



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 25 – Invierno 2021

La sustitución de un conductor en Psicoterapia de Grupo: mi experiencia personal

Belén Rodríguez López¹

Resumen

La sustitución de un conductor en Psicoterapia de Grupo desencadena movimientos grupales característicos dentro del proceso de duelo. A lo largo de mi trabajo reflexiono sobre la respuesta que se produce en los miembros del grupo, en la relación entre coterapeutas y en la estructura grupal ante este cambio. Basado en mi propia experiencia personal como conductora sustituta en distintos grupos de psicoterapia de pacientes diagnosticados con un Trastorno Mental Grave.

Palabras clave:

Cambio de terapeuta. Sustituciones de psicoterapeuta. Proceso psicoterapéutico. Psicoterapia de grupo. Duelo.

Abstract

The replacement of the group psychotherapist leader triggers group dynamics characteristic of the mourning process. Throughout my study, I think over the reaction produced in the members of the group, the relationship among co-therapists and the group structure while facing this change. Based on my own personal experience replacing the group psychotherapist leader, in diverse groups of psychotherapy of patients diagnosed with Severe Mental Disorder.

¹ Belén Rodríguez es psiquiatra. Hospital de Día de Psiquiatría, Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid

Keywords:

Therapist replacement. Substitutions of psychotherapist. Psychotherapeutic process. Group psychotherapy. Mourning.

Introducción

Según el estudio de la Situación Laboral de los Médicos en España fundamentado en más de 13.000 entrevistas realizadas por la Organización Médica Colegial en 2017 (1), el 58% de los profesionales médicos activos laboralmente reconocían no tener una plaza en propiedad. El 35% de los contratos realizados en el sistema público tenían una duración inferior a seis meses, y de ellos, el 25% menor a tres meses. Esto nos habla de una inestabilidad laboral que acaba incidiendo en la relación asistencial.

¿Cuál es la reacción del paciente a dichos cambios?, ¿existen reacciones grupales ante una sustitución? Al revisar la bibliografía, en la mayoría de los artículos publicados, la influencia del cambio de conductor en terapia grupal ha sido estudiada desde la vivencia del duelo por la pérdida del conductor o por la finalización de la terapia. Pero no de forma específica sobre lo que ocurre después y las dificultades que puede encontrar la persona sustituta que ocupa este lugar.

Si valoramos que en la fase inicial de un grupo se construye su identidad, para ello es necesario que aparezca entre sus participantes un sentimiento compartido. Estas primeras cogniciones y emociones grupales se logran fundamentalmente mediante la identificación compartida con un terapeuta que es considerado, de forma general por los participantes, como omnisciente y omnipotente. Como señala Sunyer (2), «Freud, en su trabajo de 1921, nos recuerda que el grupo se constituye como tal gracias a que sus miembros se identifican con el líder y se cohesionan a través de él».

En este contexto, un cambio en la estructura grupal como supone la incorporación de un nuevo miembro no es fácil. Mucho menos si además ocupa una posición de liderazgo. La reacción esperable es que los miembros del grupo se cuestionen si la relación que mantenían con el grupo sigue siendo segura y fiable. Y en este proceso, los mecanismos defensivos pasan a un primer plano.

Mi objetivo es la reflexión teórica sobre el papel de un conductor novel que se introduce en un grupo ya iniciado, para reemplazar la figura de un conductor previo. Describiré algunos de los procesos grupales que se pueden dar, para posteriormente hacer

una reflexión personal sobre las medidas que pueden adoptarse para prevenir un duelo complicado, y así favorecer la continuidad del proceso terapéutico.

¿Qué conforma un grupo desde una perspectiva grupoanalítica?

En palabras de Foulkes: «Allá donde los humanos se reúnen, incluso si son únicamente dos y se encuentran sólo durante un breve período, siempre reaccionan entre sí» (3). Cuando observamos las relaciones que tienen lugar en una sesión grupal entre los distintos miembros, incluidos los conductores, se deduce que el significado de esa relación está influido por el contexto y por la totalidad del grupo. Es decir, el grupo determina o influye de alguna forma en el significado de las interrelaciones que están teniendo lugar dentro del mismo. Como si las mentes individuales se fundieran al mismo tiempo en una mente unificada.

