

# **Psicoterapia Psicodramática Grupal. De la Práctica a la Teoría**

## **Psychodramatic Psychotherapy Group. From Practice to Theory**

Pilar Roig Bermúdez de Castro  
Centro de Salud Mental de Villaverde - España

**Resumen.** Se presenta un proyecto de psicoterapia grupal Psicodramática, que se viene desarrollando desde el marco institucional de un centro de Salud Mental. Este proyecto, dirigido a pacientes neuróticos, estancados en tratamientos individuales, nos muestra cómo desde el contexto grupal se movilizan las fuerzas normogénicas, se configura la matriz grupal, se evidencia la potencia del psicodrama como técnica psicoterapéutica, aparecen las resistencias, la agresividad, surgen las identificaciones, las relaciones téticas y transferenciales, y se muestran los posicionamientos de conducción del equipo terapéutico. A través de viñetas clínicas, en momentos distintos del grupo, tratamos de identificar estos conceptos relacionados con la psicoterapia de grupo y el psicodrama como herramienta psicoterapéutica.

*Palabras clave:* psicodrama, psicoterapia grupal, salud mental, tele, transferencia, factores terapéuticos, identificación, proceso grupal.

**Abstract.** We describe a psychodrama group within a psychotherapy project, which is being implemented from the institutional framework of a Mental Health Center. Patients included in the therapy program are neurotic patients who did not progress in their individual therapies. In a group context, at the same time as the group matrix takes shape, the normogenig forces arise and evidence the strength of psychodrama as psychotherapeutical technique. The patient's resistant forces and aggressiveness show up, and identification, telic and transference relationships arise. The therapeutic team's strategies to drive the group are evidenced, too. It is tried, by using clinical sketches of different stages of the group, to identify the concepts related to group psychotherapy and the use of psychodrama as a therapeutic strategy.

*Keywords:* psychodrama, psychotherapy group, mental health, tele, transference, therapy factors, identification process, group process.

### **Por qué en grupo y por qué psicodrama**

Un tratamiento psicoterapéutico grupal ofrece al paciente la inclusión en un contexto en el que a través del entramado de relaciones interpersonales, del proceso evolutivo del propio grupo y de la relación con su con-

---

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la autora al e-mail: [pilarroig@correo.cop.es](mailto:pilarroig@correo.cop.es)

---

Agradecimientos: Este trabajo no habría sido posible sin las aportaciones de Remedios Sanchez Piedra como observadora de este grupo, de los residentes de psiquiatría del Hospital 12 de Octubre, sin la confianza de Miguel Moré como jefe de servicio, y la de los propios pacientes.

ductor, se hacen evidentes las proyecciones, los roles patogénicos, las identificaciones, las resistencias, la envidia, la agresividad, las conflictivas edípicas,... vinculadas a su grupo primario y que configuraron su sufrimiento patógeno. Podría decirse que “la psicoterapia grupal es una experiencia terapéutico-familiar correctiva” (Sunyer, 2008, p. 52).

El grupo posibilita la exploración de nuevos caminos, de nuevas oportunidades para resolver la conflictiva subyacente. Mediante una experiencia de rematrización, se le permite ser y sentirse aceptado como es, ser investido desde lo adaptativo, poner palabras y emociones a situaciones que quedaron aisladas y desvitalizadas, conectar el síntoma con las situaciones etiopatogénicas, encontrarse a través del encuentro con el otro. El “objetivo último y final es conseguir que la persona alcance un punto de desarrollo en el que su individualización sea compatible con su agrupación” (Sunyer, 2008, p. 55). “Sólo desde la vinculación y la relación se pueden desarrollar la autonomía y la vivencia de estar en conexión con el otro, la doble hélice psicológica de la vida humana” (Pines, 1998, p.27).

El psicodrama, nos ayuda a actualizar, desde la dramatización del conflicto en el aquí y ahora, situaciones directamente vinculadas a las que colapsaron o interfirieron con un desarrollo psicógeno adaptativo y “brindar un espacio donde puedan aparecer actos nuevos, experiencias nuevas, actos nacientes en lugar de las viejas transferencias. Un lugar donde se potencie lo télico sobre lo transferencial” (Valiente, 1995, p. 39). El concepto de Tele fue definido por Moreno como “la unidad más pequeña de sentimiento y conocimiento real de otras personas y el motor principal de las elecciones recíprocas”. Dicho de otra manera, la capacidad de percibir al otro real diferenciado de mí, sintiendo lo que me provoca como algo mío y no suyo, encontrando el límite de lo que me pertenece y lo que no en la relación él. “El Tele es una comunicación recíproca, abierta y real que comprende la transferencia y la empatía y que es el factor de cohesión de los grupos” (Valiente, 1995, p. 37). Este parece un criterio de salud deseable contrapuesto al concepto de transferencia: “el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad” (Laplanche, Jean y Pontalis, 1996). Se plantean además varias diferencias entre ambos conceptos, que dialécticamente están en relación (Valiente, 1995):

La relación de objeto Tele invoca aspectos más descubiertos del paciente. Se refiere a una percepción de la realidad, es real, bidireccional y recíproca, crea relaciones tal como son, pretende instalarse en el aquí y ahora, es un fenómeno eminentemente social y un sistema objetivo de relaciones interpersonales. La relación de objeto transferencial invoca a los aspectos más enfermos, más subjetivos, es una percepción proyectiva, es fantasmal, unidireccional, crea relaciones tal como fueron, se instala en el allá y entonces, y es eminentemente individual.

Parece lógico pensar que a mayor relación télica menor transferencia, mejor capacidad para la salud y al revés, a menor relación télica, mayor transferencia y mayor monto de patología. El proceso terapéutico se desarrollaría permitiendo la secuencia de la aparición de las relaciones transferenciales, posteriormente las contra-transferenciales, la disolución de éstas y la instauración del proceso télico por ambas partes.

