

## PSICOANÁLISIS

# PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE GRUPO Y LA PERSPECTIVA RELACIONAL E INTERSUBJETIVA

(Rev GPU 2015; 11; 2: 183-190)

Edgardo Thumala<sup>1</sup>

**En el presente escrito pretendo vincular algunos de los conceptos centrales de la comprensión de lo grupal con el desarrollo de la mirada relacional e intersubjetiva en el psicoanálisis, evidenciando la raíz relacional de la terapia grupal psicoanalítica. Posteriormente intentaré mostrar cómo esta mirada re-influencia y amplía mi trabajo como terapeuta grupal, ejemplificando con algunas viñetas clínicas. Para lograr lo anterior, primero haré un acercamiento histórico de los orígenes de la terapia grupal psicoanalítica, con el objeto de identificar puentes que desde muy temprano han empareñado esta disciplina con los conceptos relacionales, los cuales, posteriormente, vuelven a influenciar a la terapia grupal.**

## INTRODUCCIÓN

Las primeras distinciones de lo relacional en psicoanálisis surgen en los años 1980, con la separación de modelos que hacen Mitchel y Grenberg, quienes conceptualizan la nueva corriente relacional como “un modelo alternativo iniciado en el trabajo de Sullivan y Fairbain, que desarrolla estructura solamente de las relaciones del individuo con otras personas” diferenciándolo del modelo original freudiano “que toma como punto de partida los impulsos instintivos” (Mitchell y Greenberg 1983). Esta distinción permite ordenar y separar varias corrientes dentro del psicoanálisis que venían abogando por una mirada, en la cual el otro se hace más importante desde el inicio, diferenciándose así de las miradas freudiana y kleiniana.

Es interesante observar cómo desarrolla Kaes en *Las Teorías Psicoanalíticas* del Grupo que los comienzos de la concepción grupal y de la perspectiva relacional se encuentran en estado germinal en los trabajos de Freud. Es así como encontramos en *Tótem y Tabú*, en *Psicología de las masas* y en *El malestar en la Cultura*, una línea de investigación sobre,

la apertura intersubjetiva de los aparatos psíquicos entre sí... la hipótesis de una psique de masa (masenpsyche) o de un alma de grupo (gruppenseele) formulada en la conclusión de *Tótem y Tabú*... Retomada y elaborada en varios lugares y en momentos sucesivos de la obra freudiana esta hipótesis supone la existencia de formaciones y procesos psíquicos inherentes a los conjuntos

<sup>1</sup> Presidente Asociación Chilena de Psicoterapia Analítica de Grupo. Miembro IARPP Chile

intersubjetivos; implica que la realidad psíquica no está localizada enteramente en el sujeto considerado en la singularidad de su aparato psíquico (Kaes, 1993).

Sin embargo, la teoría freudiana tomó otros rumbos y el nacimiento y primeros desarrollos de la terapia grupal psicoanalítica entre 1920 y 1940 estuvieron marcados por el traslado de conceptos psicoanalíticos desde la terapia individual hacia la terapia grupal, sin mayores modificaciones.

Es durante la segunda guerra mundial que W. Bion y S. Foulkes en Inglaterra y K. Lewin en USA, generan un conocimiento de lo específicamente grupal y ponen el sello relacional definitivo en la terapia grupal al plantear la existencia de “una mente grupal” más allá de la simple suma de los individuos que lo componen.

Todos ellos tienen una deuda conceptual que se remonta a los pensadores alemanes de la psicología de la *gestalt* de comienzos del siglo XX: el sociólogo Norbert Elias (el cual coexistía “en el mismo edificio en que trabajaban Adorno y Horkheimer”) es maestro de Foulkes, y estaba:

tratando de superar el antiguo paradigma, el cual estudia al individuo (psicología) y lo social (sociología) separadamente, y ambos aparte de las condiciones generacionales e históricas específicas en las cuales se desenvuelven (Lavie, 2005).