En un grupo ya formado se ha desarrollado una estructura relacional y una cultura propias. Se ha consolidado un lenguaje compartido y un conjunto de reglas no escritas que marcan lo que es tolerado o no por el grupo. Por ejemplo, pensemos que una persona tuvo una vivencia traumática en la infancia que revive cada vez que alguien nombra la palabra “bicicleta”. Un nuevo miembro recién incorporado al grupo que desconozca esta información puede utilizar con normalidad esta palabra en su discurso, encontrando una respuesta de rechazo o de alerta a nivel grupal que le resulte incomprensible. Hay toda una historia previa que desconoce, por la que los miembros más antiguos recuerdan que la palabra “bicicleta” no es bien tolerada en este grupo.

Estamos hablando de la matriz grupal: «La red de todos los procesos mentales, el medio psicológico en el cual se encuentran, se comunican e interactúan» (3). Una matriz cuyos pilares son las interrelaciones, las interacciones y los modos de relación y cuyos nodos son los miembros individuales. Sabemos que la matriz grupal o red grupal de relaciones interpersonales es el centro de toda la teoría de la comunicación. ¿Qué se entiende por ello?

Si aceptamos la propuesta de Foulkes, consideraremos que los síntomas de enfermedad mental provienen de bloqueos en los sistemas de comunicación entre cada individuo y los demás, que terminan por causar bloqueos a nivel intrapsíquico. La psicopatología se entendería pues como la expresión de una lucha entre la necesidad del paciente de hacer consciente el conflicto, afrontarlo y que sea conocido por otros, y su necesidad de mantenerlo en secreto, debido al sufrimiento que le provoca y a las dificultades para el cambio. Por este motivo es parte esencial del proceso terapéutico ayudar al paciente a verbalizar y comunicar estos bloqueos, es decir a hacerlos conscientes.

Específicamente este trabajo se centra en el fenómeno del duelo, en la pérdida de un conductor y su reemplazo por una figura sustituta. Para Freud (4), el duelo es la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que cumpla esta función, como la patria, la libertad, etc. El examen de la realidad muestra que el objeto amado ya no existe, sin embargo, la persona en duelo no abandona de buen grado esta posición libidinal. La existencia del objeto perdido continua en lo psíquico y se necesita tiempo para liberar su libido, aun cuando un posible sustituto ya asoma. Pero este fenómeno que Freud describía en la psicoterapia individual, ¿cómo podemos verlo reflejado en una psicoterapia grupal?

Experiencia personal en la sustitución de un conductor en Psicoterapia de Grupo.

Como método, se recogió información postgrupo de varias sesiones grupales de pacientes con un Trastorno Mental Grave, mediante la ayuda del coterapeuta con el que compartía la conducción del grupo y/u observadores. Los datos recogidos permiten hacer una aproximación a los movimientos grupales que se produjeron tras mi incorporación como conductora sustituta. Para guardar la confidencialidad no se menciona la localización exacta del centro, ni los nombres de los participantes que se nombrarán con letras mayúsculas al azar.

A continuación, se expone un resumen de la primera sesión de un grupo de psicoterapia de pacientes con Trastorno Mental Grave tras realizar la sustitución de una de las conductoras. Es un grupo cerrado de largo recorrido, formado por 6 pacientes de edades comprendidas entre 27 y 54 años que asisten regularmente. "X" es la única mujer del grupo. Se lleva a cabo en un Centro de Salud Mental de la Comunidad de Castilla-La Mancha. Cada sesión tiene una duración de 1h y 30 min. El grupo era conducido por una psiquiatra y una psicóloga clínica del equipo asistencial del centro. La ausencia de al menos un año por causa médica de una de las conductoras había sido anunciada con un mes de antelación.

Ejemplo clínico 1:

Conductora A inicia el grupo presentando a Conductora C, recuerda que va a estar sustituyendo a Conductora B durante unos meses como ya se había anunciado. A continuación, informa al grupo de que S, estaba a primera hora de la mañana en el centro. Ha podido saludarle, pero se ha marchado antes de que la sesión comenzara. "Le está costando organizarse y recuperar los horarios".

A señala que ya conoce a la conductora C de una entrevista individual previa.

Conductora C asiente y confirma que se vieron la semana pasada.

Jv el más joven de los miembros del grupo, explica que también él ha tenido una entrevista en consulta con conductora C. Le pregunta si ha podido consultar ya su analítica y si va a cambiarle el tratamiento.

Conductora A le interrumpe para recordar que el tratamiento es un aspecto a abordar en consulta.

J habla de lo mal que ha estado en los anteriores grupos. Reconoce que se sentía demasiado eufórico, incluso pensaba que era Dios. En estas semanas, cuando veía la televisión no podía dejar de pensar que hablaban de él, cuando iba por la calle que los coches le seguían porque era una persona famosa... “Es como si todo a mi alrededor estuviera relacionado conmigo”.