En relación al concepto de salud (Gordon, 1979), “la noción de cura tiene que ver con el crecimiento del yo, que depende de la integración de impulsos, afectos, y fantasías inconscientes. Sanar es un proceso al servicio de la evolución o de la personalidad en su totalidad, hacia una progresiva y creciente compleja totalidad”. “Si consideramos que la identidad está formada por un conjunto de procesos intrapsíquicos, interpersonales y transpersonales podremos pensar que la salud tendrá que ver con la cantidad de lazos que nos vinculan a los demás, lazos que nos permiten considerar al individuo no como una entidad cerrada en sí misma sino como una figuración de conocimientos, emociones, conductas, sentimientos, significados, lealtades, que quedan concentradas en un punto nodal; la salud vendrá condicionada por en el establecimiento de unos lazos cuya calidad permita progresar el crecimiento y maduración tanto personal como colectiva”. (Sunyer, 2008 p. 54).

## Nuestros objetivos

Abordar el tratamiento psicoterapéutico de pacientes neuróticos, estancados en tratamientos individuales mediante una estrategia grupal que favorezca:

- la creación de un clima que permita una experiencia de ayuda y de confianza desde lo interpersonal /grupal, (crear una matriz grupal, un continente, “una madre lo suficientemente buena” en el lenguaje Winnicottiano).
- la asociación de la expresión emocional con las repeticiones neuróticas, a través de la técnica Psicodramática.
- los procesos de individuación anclados en las interdependencias familiares, el crecimiento personal, la armonía con uno mismo y con los demás, la capacidad de simbolización, la flexibilidad de los mandatos del superyó.
- la confrontación con las defensas y las conductas evitativas, la recuperación de la espontaneidad, de la capacidad para crear una respuesta nueva, libre y adecuada a una situación. “Cuando se produce el ahogo de la espontaneidad surge la neurosis”. (Gamo, 1998).

## La selección de los pacientes

Nos planteamos como criterios de inclusión en este grupo, adultos jóvenes que llevaran tiempo en tratamiento individual, estancados en su proceso psicoterapéutico, resistentes a otros tratamientos, con una estructura de personalidad fundamentalmente neurótica, que no fueran excesivamente actuadores o manipuladores, que mostraran mecanismos repetitivos de base patológica en su vida, con suficiente capacidad de introspección, suficiente capacidad de adaptación a las normas de un grupo y con motivación para el abordaje psicoterapéutico. Se excluyeron aquellos pacientes con una clara tendencia manipulativa o actuadora, y cuadros clínicos descompensados o muy propensos a recaídas graves (Gamo, 1998).

La mayoría de los pacientes compartían el mismo psicoterapeuta que a posteriori iba a ser el conductor del grupo. Esta situación predispone una transferencia positiva hacia lo grupal y un mejor conocimiento de los pacientes.

La sintomatología de los pacientes que participan en este grupo pertenece a cuadros ansioso-depresivos (agorafobia, crisis de ansiedad inespecíficas, estados depresivos reactivos cronicados, bulimia, inestabilidad afectiva,...) y en el eje II del DSMIV a trastornos de personalidad del clúster B y C.

## Metodología de las sesiones

El equipo terapéutico está formado por un conductor del grupo o director, un observador y un yo auxiliar. El conductor del grupo o director desde la perspectiva del psicodrama, tiene las siguientes funciones: (Valiente, 1987) dirigir el grupo cuando éste se sienta perdido, interpretar haciendo conscientes los significados que aparecen en los gestos y comunicaciones una vez vencidas las resistencias, estimular, movilizar al grupo cuando este se atasque y la función creativa o imaginativa que permita simbolizar el material manifiesto consciente de un participante o de todo el grupo.

El observador recoge todo lo que ocurre en relación a la escena manifiesta o latente del grupo y se convierte en un auxiliar del yo del terapeuta, y el yo auxiliar forma parte del entramado del grupo, sería un observador desde dentro y un auxiliar del protagonista y/o del propio grupo de la escena Psicodramática.

Cada sesión está organizada en tres momentos distintos:

- el caldeamiento o “warming up”: permite la toma de conciencia de pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales en el aquí y ahora que facilitan que surja la escena Psicodramática y su/s protagonista/s.

- la dramatización: la representación del conflicto planteado por el grupo o por el protagonista en el aquí y ahora. El propio grupo tiene una función de agente terapéutico.
- Y la posterior participación y cierre, con la resonancia, el “sharing” o eco grupal. Esta fase es la denominada por Moreno “participación terapéutica del grupo”. Se trata de que los miembros del grupo compartan las experiencias o sentimientos de su biografía que han resurgido a través de la escena dramatizada. Moreno definió este encuentro entre dos o más personas de un grupo como la comprensión máxima viéndolo al otro con sus propios ojos y compartiendo con él sus luchas y sus triunfos (Ramírez, 1997, p. 114).
- Nosotros añadimos una última fase de procesamiento, para el análisis de la sesión por el equipo terapéutico. Se trataría de compartir lo que cada uno desde su posición ha entendido que ha ocurrido en el grupo.

## El Encuadre

El grupo se inicia como un grupo abierto en noviembre 09, cerrándolo en diciembre del mismo año con un total de 11 pacientes. La posibilidad de entradas quedó condicionada durante el proceso en función de los abandonos. La frecuencia es semanal y la duración de cada sesión es de hora y media. En la primera sesión planteamos la forma de trabajar, las ausencias, la confidencialidad, el calendario de trabajo. En cuanto a recursos materiales, se disponía de una sala de grupo con colchonetas y cojines, y la participación como observadores de los residentes que forman parte del programa de docencia en psicoterapia del hospital 12 de Octubre.

Se han seleccionado tres momentos del proceso grupal para ver su evolución:

Las primeras cuatro sesiones hacen alusión a la presentación del grupo, al encuadre, a la aparición de las primeras resistencias iniciales en cuanto a proceso de grupo, al concepto de transferencia y tele, al juego de proyecciones y al papel del grupo y de su conductor. La segunda es la sesión 12, donde desde un juego psicodramático podemos ver los déficits yoicos, las resistencias, las identificaciones y la identidad. El tercer momento corresponde a la sesión 20 y 21. Se presenta una situación conflictiva, donde analizamos el acting out de un miembro del grupo. Consideramos esta sesión perteneciente a un segundo nivel evolutivo del grupo.