Para Dalal “muchas, si no la mayoría, de las ideas del Foulkes más radical tienen sus bases en Elias” (Dalal, 1998). También Foulkes habría tenido influencia de su maestro el psicólogo gestaltista Adhemar Gelb a cuyas clases asistió en la universidad. Por otro lado tanto Foulkes como Lewin tienen influencia del neurólogo Kurt Goldstein, el cual a partir de sus trabajos con pacientes con daño cerebral genera una mirada holística sobre el individuo:

el “organismo” es para Goldstein un todo organizado, una estructura, en la que cada “parte” se halla en interdependencia funcional con cada una de las otras partes, sin que se pueda entender una parte sin su interdependencia de las otras. Es en este sentido que Goldstein habla del organismo como “estructura” (Afbau). Con ello expresa que no hay que entenderlo como la “suma” de sus partes sino como el conjunto de todas ellas en cuanto imbricadas-entre-sí. Es todo el organismo el que está comprometido en todas y cada una de las acciones y de las reacciones particulares del sujeto (Pintos, 2004).

Los orígenes del pensamiento grupal de Bion son menos claros:

habiendo sido alumno de W. Trotter en 1930 y siendo este autor del concepto de instinto gregario es posible que Bion fuera influenciado en su mirada acerca de los grupos sociales a partir de ese contacto. Él comenzó un análisis con John Rickman, el cual siendo cuaquero tenía una fuerte conciencia social y usaba la comprensión psicoanalítica, para tratar de comprender los grupos sociales (Hinshelwood, 2007).

Otros piensan que “la derivación de la filosofía de Bion de Lewin no deja lugar para dudas” (Ancona, 2000).

Estos autores centrales a la práctica y teoría grupal psicoanalítica durante la segunda mitad del siglo veinte utilizaban conceptos que muestran la importancia central del otro en la generación de la mente y conducta humana. Es así que si tomamos por ejemplo la frase de Foulkes “la asociación libre es dependiente de la situación total” (Foulkes, 1948), estamos frente a la influencia del otro en nuestra mente. Es interesante pensar en cómo las vicisitudes y la fuerza de la corriente y política psicoanalítica llevó a que estos conceptos tan básicos del devenir grupal quedaran encerrados e infértiles para el resto de la teoría e inclusive para los propios terapeutas grupales hasta ser “redescubiertos” por los teóricos relacionales e intersubjetivos en los últimos 30 años:

Siguiendo el giro relacional e intersubjetivo en el psicoanálisis –basado primariamente en el giro cultural lingüístico en la posmodernidad– nosotros podemos atestiguar cómo Foulkes se adelantó a su tiempo cuando él internalizó y digirió los descubrimientos e *insights* de Norbert Elias los cuales eran en sí mismos los primeros orígenes de este giro cultural en las ciencias humanas (el nuevo paradigma basado en la primacía de la cultura y el lenguaje sobre el sujeto) que culminó en la segunda mitad del siglo XX (Lavie, 2005).

Un aspecto central de la mirada relacional e intersubjetiva es la crítica al “mito de la mente aislada” (Stolorow), y por extensión al mito de un analista observador separado e independiente de su objeto de estudio. Lo que está elegantemente dicho por Von Foerster: “La objetividad es la ilusión de que las observaciones pueden hacerse sin un observador” (H. Von Foerster citado por E. Von Glaserfeld, 1994) y en su origen desde las

ciencias duras “Lo que observamos no es la naturaleza en sí misma, sino la naturaleza expuesta a nuestro método de observación” (Heisenberg W. 1971). Esto necesariamente conduce a la reconsideración de conceptos fundamentales como transferencia-contratransferencia, libre asociación, resistencia, interpretación, encuadre, neutralidad, abstinencia y la teoría del cambio.

La concepción relacional se plantea también, consecuentemente, en una nueva forma de entender el desarrollo infantil y la psicopatología:

El origen de la vida individual psíquica... Es un campo transindividual, representado por la matriz madre / hijo, no un inconsciente individual e instintos residentes en un individuo (Loewald, 1988).

O como lo expresan Stolorow *et al.*:

Tanto el desarrollo psicológico como la patogénesis son conceptualizados en términos de los contextos intersubjetivos específicos que forman el proceso de desarrollo, y que facilitan u obstruyen la negociación del niño en tareas críticas de desarrollo y pasajes exitosos a través de las fases del desarrollo (R. D. Stolorow, Ph.D; Brandchaft; Atwood, 1984).

