, sino sobre todo la gestión que la familia esté en condiciones de realizar..."

(R. BATTEGAY: "Psicoterapia di grupo y spchiatria clinica" (Giunti Barbera Universitaria, Florencia, 1967)

y extrasubjetivo, con un bloqueo de la comunicación y del aprendizaje, por la propagación de las ansiedades de base (confusional, paranoide y depresiva). La adaptación del paciente a la realidad es entonces -como escribe PICHÓN (17)- pasiva, como en las neurosis, o es -como en las psicopatías y en las psicosis- una inadaptación.

El proceso de la terapia recorrerá de nuevo hacia atrás -como afirma BAULEO (18)-el camino andado por el "proceso de enfermarse", interviniendo sobre los estereotipos que se han venido estructurando en este camino y volviendo consciente aquello que permanecía oculto, expresándose a través de los síntomas.

A ello se añade un uso "calibrado" de los psicofármacos, de tal forma que contengan la angustia dentro de unos límites que puedan permitir la comunicación (con demasiada ansiedad -dice BLEGER- no se trabaja, pero tampoco con demasiado poca, desapareciendo todo estímulo al cambio).

Por lo que se refiere a la *terapia farmacológica* de nuestras pacientes, se ha ido reduciendo progresivamente: algunas no toman ya psicofármacos; otras los toman solamente de vez en cuando, "según la necesidad".

Pero volvamos al grupo en su conjunto.

Como se sabe, para la Concepción Operativa, el "líder" del grupo es la tarea y las interpretaciones del coordinador vienen dadas respecto a la misma.

Podemos definir la terapia como tarea grupal:

- La elaboración colectiva de los conflictos, recordando que el conflicto se crea entre deseos opuestos (19), uno de los cuales permanece inconsciente y ello suscita la ambivalencia, creadora de síntomas: pero patológico lógico -como dice BLEGERW (20)- no es el conflicto, sino la falta de recursos para afrontarlo;

- La resolución de las ansiedades del grupo.

- La aceptación de la propia individualidad y la de los otros integrantes del grupo, de la cual deriva la aceptación de las "diferencias" respecto a la ilusión de la "igualdad" ("horda primitiva" de FREUD) y el tomar conciencia de sí y de los otros en un nivel real, la recuperación de un pensamiento social discriminativo.

- La adaptación activa a la realidad.

- El poder asumir mayor responsabilidad.

Tan compleja "tarea" es elaborada a través de la interpretación del coordinador y gracias a los efectos de la estructura grupal.

¹⁷ E. PICHON-RIVIERE: "Il processo gruppale", Libreria Editrice Lauretana, Loreto, 1985.

¹⁸ A. BAULEO: "Il dispositivo gruppale nella ricerca clinica", en "Note di psicologia y psichiatria sociale", Pitágora Editrice, Bolonia, 1993.

¹⁹ "Son los deseos los verdaderos motores de nuestra actividad, de nuestras emociones y de nuestros sentimientos..." (BOSE, citado por J. BLEGER en: "Simbiosi e ambiguitá", Libreria Editrice Lauretana, Loreto, 1992).

²⁰ BLEGER: "Psicoigiene e psicologia istituzionale", Libreria Editrice Lauretana, Loreto, 1989.

Por lo que se refiere específicamente a las interpretaciones, recordamos que, según PICHÓN-RIVIÉRE ⁽²¹⁾: "...la explicitación de lo implícito es la explicitación del "como si", ya que lo implícito se relaciona con el pasado. Interpretar es iluminar el carácter transferencial de los contenidos que se manifiestan como comportamientos inadecuados. Es confrontar dos tiempos: el arcaico de las fantasías y el "aquí y ahora", el presente de la situación de grupo. Esta confrontación temporal y la desocultación del "como sí" transferencial, acompañados por el señalamiento de las ansiedades operantes permiten a partir del "insight", la modificación de la coacción y el emerger de la creatividad del aprendizaje, de la lectura operativa de la realidad..."