Se han condensado las sesiones grupales y se aporta la información más relevante para comprender la viñeta clínica con el fin de preservar la identidad de los pacientes.

## La primera y segunda sesión:

De las 11 convocados llegan 7 y 2 se disculpan. Tras la presentación del equipo terapéutico (la observadora, el yo auxiliar y del conductor del grupo) se explica el encuadre del grupo y la dinámica de trabajo. Se empieza con una escueta presentación. Después de un calentamiento caminando por la sala, respirando, relajándose, tomando conciencia de cómo se sienten, se da la consigna que al son de una palmada, elijan a la persona que quieran para conocerla más, con el fin de presentarla al grupo. Establecida la interacción, sentados en las colchonetas, cada uno presenta al grupo a quien quiera. La presentación (mimetizada al primero que la inició) incluía nombre, sintomatología y tiempo de tratamiento. Surgen autorevelaciones nuevas a las hechas en la psicoterapia individual. Aparece rivalidad en la gravedad de los síntomas, y en el no saber la causa de la ansiedad o el malestar. Todos acaban hablando de sí mismos, y el que no lo hace sugiere que quizá hablando de la persona objeto de la presentación habla más de sí que de ella. “Cuando Pedro habla de Pablo, habla más de Pedro que de Pablo” (Sunyer, 2008).

Aparecen los siguientes mensajes: “todos somos igual de fuertes”, “yo después de lo que he oído pienso que lo mío es una tontería y que me quedaré aquí sólo por ver cómo mejoráis”, “no voy a volver porque he estado llorando toda la sesión y pienso que esto no me va a ayudar”,... Ante este mensaje hay una reacción de dos miembros del grupo con autorevelaciones significativas con el objetivo de disuadir a esta paciente y que se

quede. Las ideaciones de muerte anteriormente mencionadas por una de las pacientes no tienen esta reacción manifiesta. Nos hace pensar que el grupo reacciona ante “lo nuestro”, rescatando a esta paciente quizá se rescatan a ellos mismos. Se percibe una identificación masiva en el grupo, todo el grupo son uno, todos estamos enfermos pero todos somos fuertes.

Bion hace alusión a la existencia en un momento dado del grupo, de un deseo y opinión comunes, que representa un emergente global e inconsciente que debe ser “leído” y entendido por el terapeuta y que denomina supuesto básico. Desde el supuesto básico de dependencia, propio de la primera etapa de un proceso grupal, plantea la siguiente lectura de la escena latente: El conductor es el líder, que idealizado proporciona la tranquilidad de satisfacer todas las necesidades de los pacientes. Así los pacientes piensan que el beneficio de estar dentro del grupo es por el líder no por el grupo. Van a aparecer los intentos de ser los preferidos, y el temor a no serlo. Por este motivo, (Valiente, 1987), los pacientes prefieren perder su individualidad y “fundirse en una entidad común más o menos indiferenciada, pero tranquilizadora porque reparte por igual una ración de pertenencia”. Igual interpretación tendrían los silencios en esta fase.

Desde los conceptos de tele y transferencia, se ha impuesto la relación transferencial, y este va a ser un camino a lo largo del propio proceso grupal, hasta llegar a “ser” dentro del grupo, es decir hasta que las relaciones téticas ganen terreno sobre las transferenciales como objetivo de salud.

En estos mensajes empezamos a escuchar y cuestionarnos porqué la minimización de lo de uno ante el grupo, la ambivalencia de quedarse a ver como mejoran los demás como una resistencia para ver lo de uno, la proyección del sufrimiento sobre el grupo, como si este fuera el causante del malestar, la posible desconfianza ante el tratamiento ante un sentimiento de indefensión del sufrimiento...

Se plantea un segundo ejercicio donde se pregunta de qué cosas querrían deshacerse: “del dolor y malestar que me da la ansiedad”, “de mi bloqueo”, “mis malos pensamientos”, “lo que quiera que esté causando mis ataques de ansiedad- vosotros sabéis porqué os pasa, yo no...”,” la apatía”, “quisiera dejar las drogas, cuando me drogo estoy en mi mundo”...

Les pedimos que lo escriban en un papel y que jueguen a que se deshacen de esto en realidad, depositándolo en el centro de la sala, sintiendo que realmente se desprenden de ello. ¿Cómo te sentirías? “me sentiría súper feliz”, “tengo una contradicción: me gustaría dejarlo pero tengo miedo a ser de otra manera...”,”si consiguiera adelgazar sería feliz, si estuviera delgada no me comería la cabeza”, “quisiera luchar, apartar el pensamiento de no querer vivir”...

Este jugar al “como si” permite ver donde sienten ellos que está su problema, la idea de salud, el punto al que querrían llegar, las resistencias para el cambio, que aspectos de uno mismo querrían recuperar en este proceso, si los ve accesibles o no,...y dar paso no solo a su sintomatología sino también a sus recursos.

En la resonancia, el grupo valora “el poder hablar con gente igual que yo”, “sentirse comprendido”, “la soledad y la incompreensión de los demás, incluso los más cercanos”.

Los factores terapéuticos específicos de la psicoterapia de grupo (Vinogradoph y Yalom, 2010, p. 26) que nos sugiere esta sesión son; la universalidad, (poder salir del aislamiento, del sentimiento que son únicos en su sufrimiento, y que solo ellos tienen ciertos problemas o impulsos inaceptables), infundir esperanza (desde la creencia del terapeuta en la eficacia del tratamiento y en los propios pacientes), el altruismo (el salir del sí mismo para ser útil a los demás), la cohesión grupal, la socialización....

Como conductor del grupo entiendo que tengo que situarme con cada uno de los miembros del grupo y con el grupo, que entro en un proceso donde desde el síntoma tendremos que bucear, y que cada uno pueda reconocerse e identificarse con el otro, sin fundirse. “La función verbalizante del psicoterapeuta de grupo en esta primera fase iría dirigida a facilitar la inclusión de cada uno, posibilitar un espacio para todos, e ir vinculando el motivo de consulta con el problema” (Sunyer, 2008). Esta función desde el psicodrama la vamos a ir realizando desde la dramatización en el aquí y ahora.