Esta manera de entender el desarrollo tiene un importante sustento en la observación e investigación infantil de los últimos años, en la cual se va configurando un bebé mucho más conectado y activo desde el inicio y ha permitido nuevas formas de entender la formación de la mente y el sí mismo (Stern, 1985; Trevarthen 1998; Tronick, 1977; Meltzoff, 1985; Jafee, 2001; Beebe y Lachmann, 2005). Surgiendo así una concepción muy distinta a la de un infante preocupado prioritariamente de la descarga del impulso a medida que atraviesa las etapas psicosexuales, o de las vicisitudes de la envidia con poca o casi ninguna influencia de los cuidadores en Klein: “para ella la importancia del objeto es secundaria en relación a la de los impulsos; poco hay en su teoría que explique los efectos de las cualidades reales del objeto o del rol del diálogo y la reciprocidad con el objeto en el desarrollo del niño” (Tyson 1990).

Este cambio paradigmático ocurrido en las últimas décadas en el escenario de todas las ciencias y en particular en el campo psicoanalítico nos ha llevado a un paulatino cambio en el modo en que trabajamos con grupos. Afortunadamente para nosotros, en Chile hemos contado con la apertura y creatividad muchas veces “en contra de la corriente” de nuestro principal maestro el profesor Dr. Hernán Davanzo.

Como parte de este cambio y de la posmodernidad, me he visto obligado a enfrentar un interesante desafío, parecido al que ocurre con la experiencia de convivir con hijos que han entrado a ser adultos jóvenes, mis puntos de referencia son profundamente cuestionados. Mi mirada actual me lleva a estar en una re-visión de prácticamente todos los conceptos que utilizo, tanto para pensar como para trabajar. En términos prácticos me muevo con la sensación de estar en un territorio inseguro, que me obliga a observar atentamente mis intervenciones y “comprensiones terapéuticas”, ya que muchas de ellas surgen de una mente formada en que existen verdades claras y objetivas, con un modelo psicopatológico más o menos preciso, congruente con lo anterior, conjuntamente con un determinado modelo del desarrollo infantil, así como un *self* definido y logros relativamente universales con respecto a los fines de la terapia (entre otras cosas). Como lo expresa Maroda, “tenemos que desaprender mucho de lo que nos enseñaron de manera que podamos relacionarnos efectivamente con nuestros pacientes” (Maroda, 2004).

A continuación voy a intentar explicitar más concretamente cómo los conceptos relacionales e intersubjetivos han afectado mi práctica en general y particularmente mi práctica como psicoterapeuta grupal.

El cambio de actitud básica: Quizás uno de los aspectos más importantes en mi propio trabajo ha sido el sentir que esta “nueva” concepción ayuda a tranquilizar una sensación culposa que me rondaba en forma más o menos sistemática, por no poder cumplir de forma natural todas las exigencias propias del *setting* y manejo clásico, experiencia que creo es compartida por muchos terapeutas de mi generación (Mitchell, 2003). En la actualidad me siento “más en mí mismo” y más capaz de reaccionar desde mi propio sentir, menos coartado en mi expresión, naturalmente tanto en lo primero como en lo segundo hay factores que no son atribuibles al cambio paradigmático y que tienen que ver con mi propio desarrollo. Pero lo interesante de esta nueva concepción es que es más “benigna” tanto con el paciente, “el paciente no es nuestro adversario” (Maroda, 2004), como con el terapeuta y su propio devenir.

Lo anterior genera un trato que ya desde el contacto telefónico es más suelto, y un encuadre que si bien tiene una estructura determinada, es más flexible en cuanto a su ruptura y su forma. Ya no le tenemos tanto miedo a entregar información acerca de nosotros mismos, porque no necesitamos condiciones de laboratorio, ni cinco ternos iguales, ni somos una pantalla en blanco. Por el contrario, somos entes participantes desde nuestras subjetividades.

el aceptar que el análisis es intersubjetivo significa reconocer que el encuentro clínico analítico consiste en una interacción entre dos subjetividades –el paciente y el analista– y que la comprensión ganada a través de la investigación clínica analítica es el producto de esa interacción (O. Renik 2004).