X responde que a veces es difícil diferenciar entre lo que ocurre de verdad o no, que es frecuente hacerse preguntas como ¿me vigilan?

A bromea “¿pero la vieja del visillo existe?”. Después, en un tono más serio explica que él pidió consejo a un sacerdote en el que confiaba, para que le ayudara a diferenciar lo real de lo que no lo era.

Jv interviene, se describe apático y abatido. Se pasa horas pensando en su propio autoconocimiento, buscando algo que llegue a motivarle, en un bucle de ideas sin llegar nunca a una conclusión ni ponerlas en práctica.

A le propone actividades que podría hacer, jugar una partida de ajedrez, ver un partido de fútbol... Después refuerza lo que el grupo aporta a todos, y que venir aquí ya es una actividad.

(Silencio prolongado)

X recuerda el suicidio de un chico de 39 años, un conocido de sus padres del pueblo al que iban a desahuciar.

A responde que él presentó cuatro intentos autolíticos y que actualmente se encuentra aquí, recuperado.

J plantea de forma extensa y con un entusiasmo excesivo aumentar el número de grupos de autoayuda, como forma de apoyar a las personas que están teniendo estos pensamientos.

X responde que no es igual un grupo que un psiquiatra o un psicólogo, que sirve, pero que alguien tiene que guiarte.

Finaliza la sesión sin que L intervenga.

En el postgrupo que realizamos después de esta sesión se destacaron los mecanismos defensivos de los distintos miembros del grupo ante el cambio de estructura. La presencia de S en el centro y su “huida” a escasos minutos del inicio de la sesión. El empeoramiento de la sintomatología maniforme de J. La actitud complaciente y proactiva de A, aunque suponga en muchas ocasiones quedarse aislado del resto del grupo. El silencio de L. La agresividad más directa de X, al recordar la posibilidad del suicidio a escasos minutos de finalizar la sesión.

Respecto a la conducción, la conductora A expresó su sorpresa ante el grado de ansiedad y relativo caos que había apreciado en los contenidos que iban apareciendo en el grupo. Reconoció su escasa participación y el haber adoptado una posición tal vez demasiado pasiva, debido a su confianza en un grupo de tan largo recorrido. Por otro lado, yo expresé mi desconcierto por la forma directa en que se habían dirigido a mí para realizar preguntas sobre el tratamiento. Me sentí incómoda porque el resto del grupo pensara que había establecido una relación previa con estos dos pacientes, ya que sólo los había atendido en una ocasión y apenas recordaba sus nombres.

En el segundo ejemplo se expone la primera sesión de un grupo multifamiliar que corresponde a mi incorporación como nuevo miembro a la conducción (conductora D) de forma abrupta y por un tiempo indeterminado. Se trata de un grupo abierto que se lleva a cabo en un Centro de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, de forma quincenal, donde el número de participantes es variable. Acuden pacientes con enfermedad mental grave junto a familiares: padres, hermanos o parientes cercanos. El grupo está conducido por tres terapeutas de forma habitual, que pueden ausentarse puntualmente por motivos de descanso de guardia, vacaciones, etc.

Ejemplo clínico 2:

Conductor A da la bienvenida al grupo después de casi cuatro meses de verano.

Conductora B explica la ausencia inesperada de conductora C, que estará de baja por motivos médicos durante unos meses. Me presenta como su sustituta.

C (madre): N, su hija, ha comenzado a trabajar: “A ver cuánto le dura...”

M (madre): Su hijo JL también lleva todo el verano trabajando, ahora está pasando una época de mayor estrés porque le han cambiado de puesto y es algo totalmente diferente a lo que él realizaba... En este puesto llega frustrado a casa, al no poder llevar el mismo ritmo que sus compañeros.

R (padre): “En esta sociedad todo funciona así, o estudias y coges el tren... o lo pierdes para siempre”.

Conductora B: “También podemos pensar que el tren vuelve a pasar muchas veces, o que nuestro hijo puede ir en un vagón y nosotros en otro”.

A (paciente), explica en tono desanimado que su hijo va a repetir curso, le preocupa cómo le irá, si podrá adaptarse. Además, está teniendo problemas con su mujer...Se encuentra enferma de nuevo y pasa todo el día acostada en la cama. Sospecha que pueda estar tomando demasiada medicación.

Conductora B refuerza a A que haya venido y pueda estar compartiendo su preocupación en el grupo.