Referente a los efectos de la estructura grupal:

"... Cada uno de los roles -escribe NINA ORSINI ⁽²²⁾- pueden interactuar en el proceso grupal, de tal manera que resulten complementarios e igualmente constructivos, ya que cada aporte individual contribuye a enriquecer la elaboración grupal. El proceso de la comunicación al interno del grupo, hace que cada uno pueda incorporar "al otro generalizado", según la expresión de MEAD, o bien que pueda introyectar y sucesivamente personalizar el rol de los otros integrantes de tal modo que rectifique la propia estereotipia."

En este sentido, el grupo funciona como espacio estructurante de la identidad, ofreciendo al individuo la "dimensión social" que está en la base del concepto de personalidad.

Al mismo tiempo, el grupo, el coordinador y -cuando hay- el observador, funcionan como "contenedor" en el sentido bioniano, esto es, como madre "suficientemente buena" y capaz de "revèrie", es decir, de recibir las identificaciones proyectivas del sujeto y de "contener" establemente las evacuaciones; en último análisis, de acoger la reedición inconsciente de las relaciones endopsíquicas arcaicas del grupo interno, marcadas por vivencias precoces de frustración, que son por tanto "reparadas".

Citando otros Autores:

"...Por medio de las diversas reacciones producidas, el sujeto será llevado a comprender mejor sus propios sentimientos, sus esquemas de comportamiento, sus propios conflictos en su naturaleza, en su diversidad e intensidad... Cada sujeto es llevado gradualmente a tomar consciencia de sus tendencias a deformar la realidad...⁽²³⁾.

Y todavía ⁽²⁴⁾.

"...En la terapia de grupo como en ninguno de los otros métodos psicoterapéuticos son liberadas cargas afectivas largo tiempo reprimidas. Que con frecuencia un enfermo tras otro descarguen en el grupo tales corrientes afectivas, es debido al hecho de que por obra de la "interacción" entre los pacientes, manifestaciones con carga afectiva notable de uno de ellos, provocan catalíticamente en otros pacientes asociaciones y sentimientos similares..."

²¹ E. PICHON-RIVIÉRE: "Il processo gruppale", op.cit.

²² En "I fondamenti della Concezione Operativa di gruppo" (compilación de Maria Marzotto), CLUEB, Bolonia, 1994.

²³ A. WOLF: "La psicanalisi in gruppo", en "Introduzione alla psicologia dei piccolo gruppi" de P. Amerio, F. Borgogno, Giappichelli ed., Turin, 1975.

²⁴ R. BATTEGAY, op.cit.

Incluso: "...sufrir juntos es sufrir la mitad".

Y, en fin, una palabra sobre el SETTING, clásicamente definido por *espacio- tiempo-roles*:

- una habitación del Servicio, sillas en círculo;
- cada quince días se efectúa un grupo, con una duración de una hora y cuarto (desde las 9,30 a las 10,45);
- un coordinador, diez integrantes.

El "contrato" establece que se trabaje desde fines de septiembre hasta fines de junio; el año siguiente está prevista la eventual entrada (y/o salida) en el grupo de nuevos integrantes.

"La estabilidad del lugar..., el ritmo regular de los encuentros y la constancia del coordinador y de los participantes (o integrantes)" -como escribe FRIGHI (25), subrayando la importancia del "setting" en *todo* proceso grupal- "tienen un valor conjunto simbólico y real. Es, desde esta estabilidad, que puede nacer contemporáneamente un *espacio mental* en el que discriminar y comprender los problemas y un *espacio afectivo* en el cual ser discriminado y comprendido... El grupo mismo deviene interlocutor...".

Es el "setting" (o encuadre) con su inmovilidad, son las reglas "invariantes" del contexto las que, paradójicamente, dan lugar a la posibilidad de "movimiento" del grupo. Es el "setting" el que permitiendo el depósito de las ansiedades más primitivas, las confusionales, y deviniendo -como afirma BLEGER (26) el depositario... de la parte indiscriminada y no resuelta de los vínculos simbióticos primitivos", hace posible aquella evolución procesual del grupo mismo que promueve las "oportunidades" de cambio terapéutico.