Por ejemplo en la actualidad mis pacientes saben que varias de mis interrupciones durante el año son por vacaciones y que me gusta el trópico. Frecuentemente a mi vuelta se suele comentar brevemente en los grupos que dirijo sobre lo mucho que me gusta viajar, y luego, simplemente, se pasa a otro tema. (Naturalmente en ocasiones puede surgir material relevante o necesario de investigar en los comentarios que emergen).

Cambio del foco de las intervenciones: En los comienzos de mi práctica grupal psicoanalítica mis intentos primordiales eran de interpretar al grupo como un todo, lo que con cierta frecuencia resultaba en la incomodidad o perplejidad de los pacientes, y en más de alguna ocasión en la expresión de comentarios como “ya se nos rayó el Dr. de nuevo” (naturalmente por mi falta de pericia al respecto). En la actualidad mis interpretaciones grupales son solo cuando son absolutamente obvias y por algún motivo nadie las ha formulado (Bion), además son mucho más tentativas y menos autoritarias en su forma. Sin embargo a partir de la propuesta de algunos autores de que el cambio psíquico no pasa necesaria o primordialmente por la interpretación (Stern 1998, Bacal 1998, Stolorow 1992, Ehrenberg 1974, Safran y Muran 2000) mi preocupación está dirigida mucho más en el sentido de ofrecer y resguardar un espacio de intimidad y confianza que de estar exclusivamente atento a los significados de lo que surge en el material. Esto es un punto de tremenda implicancia en el modo en que estoy durante la sesión y en lo que ocurre en la interacción, la confianza de estar ofreciendo un espacio experiencial de contención, reflexión e intimidad al grupo, me hace estar mucho más tranquilo en relación con la relativa falta de interpretaciones que “iluminen” la escena. En la actualidad me pasa que a pesar de que intervengo en lo que ocurre, tengo menos que decir. Si bien hago interpretaciones tanto grupales como individuales, estoy en cierto modo más atento al “estar” de cada uno de los pacientes y los sutiles signos no verbales que indiquen lo que Safran y Muran denominan como pequeñas rupturas de la alianza terapéutica por distanciamiento. Vale la pena aclarar la manera inclusiva en que ellos conceptualizan las rupturas de la alianza terapéutica:

Nosotros típicamente definimos las rupturas de la alianza más ampliamente como “problemas en

la cualidad de la cercanía” o deterioros en el proceso comunicativo al final definimos las rupturas de la alianza como ambas “rupturas en la colaboración” y “pobre calidad de la cercanía” (Safran y Muran 2006).

Un argumento interesante sobre por qué prestar una particular atención sobre las vicisitudes de la alianza terapéutica surge del trabajo en investigación de bebés. Beebe y Lachmann, hacen un paralelo de lo observado en la relación madre-bebé y la relación terapéutica, planteando que un mecanismo fundamental en la adquisición del sí mismo es la ruptura y reparación de la sintonía con la madre, la cual estaría ocurriendo continuamente.

Las disyunciones y la siguiente búsqueda por su corrección que sigue a las disyunciones proveen un importante principio organizador... la ruptura y reparación de secuencias de interacción esperadas va a organizar la experiencia del bebé sobre las bases de su inherente habilidad de percibir confirmación y violaciones de información ordenada... el principio de ruptura y reparación organiza las experiencias de enfrentamiento, efectividad, corrección y esperanza. Las interacciones son representadas como reparables (Beebe y Lachmann, 2002).

VIÑETA: La siguiente viñeta expresa una sutil ruptura de la cualidad de la cercanía y la comunicación. En un grupo de *training*, con becados de psiquiatría, todas mujeres, se habla del reciente embarazo de una de ellas; todas participan con mucho jolgorio del tema, pero una de ellas permanece silenciosa, con una postura ligeramente recogida sobre sí misma y esboza un pequeño bostezo. Al preguntarle: - ¿En qué piensas? Hay un claro cambio en el tono emocional, se le llenan los ojos de lágrimas y aparece un importante conflicto personal al respecto de tener pareja e hijos.

Para Stolorow la ruptura y reparación de la alianza terapéutica no son solo vitales para la mantención de la relación terapéutica sino que son “el camino real a la comprensión analítica” (Stolorow 1992). Es a través de la comprensión de los elementos involucrados en la ruptura que tenemos un acceso muy privilegiado a los “esquemas relacionales del paciente”. Safran y Muran avanzan aún más, al plantear:

De hecho se puede afirmar que el desarrollo y resolución de problemas a través de la alianza no son un simple prerrequisito para el cambio sino

más bien la esencia del proceso de cambio (Safran y Muran, 2000).