JR (paciente) últimamente también se nota más agobiado, lo relaciona con la posibilidad de iniciar unas clases de inglés. A la vez, está buscando trabajo por primera vez y teme las entrevistas.

Varios miembros del grupo le devuelven que es lógico que se sienta así, ya que una entrevista de trabajo es una situación bastante estresante.

Conductora B se muestra de acuerdo y añade que es una situación desagradable, ya que te están observando y evaluando.

C (paciente) se identifica con JR, está matriculada en la UNED pero no ha sido capaz de presentarse a los exámenes por miedo a suspender.

P (paciente) recuerda con humor que una vez tuvo que retrasar una entrevista de trabajo porque se quedaba dormido...

(A sale de la sala a atender una llamada)

JR (paciente) expone una anécdota que le sucedió en clase, una compañera hizo bromas sobre el excesivo sueño de JR. En ese momento, se le cayó al suelo un frasco de medicación. Esta compañera salió en ese instante llorando de clase al darse cuenta que había cometido un gran error.

(Vuelve A)

Conductor A recuerda la norma de mantener los teléfonos apagados.

A (paciente) responde que debe estar pendiente del móvil. Era una llamada de su mujer e insiste en que la ha atendido porque está preocupado por ella. Después se queja de que él mismo sigue con problemas de memoria y una excesiva somnolencia. Esta misma mañana se ha quedado dormido, a duras penas ha conseguido acudir al grupo.

Conductora B comenta: “Dado los problemas en casa, es normal que estés algo más despistado”.

Conductor A le pregunta a P qué le gustaría hacer ahora.

P (paciente) se muestra dubitativo, pero finalmente se atreve a decir que escribir un libro.

Conductora B le recuerda que ya ha escrito otro anteriormente, e incluso se lo llegaron a publicar.

P(paciente) habla sobre el proceso de escribir, que requiere organización y memoria. Él suele escribir primero relatos, según las ideas que vayan apareciendo, sin que guarden en principio relación entre ellas... Después el trabajo se basa en releer, volver a pensar lo escrito varias veces. Hasta que va construyendo un hilo entre los capítulos que da sentido a la historia.

Podemos pensar que las dudas que expresan varios miembros del grupo sobre su capacidad para realizar una actividad laboral, estarían reflejando un cuestionamiento común sobre la propia competencia actual del grupo. Algunos llegan a nombrar el miedo a ser entrevistados o evaluados. Destaca también la referencia al sueño y los recuerdos a épocas donde se sentían adormilados o sedados. Planteamos que el grupo encuentra en quedarse dormido una posible respuesta para evadir una “entrevista” o tensión grupal. También es llamativa la salida de A para atender una llamada casi a final de la sesión, pese a las normas establecidas. La descripción de su situación familiar, su mujer enferma y ausente del grupo, su hijo que ha repetido curso y tiene que volver a un principio... recuerda a los cambios actuales que se han producido en la estructura grupal. La intervención final de P expresando las dificultades para escribir un nuevo libro, hacen pensar en lo cansado que puede resultar volver a presentarse e iniciar de nuevo una tarea compleja como es “escribir una historia”.

No se realizó postgrupo, pues debido a la presión asistencial no se había respetado este espacio en las agendas de los profesionales.

El tercer ejemplo clínico resume los movimientos relacionales que tuvieron lugar en

un grupo de psicoterapia en un Hospital de Día de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. La ausencia de una de las conductoras fue anunciada con tres meses de antelación y abordada en distintas sesiones de grupo de forma expresa por los propios conductores. Trascurrieron dos semanas desde su marcha hasta mi incorporación como conductora sustituta (D) al grupo. El período de sustitución se estimaba en al menos un año. Se trata de un grupo semiabierto de 21 pacientes, de edad, diagnóstico y sexo heterogéneo. Se realiza con una frecuencia de dos sesiones semanales, con una duración de 1 hora y 30 min. Es conducido de forma habitual por dos terapeutas y participa como observador un profesional de enfermería o terapia ocupacional.

Ejemplo clínico 3:

Conductor A anima a los miembros del grupo a presentarse. Se produce una ronda de nombres, de forma espontánea suman a su presentación el tiempo de tratamiento que llevan en el centro. Posteriormente conductor A presenta a conductora C, hace un breve resumen sobre su formación y experiencia en grupos.

Habla E que está sentado junto a conductora C. “No pensaba hablar hoy porque me encuentro triste, vacío, me da miedo hacer cualquier cosa y es como si necesitara ayuda para todo...”.