En la segunda sesión entran cuatro personas nuevas en el grupo. Se percibe cierta euforia porque ha venido la paciente que amenazó con no venir. Después de un recordatorio del encuadre y una escueta presenta-

ción, pasamos a un pequeño caldeamiento y de nuevo a una presentación pero esta vez desde las cualidades que querrían recuperar. El objetivo es desenfocar lo sintomatológico y ayudar al grupo a crear un poco más en ellos mismos. Se observa la identificación desde las cualidades: lo que ha dicho el primero se convierte en un parámetro en el que todos se van a medir. Lo sintomatológico y los diagnósticos irrumpen el discurso. Se escucha "...por eso mismo pasé yo hace un par de años..." La misma paciente que en la primera sesión habla de su ideación autolítica empieza un discurso con autorevelaciones de una manera masiva e indiscriminada de situaciones traumáticas y pérdidas en su infancia... y agradece que este grupo pueda escuchar todo eso. El conductor del grupo intenta contener esta exposición inadecuada para protegerla. El grupo se sorprende.

Desde el calentamiento inicial del grupo, aparece un voluntario para trabajar. Es una situación de una ruptura de pareja. Se plantea la situación, el protagonista propone a alguien para representar a su pareja y alguien que le represente a él, ("doble" desde el psicodrama). En la dramatización y en la resolución participa todo el grupo de manera activa, proponiendo nuevas respuestas, clarificando el motivo de la ruptura y explorando las emociones que éstas suscitan. El grupo se identifica (de nuevo nuestra paciente coge el hilo para contar un episodio muy traumático relacionado con la pareja) se plantea el miedo ante la agresividad del otro. El paciente señala que se siente culpable por hacer daño a una persona que le ha ayudado. Se van aliviados por poder hablar de su malestar. Se percibe con mayor intensidad la euforia del grupo desde la participación activa en la dramatización y las consiguientes aportaciones e interpretaciones de la escena.

### Tercera y cuarta sesión

Acuden todos. En el calentamiento cada uno habla por otro, desde lo que le ha transmitido con la mirada; se constata lo difícil que es hablar por otro y que el otro hable por ti. Este ejercicio facilita ir viéndose en el otro desde fuera. Nuestra paciente dice sentirse identificada con todos y que necesita desahogarse. Plantea la situación de su pareja: dice que rompió con ella y empezó a tomarse un pastilla detrás de otra y le llamó para despedirse. Se plantea la escena y la representamos. Hacemos el ejercicio de las sillas, situadas enfrentadas y simbolizando cada una la vida y la muerte. Este ejercicio (Herranz, 1999) se basa en el planteamiento de Pichón Riviere que un acto suicida es un acto paranoide donde el paciente se quiere morir sin pensar que en ese acto se mata. Vamos andando despacito hasta la silla de la muerte, se acabaría el sufrimiento, los miedos, se encuentra con sus padres ambos fallecidos, se emociona. Mirando a la vida ve la soledad, no ha conservado momentos buenos, la madre murió con 9 años, y su padre era alcohólico. En la vida están sus miedos, pero también la posibilidad de querer y ser querida, hacer frente a traumas, a la soledad.... Al final del ejercicio, después del dialogo con la vida se sitúa de nuevo y está más cerca de la silla que la representa. En el grupo resuena y aparecen las pérdidas de figuras parentales de otros miembros del grupo; aparecen identificaciones: situaciones de descalificaciones de un padre (el grupo devuelve que puede decirle lo que quiera pero sin necesidad de morir), resuena con el deseo de morir asociado a situaciones de soledad o de falta de afecto.

Esta es una sesión de mucha intensidad emocional. La paciente es abrazada por todo el grupo y agradece el apoyo.

En la cuarta sesión nuestra protagonista no viene pero avisa y se justifica. La sesión ha empezado con muchas resistencias; una paciente habla por el grupo y pregunta "¿siempre va a ser así, de salir a representar? no sabemos si vamos a ser capaces". El resto del grupo confirma este temor. Se refuerza la consigna del encuadre en relación al respeto a los procesos de cada uno y a garantizar su libertad de participación.

Se propone un calentamiento en el que por parejas cada uno representa una escultura que refleje el estado emocional y pueda verlo y ser visto por el otro haciendo un espejo. Después surge el protagonista del segundo día planteando una situación de entrevista de trabajo donde al decir que estaba en tratamiento le han rechaza-

do. Se plantean diferentes opciones y participa todo el grupo: todos han salido a escena. En la relación con el entrevistador ha podido pensar. Se selecciona una respuesta y este paciente ha podido tener una experiencia correctiva. Siento que el grupo ha recuperado la confianza en sí mismo.

Queda en evidencia la resistencia en esta sesión, después de la intensidad emocional de la anterior. La ansiedad vivida en la sesión anterior es lo primero que presenta el grupo con su resistencia al encuadre. La actitud empática y de contención ha permitido poder entrar en la dinámica grupal. Se hace evidente la consigna que después de una sesión de mayor intensidad donde el grupo se ha podido sentir muy angustiado, es importante cuidar la matriz grupal, la cohesión grupal. Winnicott tomó como arquetipo de estos procesos la situación de la madre con el bebé en brazos (holding) en la que recoge la ansiedad y pregunta qué es lo que le pasa, qué siente, se emociona, fantasea con él. Bion utiliza los conceptos de continente y contenido. La madre funciona como un continente una envoltura donde el niño puede sentirse o no contenido (Guimon, 2007).

Se evidencia un tema común en este proceso de las cuatro primeras sesiones: la separación (de la pareja, de uno mismo, del grupo, algo que me separaría del grupo como aceptar un trabajo...) Esta separación también estaría actuada en las ausencias.