Por otra parte las rupturas de la alianza nos dan, a veces, una importante fuente de información sobre aspectos que no vemos de nosotros mismos. Definitivamente es evidente, si uno lo quiere ver, que los pacientes saben mucho de nosotros y que no solo en la ubicación, conformación y estética de nuestra consulta, sino también en nuestras vestimentas, arreglo personal, tipo físico y especialmente en las intervenciones que hacemos o no hacemos y en el tono en que las hacemos queda siempre en evidencia de que, como dice J.Greenberg,

la matriz interactiva es modelada, a cada momento en todo tratamiento, por las características personales del analizado y del analista. Estas incluyen las creencias, los compromisos, las esperanzas, los miedos, las necesidades y los deseos de ambos participantes (Jay Greenberg citado por Safran y Muran, 2000).

El asumir esto permite una aceptación de la propia subjetividad como un hecho más del encuentro clínico, también posible y necesario de incluir en la observación de lo que ocurre entre uno y el paciente. En la práctica esto me permite la propuesta de un tipo de relación, en la que por un lado puedo estar más cómodo en mi particular forma de ser y por otro me hace estar muy atento a lo que el paciente pueda percibir de esta. Y muchas veces esta percepción por parte del paciente en la situación clínica toma la forma de un distanciamiento en la comunicación u otras formas de ruptura a veces más explícitas que deben ser enfrentadas.

VIÑETA: Una paciente en terapia individual me esta hablando de su deseo de disminuir de dos a una sesión semanal; luego de algunas consideraciones prácticas, agrega: Siento que llego a sesión y no tengo nada que decir, no tengo espacio para mi propia reflexión, me siento demasiado entregada al otro. Luego, al pedirle que lo aclare, va apareciendo su sensación de que yo como psiquiatra estoy demasiado preocupado de su química cerebral y poco de lo que le pasa realmente.

T: ¿Cómo que yo no soy muy receptivo a su historia pasada?

P: Bueno, esa es mi sensación... A veces lo intento y no hay gesto, y soy muy sensible a eso... como si eso no importara tanto, soy así porque soy químicamente así... y yo no estoy de acuerdo...

Lo anterior me lleva a darme cuenta que, efectivamente, siendo una paciente con un Dg. de enfermedad

maniaco-depresiva y por la intensidad de sus emociones dolorosas, he estado sutilmente evitando conectarme más profundamente con su dolor, a través de una pre-ocupación, por sus estados anímicos y medicamentos.

El énfasis en lo experiencial: El estar abierto a la experiencia terapéutica en sí misma, como correctora del mundo interno del paciente tiene sus raíces históricas en Ferenczi y sus discípulos, Balint, y especialmente el mal comprendido Alexander y su "experiencia emocional correctiva" (Alexander, 1948). También podemos incluir la mirada kohutiana de Bacal y su concepto de "responsividad óptima" (Bacal, 1998). Desde otras concepciones tenemos a Daniel Stern y el grupo de Boston que han aportado el concepto de "momentos de encuentro" (Stern, 1990), a Erhenberg con su trabajo "en el borde de la intimidad" (Erhenberg 1974) y a D. Orange con su concepto de "disponibilidad emocional" (Orange, 1995). A mi modo de ver, estos aportes pueden ser vistos como lo que durante mucho tiempo la corriente principal del psicoanálisis mantuvo a distancia, formas de contacto real, profundo y existencial entre paciente y terapeuta. En el decir de Aron:

La visión que se está proponiendo es del psicoanálisis como un proceso creativo, en el cual las personas expanden su darse cuenta y desarrollan su mas personal y única individualidad en intima relación con un otro (Wilner 1975; Ehrenberg, 1992; Wolstein, 1994) La intimidad requiere apertura, franqueza mutua, interafectividad, exposición personal y riesgo. Paciente y analista deben permanecer abiertos a una vinculación afectiva mutua (Aron, 1996).