Conductor A pregunta si su estado de ánimo actual podría estar relacionado con sus dudas sobre la posibilidad de conocer a su padre.

E responde que es algo que nunca ha necesitado. Conoce quién es su padre, pero nunca lo ha visto en persona ni ha mantenido contacto con él. Ha pensado que la figura de un padre podría haber ayudado a su madre económicamente y así no haber tenido que trabajar tanto. Recuerda que Conductora B fue la primera persona que insinuó que pudiera existir en él un deseo por conocerle.

Conductor A “¿Estás triste por la marcha de conductora B?”

E responde que sí. “Al menos conductora C parece escuchar”.

S refiere que ha conectado con la historia de E. No mantiene contacto con su madre desde que tenía cinco años. Su madre decidió que viviera con sus tíos y no volver a verle. Buscar a su madre y encontrarla le ayudó a estar más tranquilo, aunque el reencuentro no fue como él esperaba y actualmente vuelven a no tener contacto. “Ella al verme no paraba de decir lo guapo que era a sus amigas, sólo le importaba lo superficial... Lo demás le daba igual, no me preguntaba nada más. Cómo estaba, dónde vivía...”. Recuerda de forma positiva el abrazo que recibió de sus hermanos y que le contaran que siempre habían oído hablar de él.

F plantea que hay que aceptar a los padres, porque por muy mal que lo hagan uno siempre continúa queriéndoles. “Y ya sabéis todos cómo es mi madre, que lo critica todo y parece una niña...”.

JC comenta sonriendo que una vez fue a tomar un café con F y su madre. Se sorprendió pensando en cómo se parecían, en que ambos parecían dos niños peleándose. Después le señala a F que él tampoco se ocupa de sus hijos, que suele delegar su cuidado a su pareja.

F asiente, no le gusta admitirlo, pero reconoce que JC tiene razón. Habla de su relación con su hijo pequeño describiéndolo como un niño hiperactivo, muy inquieto, que él evita porque le pone demasiado nervioso.

A lo largo de la sesión los miembros interaccionan con facilidad, siendo necesario un menor número de intervenciones por parte del conductor. Se puede interpretar de los datos que van sumando a su presentación, un deseo de darse a conocer y una confianza en que el grupo continuará funcionando. Otro dato que nos hace pensar en la existencia de esta confianza en el grupo, es que por primera vez en los ejemplos expuestos un miembro del grupo es capaz de nombrar la figura del conductor ausente. También llama la atención el tema central sobre el que gira la sesión, la ausencia o decepción con figuras parentales que es justo el emergente grupal, llegándose a reconocer emociones como la tristeza y el enfado en relación a ellas.

Como en los ejemplos previos, mi papel como conductora sustituta fue pasivo debido a mi inexperiencia, la conducción queda asumida casi exclusivamente por el conductor más antiguo. A nivel de la relación entre los coterapeutas, destaca que el conductor A anime a presentarse a los miembros del grupo de forma previa a presentarme como su nueva compañera.

Discusión

La exposición de estos tres ejemplos clínicos, nos hace pensar que el cambio de conductor genera un momento de crisis en el grupo. Como señala Nitsun (5), las interrupciones como la inclusión de un nuevo miembro, un abandono, una discusión intensa... tienen inevitablemente un efecto en el grupo, produciéndose reacciones antigrupales en todos los miembros incluidos los conductores. El término antigrupo abarca el conglomerado de actitudes e impulsos destructivos, conscientes e inconscientes que amenazan la integridad del grupo y su desarrollo terapéutico. Aparece un modo de pensamiento más primitivo con tendencia a la identificación proyectiva, la negación y la omnipotencia, con la consecuente reactivación sintomática y regresión en el trabajo grupal, donde se vuelve a un estado de mayor dependencia y una intensa emocionalidad. A menudo esta es una forma de negar el valor que tiene el grupo y de esta manera evitar los

sentimientos dolorosos.

Esto puede ser debido al recuerdo inconsciente de experiencias de pérdida que todos hayamos podido tener en los sucesivos grupos que hemos encontrado en nuestra vida:

“Al inicio de la fase de terminación (...) los pacientes reaccionan paradójicamente con una reactivación sintomática, un recrudescimiento de su psicopatología y una regresión. Sabemos que esta regresión tiene un sentido defensivo frente a todas las ansiedades de separación y pérdida reactivadas en este momento” (6).