Los temores que surgen en las primeras sesiones de grupo (Valiente, 1987) parecen tener que ver con tres instancias: con el grupo (el temor a ponerme peor en contacto con otros enfermos, al ataque y a la crítica, a dañarlo o destruirlos, a que cuenten fuera del grupo los problemas, dificultades), con el terapeuta (temor a ofenderle, a la represalia, al castigo, al abandono, a que le consideren loco, a destruirle) y con relación a sí mismo (a que se desate su agresividad, a perder el control de su sexualidad, a volverse loco). Sugiere que una vez que salen estos temores y después de trabajar con ellos, el grupo está superando las primeras resistencias iniciales.

### Lo imaginario y lo simbólico. La identidad y las identificaciones

Lacan planteaba lo inconsciente, como algo previo al ser, que existe antes que el lenguaje, “como un reino que no es de este mundo”, lo que habría en el ser humano antes de poder expresarse con palabras, con la misma estructura del lenguaje. La naturaleza nos da los significantes. Nombrar, el lenguaje, permite separar, unir los significantes con un significado. Las palabras son el vehículo de unión entre los significantes y significados, es decir, son el camino hacia la consciencia, hacia el mundo exterior. Para Lacan el símbolo es la palabra. El proceso de simbolización y lo imaginario (por nombrar) se están construyendo y enriqueciendo continuamente a través de los mecanismos de internalización y externalización, o de introyección y proyección. El nivel imaginario es el de los contenidos, y el simbólico el de las palabras y roles. “El psicodrama permite un nuevo espacio a caballo entre el nivel imaginario y el real donde verter, comprender y re-colocar el mundo fantasmal de manera más coherente y real” (Valiente, 1995). Sería algo parecido a lo que Winnicott llamaba “espacio transicional”, un espacio a caballo entre lo exterior y lo interior, donde se recrean los símbolos y los roles con sus significantes, informando de sus deseos, de sus conflictos, y propone posibilidades de identificación y las formas nuevas de acceso a la realidad. Este sería el espacio del “como si”, donde a diferencia del acting out, se propone un acting terapéutico con un escenario, un conductor, una representación... donde encontrar respuestas nuevas y originales, en las que todos los miembros y el grupo son coagentes terapéuticos.

La identificación se refiere a los medios por los que parte de la estructura psíquica de una persona tiende a asemejarse a la de la otra a que está emocionalmente unida de modo significativo, y se va construyendo la identidad del Yo. Las identificaciones originarias se establecen en la infancia a través de los padres, y a medida que el niño crece, las identificaciones se extienden a otras personas. Con el progreso de formación de la identidad, es menor la necesidad de identificación aunque este proceso sigue toda la vida. “La identificación como un proceso con características estructurales, defensivas y cognoscitivas... la naturaleza misma del yo se define en tér-

minos de identificación. La introyección de características propias de los padres y otros tipos de figuras de autoridad ayudan a reafirmar el yo y darle sustancia.” (Kissen, 1979, p.278) Es decir lo social constituye al individuo, y en este sentido el grupo tiene un gran potencial para permitir acceder a las identificaciones a través de lo simbólico y lo imaginario, y así a la propia identidad.

El niño en su proceso de individuación se va acercando y alejando de sus figuras parentales buscando respuesta a sus necesidades, introyectando aspectos de sus progenitores y de sus relaciones con ellos. Si los progenitores no pueden dar respuesta a estas necesidades, bien por sus dificultades para la empatía o por no disponer de los recursos que favorezcan identificaciones nutricias para la identidad, ésta queda atrapada en relaciones de interdependencia. En los enfermos mentales graves la identificación se hace con aspectos parciales de los progenitores que no responden a estas necesidades básicas por su propia escasez de recursos, construyéndose un “sí mismo” engarzado a un “nosotros mismos” de una manera de la que no se puede separar y continuar con su proceso de enriquecimiento e individuación, y constituyendo una identidad funcional que ayuda a salir del paso pero paraliza todo el proceso madurativo. (López y Blajakis, 2010).

## Sesión 12

Se avisa de las ausencias. Alguien menciona que había pensado abandonar la terapia... a lo que el grupo responde “ya sé quién va a trabajar hoy” Se observan cambios en el aspecto físico de algunos de los pacientes. Ambiente lúdico en el grupo.

Este es un cambio que sugiere un movimiento hacia dentro, no hacia fuera, desintegrador. El grupo se ofrece para poder trabajar ese deseo. El deseo de abandono es propuesto para ser trabajado dentro, no es “actuado”, y es el propio grupo quien sugiere abordarlo. Se señala el deseo de abandonar el grupo, de quedarse fuera cuando uno se siente mal, de abandonarse. El grupo refuerza su presencia.

Después del calentamiento se propone el siguiente juego; tenemos un baúl lleno de disfraces (Población, 1997) y cada uno va a elegir el que quiera. Cuando ya han elegido e imaginado su disfraz, se trata de interpretarlo. Cada miembro del grupo describe su disfraz y el grupo le hace preguntas sobre él.

Aparecen diferentes disfraces: de bucanero, pirata, quiero vivir, no evadirme, lleno de aventuras, de diversión, me gustaría disfrutar de otra manera de la vida, de fiesta en fiesta como en otros momentos de mi vida... Otro paciente elige ser payaso: se pinta para ocultar sus rostro blanco con una lagrima en los ojos, con zapatos, haciendo reír aunque esté mal- Otro elige un disfraz sin “definir” el personaje: traje oscuro, raya americana, gabardina de color negro, .... Otro propone dos personajes: el hada de las nieves, descalza, solitaria, túnica blanca, vaporosa en la nieve, cara bonita, llorosa, un hada triste por todo lo que ocurre a su alrededor y lo que le ocurre a ella, con poderes, tiene una varita de hielo. Le gustaría ayudar a las personas y a sí misma y está furiosa con todo lo que ocurre alrededor y por eso provoca nieve a avalanchas. El otro personaje sería un dragón; me metería en él para que no me vea nadie, salir cuando le amenace algo, es todo muy tétrico, el poder del dragón, meterse debajo de la tierra, pero si alguien le molesta suelta fuego e ira. Otro elige un niño pequeño de un año; una niña, que pudiera andar, inocente con vestidito blanco, como un princesita, totalmente inocente y feliz con lo que tiene, sin nadie que les haga daño, sin picardía. Otro señala una ejecutiva delgada con falda de tubo, traje, tacones maletín y bolso, estaría en un avión, valiente y decidida, ese era mi fin hace unos años antes de que empezara con todos estos miedos. Otro sería un pajarito, un gorrión de la calle cuando he querido levantar el ala me lo han impedido, es una cría que intenta volar. Es un trabajo individual en el que todo el grupo participa.