También y a partir de mi experiencia me parece pertinente rescatar a un analista "renegado" que generó una escuela por sí mismo: me refiero a Fritz Pearls, el cual enfatiza en su forma de terapia la importancia de la experiencia en sí misma para el cambio terapéutico "para el gestaltista, la verdadera vivencia es terapéutica o correctiva por sí misma" (Naranjo, 1970).

PSICOANÁLISIS COMPARTIDO: Este concepto que he tomado de Gerardo Stein, terapeuta grupal argentino que nos visitara hace algunos años. Se refiere a utilizar y promover las asociaciones espontáneas de los miembros del grupo frente al material de cualquiera de ellos en una función analítica intercambiable, se trata el descubrimiento por parte de los pacientes del grupo de que:

en el interior de cada uno de ellos existe un instrumento inconsciente, capaz de interpretar adecuadamente las producciones inconscientes de otro, y

este resulta ser ni más ni menos que el mismo instrumento que dispone para su trabajo el analista... tal modo de reconocer la actividad del psiquismo inconsciente se convertirá rápidamente en una actividad compartida que estimulará la circulación espontánea de la función analítica (Stein, 1991).

Si bien Stein lo genera desde un contexto freudiano, calza perfectamente en una mirada que considera que:

La visión relacional de la situación psicoanalítica abandona la idea de que el analista tiene un conocimiento superior de los psicodinamismos o la psique del paciente. En vez existe un fuerte compromiso a ver la situación analítica como pidiéndole prestado el término a Winnicott, "un espacio potencial" para la co construcción creativa mutua de significado L. Aron (1996).

Me ha parecido útil en los grupos que dirijo el intentar promover a través de mi actitud y también de mis intervenciones un espíritu de trabajo compartido que en lo posible me descentre de lo que Lacan plantea como "sujeto de supuesto saber" y promueva la participación interpretativa de todos los miembros del grupo. Lo anterior no significa en ningún caso que yo me desentienda de mis responsabilidades como conductor del grupo ni de la inevitable asimetría que esto conlleva. Esto genera en el grupo una forma de relación conmigo como terapeuta, menos dependiente y sobre todo menos idealizada, permitiendo a mi modo de ver un proceso más verdadero, más participativo, más creativo y una vía más expedita a la recuperación de la propia agencia ya no proyectada en un sujeto supuestamente sano, omnisciente y sin problemas. Estamos hablando de la democratización de la relación terapéutica en la cual la unidad terapeuta-paciente se plantea más cercana a una unidad de colaboración mutua que a la antigua lucha contra la resistencia del paciente. Esto ya está en Freud: "convertimos al paciente en nuestro colaborador" (Freud, 1894) refiriéndose a lo que a partir de Sterba (1934) y Zetzel (1956) se convirtió en el concepto de alianza terapéutica; sin embargo al plantearnos el campo terapéutico como un campo "bipersonal" en el cual no necesariamente yo como terapeuta tengo una posición particularmente privilegiada para comprender lo que ocurre, se produce una necesaria ubicación de nuestro verdadero alcance y poder como terapeutas. Esto pareciera estar también en la línea de lo planteado por Ficalini en su propuesta de investigación coparticipativa "como una

forma única de participación clínica la investigación coparticipativa está marcada por un énfasis radical en la mutualidad relacional de paciente y analista, reciprocidad motivacional, simetría psíquica, igualdad de la autoridad analítica y singularidad de la díada" (Fiscalini, 2004).

**AUTODEVELACIÓN:** Uno de los recursos interesantes que ha surgido a partir de la evolución del trabajo con la contratransferencia es la posibilidad de la autodevelación de sentimientos y emociones por parte del terapeuta. Existe una nutrida discusión al respecto de sus alcances, conveniencias e inconveniencias. En mi experiencia estoy cada vez más convencido de que:

incorporar la revelación y el análisis de la contratransferencia en la técnica analítica incrementa la oportunidad para el conflicto dinámico y su resolución dentro de la relación terapéutica (Maroda 2004).

O, como lo dice Bollas:

Me parece crucial que los clínicos encuentren la manera de poner sus estados psíquicos subjetivos como objeto de análisis a disposición del paciente y de ellos mismos, aunque todavía desconozcan el sentido de esos estados" (Bollas, 1983).