Haciendo un análisis más particular de estas respuestas, según Rodríguez Pereira C. (7), algunos pacientes pueden culparse por la ausencia del terapeuta y proyectar esta culpa no elaborada a través de comentarios agresivos o amenazas de abandono. También pueden temer inconscientemente que la ausencia del terapeuta sea un rechazo personal a los propios defectos que el paciente cree tener, “mereciéndose ser rechazado”. Ejemplos de estas reacciones, son las dudas de ser válido para un trabajo que surgen en la discusión grupal del segundo ejemplo.

En mi opinión, la pregunta común que solía aparecer en la mente de los distintos participantes es si el grupo seguía siendo un lugar seguro. En ninguna ocasión se llegó a plantear en voz alta esta pregunta, pero podríamos pensar que está presente de forma latente, por ejemplo, en el silencio mantenido de L en la primera sesión grupal. Esta ausencia de comunicación consciente, según la teoría desarrollada por Foulkes (3), nos estaría hablando de un conflicto intrapsíquico no resuelto. Así, este autor define el proceso terapéutico que se desarrolla en un grupo de la siguiente forma: “Una vez que un problema es consciente y se ha comunicado, y compartido, podemos conseguir la ayuda y la experiencia de otros para solucionarlo”.

En el primer grupo la ausencia de interacción entre los distintos miembros con intervenciones a través de monólogos individuales, transmiten una sensación de aislamiento y soledad. Da la impresión de haberse perdido el factor de pertenencia, de identidad grupal y de esta forma no tener relevancia el seguir estando o no en un grupo. Por todo ello, podríamos valorar una reacción ante el cambio más regresiva, con mayor riesgo de abandono y de disolución final del grupo.

La siguiente pregunta que me planteo es si la vivencia respecto al cambio de terapeuta es diferente en terapia grupal e individual. Según Ayerra (8), en el modelo individual es el terapeuta el único referente para el paciente, la única expectativa de orientación, de él se esperan todas las respuestas. El dinamismo en esta relación o el intercambio de rol no es un objetivo terapéutico en sí. En el modelo grupal, además de la

conducción hay otros miembros enriqueciendo los diversos procesos con sus aportaciones y disminuyendo por tanto la capacidad de yatrogenización. Considera al grupo como un contexto triangular que rescata tanto a los pacientes, como a los terapeutas, de las relaciones duales más primitivas.

Reforzando esta idea, Foulkes (3) ya planteó que el auténtico trabajo grupal se da cuando los miembros del grupo abandonan una posición de dependencia con respecto al líder. Se dirigen unos a otros de forma directa, poniendo énfasis en el aprendizaje interpersonal como mecanismo primordial de cambio. Es decir, los roles que desempeña cada participante en el grupo deben tornarse flexibles e intercambiables en el tiempo como parte del avance en el proceso terapéutico.

Ahora bien, ¿cómo se desarrolla un proceso de duelo a nivel grupal? Precisamente en estos momentos actuales de crisis sanitaria debido a la pandemia COVID-19, se ha puesto de relevancia la importancia de poder despedirse de la persona amada en compañía. La presencia del grupo en estos momentos de despedida proporciona una mayor capacidad de contención que la que presenta un individuo en solitario. Si tenemos en cuenta la diversidad entre las personas reunidas, hay una mayor probabilidad de que un miembro verbalice las emociones experimentadas, las expectativas perdidas... traduciendo el pensamiento grupal y haciéndolo consciente.

Según Foulkes (3), “la gran ventaja del grupoanálisis se hace patente en este punto. Ocupa un lugar a medio camino entre el mundo autista e irreal de la situación psicoterapéutica individual y las situaciones sociales plenamente reales de la vida en el exterior de la clínica. La transición es por tanto más suave y el reajuste que exige la realidad más fácil de llevar a cabo”.

Además, la adaptación y superación del duelo en un grupo abierto o semiabierto como ocurre en el tercer grupo, donde los procesos de despedida y bienvenida se producen de forma periódica, mejora la capacidad de afrontamiento a estos cambios. Ya disponen de experiencias previas, a las que han podido adaptarse con éxito.

También en la capacidad de adaptación al cambio influyen de forma determinante las circunstancias en que se produce la pérdida de la figura significativa. Considero que en el último ejemplo la situación de duelo parece mejor elaborada y aceptada por el grupo. En esta diferencia según mi experiencia, fue decisivo el trabajo grupal previo a la separación del terapeuta. La despedida fue abordada con tres meses de antelación, insistiendo los conductores de forma repetida en abordar y hablar sobre la pérdida de la conductora, así como en el cambio que iba a producirse en la estructura grupal. El grupo, aunque conectara inicialmente con sentimientos de rabia o preocupación por un trabajo no terminado, pudo

en un segundo momento pasar a una posición más depresiva y posteriormente a la aceptación. Reconstruyó su identidad como grupo y restableció la confianza en su funcionamiento independientemente de los miembros que lo constituían.