En el para qué de estos disfraces, van apareciendo el yo ideal frente a un yo minusvalorizado, la represión de la agresividad en sus dos vertientes (defensiva y protectora), la funcionalidad de las defensas, los deseos, se van cuestionando sobre sus dificultades para expresarse, para dejarse ver, para tomar conciencia de ellos mis-



mos, de su “genuina” identidad, de los escondites en los que se han ido refugiando, de sus dificultades, incluso para poder simbolizar. Es un ejercicio de proyección e introyección. El dialogo y cuestionamiento personal y grupal favorece que pueda haber movimientos movilizadores hacia una toma de conciencia de los miedos, las angustias, la agresividad, lo reprimido... La riqueza de las simbolizaciones y el dialogo entre sus personajes (lo proyectado) y ellos mismos, permite abrir caminos hacia las situaciones que han configurado su sufrimiento patogénico. Lo simbólico además permite hablar de nuestro sufrimiento sin una exposición excesiva ante el otro, se convierte en un elemento protector para cada uno dentro del grupo y cada miembro del grupo resuena con lo del otro.

### El proceso grupal, y el acting out

En esta fase de desidealización del grupo y del terapeuta, de no satisfacer las demandas de los pacientes y permitirles que ellos se vayan haciendo cargo, surge la hostilidad y los conflictos. La hostilidad es proyectada de manera escindida sobre el terapeuta o sobre los miembros más frágiles.

“Paralelamente los miembros más integrados utilizan a estos pacientes como depositarios de los sentimientos hostiles que sienten hacia el terapeuta frustrante, para poder conservarlo idealizado; la vivencia de la desilusión, y de la confrontación constante de la escisión e identificación proyectiva permitirá reconocerse y rescatar lo escindido y proyectado... Pasar de la ilusión grupal a la desilusión, y de la idealización del terapeuta a la vivencia del mismo con toda su intensidad persecutoria, corresponde a lo que Bion llama supuesto básico de ataque y fuga y marca el comienzo de la fase intermedia.” (Valiente, 1994). Se impone la idea que las ansiedades solo pueden ser resueltas a partir de la discusión, del enfrentamiento, del atacar a algo o a alguien y de desmembrarse, sub-agruparse y dividirse. Un grupo articulado en estos supuestos es “antiintelectual y hostil a la idea de autoestudiarse (...) el grupo podrá charlar, hacer bromas, llegar tarde, ausentarse o dedicarse a innumerables actividades que lo desvíen de su propósito (Rioch, 1979).

“La madre lo bastante buena es la que lleva a cabo la adaptación activa de las necesidades del niño y que la disminuye poco a poco, según la creciente capacidad del niño para hacer frente al fracaso en materia de adaptación y para tolerar los resultados de la frustración”. (Winnicott, 1978)

El enemigo interno más frecuente es el terapeuta y las formas de luchar contra él pueden ser en forma de boicot, o de no tener en cuenta sus intervenciones o interpretaciones; si ha sido investido por el contrario con una tremenda agresividad y una actitud persecutoria hacia ellos, puede manifestarse en silencios tensos, con la fantasía que quien hable será atacado por el terapeuta.

Puede ser que no sea el terapeuta y sea un miembro del grupo, o un subgrupo al cual se culpa y se responsabiliza para verter sobre él la intensa agresividad que está sintiendo el grupo. Puede aparecer un chivo expiatorio. El grupo coloca al terapeuta en una posición de elección con unos o con otros.

Se rompe la fantasía de que todos somos iguales, aparecen las diferencias y cada miembro del grupo está buscando su sitio.

Este movimiento progresivo ayuda a situarnos en una situación más real, a un abandono de patrones más primitivos de comportamiento y comprensión de la realidad que vivimos. Significa aceptar el dolor por la pérdida de esta posición más regresiva.

El tercer supuesto es el del “emparejamiento”, y se caracteriza por una atmósfera llena de promesas para un futuro inmediato. Esta esperanza es una esperanza mesiánica de que una persona vendrá y salvará el grupo de sus sentimientos de odio y destrucción, pero para que esto ocurra es esencial que el líder del grupo aún no haya nacido. Se hace presente la sexualidad. Los sentimientos ligados a esta fase tienen que ver con la expectación, llena de promesas positivas referidas a cualquier tema que antes o después ocurrirán. La esperanza mesiánica no debe verse realizada porque entonces ya no habría nada que esperar, y los sentimientos de odio, desesperación y destrucción harían de nuevo su aparición (Valiente, 1987). La ansiedad se calmaría a través de la fanta-

sía de tener algo que da sentido a la propia existencia y le asegure sus supervivencia tanto física como psíquica a través de quedar proyectado en un proyecto o empresa (Sunyer, 2008).

Estos tres supuestos siempre van juntos, siendo uno de ellos prevalente sobre los demás. El análisis del supuesto sobre el que el grupo se esté articulando en un momento dado favorece el paso al siguiente, y en este paso sucesivo por cada uno se van depurando sus relaciones grupales, profundizando más en ellas, y favoreciendo la resolución de los conflictos que les ha llevado al grupo.