Así, permaneciendo en el ámbito de nuestro grupo, se ha pasado del agrupamiento o fase de "pre-tarea", con una organización de tipo sincrético primitivo y una fuerte connotación simbiótico-indiferenciada, a grupo propiamente dicho; como dicen los Autores argentinos, desde la sociabilidad "sincrética" a aquella "por interacción", caracterizada por la pertinencia respecto a la tarea y por la cooperación de los integrantes.

Por lo que se refiere a los participantes del grupo, se puede hablar, en síntesis, además de la atenuación o desaparición de los síntomas, de "promoción social", "...sinónimo -como dice PICHÓN (27)- de salud o bienestar mental, elevación del nivel de aspiraciones... un sentimiento de libertad interior con una disminución de la incertidumbre, de la dependencia y de la sumisión producida por la inseguridad...".

²⁵ L. FRIGHI: "Manuale di igiene mentale" Bulzoni ed., Roma, 1984.

²⁶ BLEGER: "Simbiosi e ambiguità", op.cit.

²⁷ PICHÓN-RIVIERE: "Il processo gruppale" , op.cit.

Bibliografía

- BATTEGAY, R.: "Psicoterapia di gruppo e psichiatria clinica", Giunti-Barbera Universitaria, Firenze, 1967.
- BAULEO, A.: "Note di psicologia e psichiatria sociale", Pitágora Editrice, Bologna, 1993.
- BERNER, P.: "Psichiatria ecologica" *Encyclopedie Médico-Chirurgjcale-Psichiatria*, vol.VI, 37880 A10.
- BLEGER, J.: "Psicoigiene e psicologia istituzionale", Libreria Editrice Lauretana, Loreto, 1989.
- BLEGER, J.: "Simbiosi e ambiguità", Libreria Editrice Lauretana, Loreto, 1992.
- CAPLAN, G.: "Principles of Preventive Psychiatry", Basic Books, New York, 1964.
- CHEJOV, A.: "Il giardino dei ciliegi", Einaudi, Torino, 1966.
- FREUD, S.: "Lutto e malinconia" in Opere, vol. 8, Boringhieri, Torino, 1968.
- FRIGHI, L.: "Manuale di igiene mentale". Bulzoni ed., Roma, 1984.
- GRUMILLER, I.: "Concezioni terapeutiche di gruppo", in *Manuale di Psicoterapia* (a cura di H.STROTZKA).
- "LEWIN - Antologia di scritti", a cura di Giuseppe Galli, Il Mulino, Bologna, 1977.
- LOPERFIDO, E.: "Introduzione" al libro "Psichiata nel territorio" (a cura di A.MERIN D, Feltrinelli, Milano, 1977.
- MARZOTTO, M. (a cura di): "I fondamenti della Concezione Operativa di gruppo", CLUEB, Bologna, 1994.
- MARZOTTO, M., PANU. M., GAVIOLI, F.: "Il gruppo Anziani" in *Quale salute*, Franco Angeli, ed., Milano, febbraio 1981.
- MARZOTTO, M., Pismataro, C.P.: "Il gruppo dei giovani", Boletín nº6, "Centro Internacional de Investigación en Psicología social y grupal" Venezia, giugno 1985.
- MERINI, A.: "Psichiatria nel territorio", (a cura di), Feltrinelli, Milano, 1977.
- PICHON RIVIERE, E.: "Il processo gruppale". Libreria Editrice Lauretana, Loreto, 1985.
- STROTZKA, H.: "Manuale di psicoterapia", Città Nuova, ed., Roma, 1987.
- WOLF, A.: "La psicanalisi in gruppo", in: *Introduzione alla psicologia dei piccoli gruppi*, di P. Amerio, F. Borgogno, Giappichelli ed., Torino, 1975.