¿Y respecto al coterapeuta?, ¿se habla de su propio duelo? En mi experiencia fue un tema que se obvió aún más que el duelo del resto de los miembros del grupo. Es muy probable que existieran sentimientos de tristeza, un enfado oculto por tener que seguir en el grupo en solitario, una probable desconfianza no expresada pero presente hacia el nuevo terapeuta, etc. Si analizamos la respuesta de los coterapeutas en los distintos ejemplos, todos llevan el peso de una sesión de transición complicada y tensa. Podríamos destacar algunos mecanismos defensivos ante la pérdida que también se pueden observar en los conductores. En el primer ejemplo la tendencia reconocida de la conductora A a mantener una actitud demasiado pasiva. En el segundo ejemplo la insistencia de la conductora B por “salvar” o cuidar al grupo. En el último ejemplo, la dificultad del conductor A para asumir la responsabilidad de dirigir el grupo y volver a formar una pareja de coterapeutas, al pedir al grupo que se presente, en vez de tomar la palabra y presentar al inicio a su compañera.

Guillem y Lorèn en su libro *“Del diván al círculo”* (6), describen los fenómenos que pueden estar teniendo lugar en una relación de coterapia recién establecida:

«Al ser exclusivamente uno de los terapeutas el que selecciona los pacientes (terapeuta A) se convierte automáticamente en el líder sobre el que éstos establecen una pretransferencia, a la vez de carácter idealizante.

El conductor A acepta el papel funcional que le asignan sus pacientes, es el “buen objeto”, la “imago parental idealizada”, pero esta aceptación es ambivalente. Si ha pedido a B formar equipo con él ha sido, en parte, por miedo a afrontar el grupo solo. B ha sido desde el principio, por lo menos en parte un objeto contrafóbico de A.

Pero el deseo perfectamente normal por otra parte del terapeuta B de trabajar en coterapia con A es también ambivalente: los sentimientos de frustración ligados al hecho de no participar en la selección de los pacientes son reprimidos, así como aquellos movilizados por la preferencia de éstos hacia A. B idealiza a A como los pacientes, al menos al principio (...). A se siente obligado a responder a la idealización de B y a la idealización de los pacientes con una liberación de su propia libido arcaica megalomaniaca, traducida en un comportamiento verbal hiperactivo».

¿Por qué esto es importante en las situaciones de sustitución? Se acaba de formar una nueva pareja de terapeutas desconocidos entre sí y donde la jerarquía entre ambos está claramente descompensada. El profesional sustituto, debido a su inexperiencia, tiende a

ocupar un lugar de dependencia y subordinación hacia el terapeuta más antiguo, que a la vez se ve sorprendido con una mayor responsabilidad y carga asistencial. Es importante poner en palabras esta contratransferencia que puede darse entre los profesionales para evitar caer en acting-outs de la conducción, tal como recomendamos a los pacientes. Comentarios que desprestigian las intervenciones del otro, silencios y falta de espontaneidad por miedo a la reacción de la otra persona, dudas sobre la forma adecuada de conducir, etc. Un manejo incorrecto de estas tensiones entre los coterapeutas puede acentuar la tensión grupal y dificultar una adecuada adaptación al cambio.

Por último, ¿cómo se siente el conductor sustituto? Desde mi experiencia, en su momento yo iniciaba las sesiones con dudas de todo, sentía un estado de ansiedad condicionado por la sensación de responsabilidad, de tener que sobrellevar el grupo sin un conocimiento previo de su historia, salvo una leve descripción más en relación a la historia individual de cada miembro que en relación a la historia grupal. Cuando las sesiones avanzaban, a esta posición de angustia y miedo, se unía la sensación frustrante de tener que transmitir que iba a tener que irme sin concluir el tratamiento y seguramente sin poder anticipar una fecha concreta de finalización de mi presencia en el grupo.