Acting-out es el término que ha elegido Strachey para traducir el agieren freudiano de “Recuerdo, repetición y elaboración” donde Freud plantea que hay ocasiones en que lo reprimido, en lugar de retornar en los recuerdos, o sea, a nivel del pensamiento, aparece en acto como transferencia-resistencia, constituyéndose en un obstáculo para la continuidad del trabajo psicoanalítico. Muchos autores lo han entendido (por el out) como transferencia sin analista, o fuera del análisis o fuera del consultorio. Es una acción escenificada, dirigida a un otro, por fuera de la palabra (es una falla en lo simbólico), a modo de mensaje, pero cuyo sentido está oculto aun para el propio sujeto. En este sentido, el acting out es una mostración inconsciente que tiene un destinatario.

## Sesión 20 y sesión 21

Se observan cambios significativos en el aspecto de los pacientes. En la ronda inicial cada uno va contando como ha sido su semana y se plantean conflictos con distintas personas.

Hacemos un caldeamiento en el que se les va llevando al ejercicio de la silla vacía. Este clásico ejercicio, consiste en colocar una silla vacía en el centro de la sala y traer a alguien con quien sientan que tiene algún asunto pendiente que quisieran clarificar en ese momento. Al colocar la silla, una paciente impulsivamente se sienta en ella. Se le pide que espere a la consigna.

Otro paciente empieza a sentirse mal, se acerca a la ventana pide un ansiolítico, quiere salir de la sala. Le pedimos que se quede, sale del círculo, todo el grupo quiere darle pastillas. Habla de sus deseos, de la necesidad de desear,... se va tranquilizando. Se le pregunta si querría trabajar esta situación dice que no. Se queda al lado de la ventana y no se toma el ansiolítico. Se contiene finalmente. El grupo ha salido al rescate con lo que tiene: la medicación y la propuesta de ayuda.

Después de dar la consigna la paciente se sienta en la silla. Habla de un conflicto con un vecino, que es desagradable, que hace la vida imposible a todo el mundo. Cuenta el último altercado con él, la rabia y lo mal que se puso. Dice que es como un sheriff, una autoridad. Asocia con su padre, y con su agresividad. X asocia desde su rabia con una situación de maltrato. Elige a los personajes: se prepara la escena. La paciente que siempre es elegida para hacer papeles de fuerte, agresiva, es elegida en el papel de padre. Lo acepta con la pregunta “¿Por qué siempre me elegís a mí para esto?” Se le señala esta pregunta como algo para trabajar. Z empieza a sentirse mal y dice,...”Yo nunca haría esto”.... Se echa a llorar y dice que se tiene que ir, que no puede más. Le pedimos que se tranquilice, que espere que podamos hablar de esta situación. X teme haber dañado a Z por su elección. Se siente fatal, piensa que siempre está metiendo la pata. Z dice que se va y que el próximo día podremos hablar de esto. El grupo intenta detenerla y convencerla para que se quede.

Empatizamos con el grupo. El grupo se queda muy cargado por el miedo de haber dañado a Z y con el desaire hacia X. Se plantea que algo le ha tocado a Z que no ha podido seguir con la dramatización, y que no era contra X. Cerramos la dramatización intentando que X legitime y reconforte a la niña que había salido a escena.

El grupo se queda enganchado a la agresión planteada por X y actuada por Z. Se valora la contención del primer paciente. Se clarifica la situación; H se identifica con X “lo mismo que mi madre”. Se le pregunta al grupo que podría ofrecerle a H y X. Hay una legitimación de su sufrimiento y una valoración de que ambas han podido crear una familia a pesar de esto.

Podemos analizar en la secuencia de esta sesión diferentes aspectos. La exploración de asociaciones que permite el psicodrama vertical hasta llegar a situaciones más primarias vinculadas con el síntoma.

El síntoma irrumpe en el primer paciente cuando siente que la silla es ocupada. El síntoma aparece, habla por él. Todo el grupo sale al rescate con sus recursos: medicación en este caso y con el deseo de poder ayudarlo. Más tarde es capaz de contenerse dentro del grupo.

La confusión de Z: confundirse en el papel, el temor a verse en los demás como un maltratador ha cuestionado su defensa. Este movimiento es nuevo, abre un camino hacia ella misma. Entendemos este acting como la manera en la que puede dejar su rol y no puede mostrarnos su vulnerabilidad, lo que hay debajo de ese papel. Ha sido un cuestionamiento a su identidad.

Vemos la identificación con el agresor que hace X a través de la introyección de la rabia de la situación. La personaliza, y siente que ella es la causa de la agresión. Es la repetición de una situación antigua y de una forma de funcionar contra el crecimiento y a favor de la alienación y enganche en las interdependencias de esas figuras parentales.

La identificación de H con X puede verse en esa relación de sometimiento con su madre. El grupo las reconforta señalando su capacidad para formar una familia, para ser madres a pesar de esto.

## Sesión 21: Elaboración de la angustia. Reforzando la matriz grupal

Acuden todos. Se retoma todo lo que ha resonado la sesión anterior. Los pacientes dicen que salieron muy afectados por la situación del grupo. Cada uno va diciendo lo que le afectó que X se quedara así y que a Z le afectara el papel. El grupo se justifica ante Z. Justifican porque ha sido elegida para estos papeles: porque tiene inteligencia, psicología, se expresa bien, sabe ponerse en su sitio. Se han identificado con el miedo de X de haber dañado a Z e intentan reparar el daño. Les cuesta preguntarle a Z directamente, y especulan con cómo le afectó. Hablan de ella como si ella no existiera. Ella sigue escuchando. Pide disculpas a todo el grupo y en especial a X, pero su actitud es de escucha. “Si estoy mal no puedo pensar en nadie más”.

Se plantea la consigna que si alguien se siente mal se sale del círculo y se queda fuera, pero se avisa de la importancia que se quede en la sala. Se le señala el paralelismo a Z de la situación de su hermana que se está separando de un hombre maltratador. X dice que ella se siente culpable y que ella es más agresiva que Z y que está sintiendo mucha rabia.

Se recuerda la consigna que nadie va a hacer un papel que no quiera hacer y se plantea que los papeles “duros” los represente el yo auxiliar como medida de protección. Aparece un cuestionamiento sobre los papeles que cada uno representa... y porqué esos papeles cuestionan tanto.