Me planteo la posibilidad de favorecer este proceso. ¿Tiene sentido presentar a una persona desconocida como conductor/a? Recuerdo mis distintas presentaciones en los diferentes grupos de psicoterapia, se resaltaba mi trayectoria profesional, mi experiencia en grupos, en ocasiones de forma exagerada haciéndome sentir incómoda. Pese a que fuera relativamente cierto, la verdad es que no tenía ninguna experiencia en este grupo en el que me encontraba ahora. De hecho, resaltaría explícitamente mi rol de observadora en estas primeras sesiones, pienso además que si un conductor sustituto tuviera un papel demasiado activo desde el inicio podría provocar una fuerte reacción de hostilidad en el grupo.

Me imagino una posible presentación: “Ya sabéis que C va a estar ausente durante unos meses, D ha sido contratada para sustituirla durante este período. Hemos pensado que sería buena idea que se incorporara al grupo, sin embargo, al inicio tal vez tengamos que ayudarla entre todos. Pues aunque D tiene experiencia en la conducción de otros grupos, no ha estado nunca en éste y va a tener que ponerse al día sobre cómo funcionan las cosas aquí, quiénes sois y las relaciones que existen ya entre vosotros”.

Conclusiones

No todo sustituto de un conductor debe incorporarse al grupo, considero que sería una decisión a tomar por ambos terapeutas. El nuevo conductor tiene que reunir rasgos específicos de personalidad, tales como motivación, intuición, tolerancia a la frustración, capacidad de escucha, confianza en sí mismo y objetividad. Creo además que lo fundamental

es haber tenido una experiencia analítica personal en grupo. Consideraría además el tiempo estimado de la sustitución.

¿Sería mejor opción que el grupo continuara sin la sustitución de una de las figuras de la conducción? Si por decisión conjunta se opta por incluir al conductor sustituto, los cambios bien abordados en un grupo pueden ser una oportunidad para que el grupo crezca, madure y sea capaz de aprender nuevos mecanismos de adaptación que puedan luego ser aplicados en la vida cotidiana de sus miembros.

A la hora de manejar las tensiones que pueden darse a nivel grupal, las interpretaciones sistemáticas de los fenómenos defensivos y de la situación emocional constituirá la mejor forma de contenerlos. Con este fin, el discurso grupal no sólo debe ser pensado en su contenido manifiesto, sino también en relación con su contenido inconsciente. Si los pacientes no nombran explícitamente las emociones y sentimientos que les genera la pérdida y el cambio de conductor, la conducción debe relacionarlo. Mi propuesta es estar alerta durante todas las sesiones posteriores al cambio sobre cualquier contenido relacionado con separaciones, pérdidas, figuras de sustitución... que podrían ser un reflejo de la situación grupal actual.

En mi experiencia, todas las situaciones de cambio terminaron por resolverse de forma satisfactoria. Después de un tiempo el grupo se reafirmó en su identidad, a la vez que se potenció su creatividad, resiliencia y comprensión. Es fundamental tener presente que no sólo podemos ayudar a solventar una situación actual de cambio, sino que logrando que esta se resuelva de forma positiva, podemos influir en la propia esencia o personalidad del paciente, reduciendo su sufrimiento y aumentando su capacidad adaptativa.

Bibliografía

- 1) Organización Médica Colegial de España. (2017). *Estudio sobre la Situación Laboral de los Médicos de España (Cuarta Oleada)*. Grupo Análisis e Investigación. Recuperado de https://www.cgcom.es/sites/default/files/informe_resultados_cuarto_muestreo_encuesta_situacion_laboral_medicos_en_espana_23_febrero_2017.pdf
- 2) Sunyer, J.M. (2008). *Psicoterapia de Grupo Grupoanalítica. La co-construcción de un conductor de grupos*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- 3) Foulkes, S.H. y Anthony, E.J. (2006). *Psicoterapia de grupo. El enfoque psicoanalítico*. Barcelona, España: Cegaop Press.
- 4) Freud, S. (1915). *Duelo y melancolía. Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- 5) Nitsun, M. (1996). *The anti-Group*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- 6) Guillem, P y Lorén, J.A. (1995). *Del Diván al Círculo. Psicoterapia Analítica de Grupo. Segunda Edición*. Valencia, España: Promolibro.
- 7) Rodríguez Pereira, C. (2011). Ruptura de la continuidad del proceso terapéutico por cambio de terapeuta. Una reflexión desde la perspectiva relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, vol. 5, pp. 457-471. Recuperado de https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V5N3_2011/05_CMarinaRP_Ruptura-continuidad-Proc-Ter_CeIR_V5N3.pdf?ver=2011-10-31-171321-960
- 8) Ayerra, J.M. (1999). La psicoterapia en la institución pública. *Boletín de Psicología*, núm. 14, pp. 23-45.