Se propone hacer un ejercicio grupal: vamos en una barca y uno a uno se van a ir cayendo. Desde lo simbólico intentamos crear una vía de acceso por si se caen. Se trata que cada uno diga desde el agua que necesitaría oír para ser rescatado por el grupo.

Estos son los mensajes: “yo soy capaz de tirar para adelante”, “soy imprescindible, y se me valora”, “que me aprecian no solo por representar papeles de monstruos”, “que soy necesaria para el grupo”, “que os he ayudado en algo”(el grupo le recuerda una situación en la que ella pudo ayudar a alguien), “que os caigo bien, que os gusta como soy, y que me echáis de menos”, “no quiero oír nada porque no me lo creería, yo no quiero ser el centro de nada, me daría vergüenza que alguien me dijera “ven”, porque significaría que se fijaran en mí”, “si me bajo no sé si podría volver”...A X se le señala que ha estado tan callada y en actitud de estar fuera toda la sesión- ella dice que se siente que siempre mete la pata, ignorada por la gente como si no estuviera aquí. Se le señala que ella se aísla y siente que los demás la aíslan. “Necesitaría que me dijeran que me quieren, que quieren que esté con ellos”. El grupo le dice que ella no es culpable, que la quieren como está, que somos una piña, que les gustaría verla alegre, ella se disculpa por no haberles apoyado cuando se han caído...”. Entendemos la resistencia de X a estar en el grupo; su

posición corporal refleja esta desconexión. Se ha colocado en su papel de excluida, de meter la pata, de no poder enfrentarse a la agresividad del otro. La dirige hacia ella misma quedándose enganchada en su descalificación.

Se termina la sesión. Se nota un ambiente distendido y emocionalmente cálido.

Estas sesiones grupales sugieren el pasaje al supuesto básico de ataque y fuga como predominante. La agresividad provoca y moviliza que cada uno busque su sitio. El primer paciente por la pérdida de la posición (la silla), la paciente Z con la pérdida de su papel, la paciente X con el rol de depositaria de la agresividad que devuelve contra el grupo en la siguiente sesión. El juego de identificaciones y proyecciones se hace evidente en estas sesiones.

Se proponen dos vías para modificar la posición proyectiva y contraproyectiva (Rogers, 1987): en primer lugar reconocer que los sentimientos que se tienen no pertenecen a uno mismo, y en segundo lugar “odiar” lo suficientemente a quien hace de proyector como para subrayar la frontera entre él mismo y los demás, es decir, devolver los sentimientos sobre el proyector original. Bion por otra parte sugiere que la identificación proyectiva y pensar son vías para expresar estas frustraciones y que el mejor continente vendrá de una creciente capacidad para pensar y una menor necesidad evacuativa.

En este sentido se trata de poder pensar desde cada uno de los polos (el que proyecta y el que hace de pantalla) donde está lo de uno y lo del otro.

La función del terapeuta iría muy dirigida a traducir los emergentes grupales y favorecer la elaboración. Habría varios niveles de elaboración (Zinkin, 1989): el primero unido a mantener una cierta unión grupal, el segundo relacionado con la capacidad de introducir cambios que faciliten la contención de los aspectos que van evolucionando en el propio grupo; el tercero relacionado con la conciencia de que lo que ocurre en el grupo proviene de ellos mismos y es responsabilidad suya; el cuarto parte del descubrimiento que los cambios que se están dando proviene de la propia experiencia grupal, y que el grupo se modifica por los propios cambios individuales; el quinto cuando nos vamos dando cuenta de la significación de género de los miembros del grupo; el sexto surge de la percepción de los aspectos que establecen un equilibrio entre los diversos sistemas que constituyen un grupo, y el séptimo nivel de conciencia de los elementos contenidos y contenedores provendría de los sueños, mitos y fantasías que el grupo produce.

## Referencias

- Gamo Medina, E. (1998). *Terapias e Intervenciones grupales*. Madrid: You & US.
- Gordon, M. (1979). “Reflections on curing and healing”. *Journal of Analytical Psychology* 24(3), 20-17.
- Guimón, J. (2007). *Manual de terapias de grupo. Tipos modelos y programas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Herranz, T. (1999). *Psicoterapia Psicodramática individual*. Bilbao: DDB Serendipity.
- Kissen, M. (1979). *Dinámica de grupo y psicoanálisis de grupo*. México: Limusa.
- Laplanche, J y Pontalis, J.B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Traducción. Gimeno Cervantes Fernando. Barcelona: Paidós.
- López, J.L. y Blajakis I. (2010). *Tratamiento Grupal para pacientes mentales graves*. Documento sin publicar.
- Pines, M. (1998). “The self as a group, the group as a self”. En I.H. Haswood y M.Pines (ed.), *Self Experiences in group. Intersubjective and Self Psychological Pathways to Human Understanding*. Londres: Jessica Kinsley Publ.
- Población, P. (1997). *Teoría y práctica del juego en psicoterapia*. Madrid: Fundamentos.
- Ramírez, J. Agustín (1997). *Psicodrama Teoría y práctica*. Bilbao: DDB Serendipity
- Rogers, C. (1987). *On putting in into words: The balance between projective identification and dialogue in the group*. *Group Analysis* 20(2), 99-107.

- Rioch, M.J. (1970). *Las investigaciones de Wilfred Bion acerca de los grupos*. En Kissen, M (1979) *Dinámica de grupo y psicoanálisis de grupo*. México: Limusa
- Sunyer J.M. (2008). *Psicoterapia de Grupo grupoanalítica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Valiente, D. (1987). *Psicoterapia psicoanalítica de grupo*. Madrid: Fundamentos.
- Valiente, D. (1995). *Psicodrama y psicoanálisis*. Madrid: Fundamentos.
- Vinogradoph S., Yalom I. (2010). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
- Winnicott, D W. (1979). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa
- Zinkin, L. (1989). The group as Container and Contained. *Group Analysis*, 22(3), 227-234.

Manuscrito recibido: 22/09/2010

Revisión recibida: 03/11/2010

Manuscrito aceptado: 08/11/2010