Sin embargo la transición no me ha sido fácil, en términos de los límites de esa disponibilidad. Resulta bastante obvio que la autodevelación debe estar guiada tanto en su oportunidad como en su profundidad por aquello que pueda ser mejor para el paciente. Pero esto es más fácil de decir que de hacer, ya que en los momentos en que surge la ocurrencia de autodevelar un pensamiento o emoción no siempre es tan claro para quién es conveniente. En este punto vale la pena agregar la sugerencia de Maroda que nos recuerda que "el aspecto esencial de develar la contratransferencia es la naturaleza de la respuesta afectiva al paciente, no la revelación de información personal" (Maroda, 2004).

**VIÑETA:** En un grupo de *training* para psicólogos en un postítulo, se produce una vez más un repetido silencio, luego de un rato de interacción que siento defensiva. Pienso para mis adentros, un tanto irritado.- ¡aahh si acaso quieren, total el grupo es de ellos! Una de las participantes me mira y me dice: -Tiene cara de enojado, Dr... Respondo: - estoy cansado... (Y luego de una vacilación) en realidad sí, estoy irritado. Y les cuento de mi pensamiento. Esta autodevelación genera una



inmediata reacción colectiva, todos se involucran y opinan planteando sentimientos similares, el grupo retoma su trabajo y se vitaliza.

**JUEGO, CUENTOS Y HUMOR:** La capacidad de jugar ha sido acogida y pensada en el psicoanálisis principalmente por Winnicott:

la psicoterapia se hace en la sobreposición de dos áreas de juego, la del paciente y la del terapeuta. Si el terapeuta no puede jugar, entonces él no es adecuado para el trabajo. Si el paciente no puede jugar, entonces algo debe ser hecho para permitir al paciente llegar a ser capaz de jugar, después de lo cual la terapia puede empezar. La razón por que el jugar es esencial, es que en el jugar el paciente está siendo creativo (Winnicott, citado por Erhenberg).

Podemos pensar también que en el uso del humor y los cuentos en psicoterapia son aplicables los conceptos de regulación afectiva (Fonagy y Target, 2003) en el sentido de la función materna de disminuir para el bebé un afecto negativo de gran intensidad e incluir uno positivo, como por ejemplo la madre que acaricia el rasmillón de su hijo cantando "sana, sana, potito de rana"; por un lado está tomando en serio y respondiendo a la angustia y el dolor de este y por otro está relativizándolos y separándose de ellos.

En el anuncio de un Seminario dictado recientemente (febrero 2011) Ehrenberg lo conceptualiza así:

En muchos casos el humor y la risa pueden ser poderosas armas en el contexto analítico que permiten rápidamente una resolución radical en momentos muy difíciles. Ellos se convierten en herramientas "meta" que abren a una perspectiva nueva y más amplia y pueden iniciar un nivel diferente del discurso, la experiencia y el compromiso (Ehrenberg 2011).

El contar historias y algunos chistes forma parte cotidiana de mi modo de trabajar, creo que permite un acercamiento indirecto que deja relativizar y en cierto modo pone en un contexto más universal las dificultades humanas. La siguiente viñeta es más bien de una historia contada con resultados poco claros:

**VIÑETA:** En un grupo de mujeres que funciona una vez por semana en el Centro de Salud Mental de la Universidad Católica, una de las pacientes se queja: (extracto de la grabación)

**P1:** Ud. no nos dice nada, puro mira y no dice nada...

**T:** Otro pajarito (haciendo referencia a una sesión anterior en que habían calificado a los hombres (maridos) como "pajaritos")

**P1:** (risas) Noo, no creo que sea pajarito. Pero no nos dice nada concreto, no nos aconseja... mira, mira y no dice nada. Uno viene meses y meses y no escucha nada... porque una tiene que ir puro descubriendo...

**P2:** Lo lento del asunto...

**T:** Esto que usted dice me hizo recordar un cuento: Una vez va un gringo al mercado de Chillán, ve un buhito que había para la venta y le dice al vendedor: ¿Oiga, el lorito habla?

A lo que éste le contesta.- Claaro po patrón es cosa de que le enseñe. El gringo lo compra. Pasan dos meses y vuelve el gringo y el vendedor le dice ¿Y, patrón, le habló el lorito? -¡ Noo, todavía no habla, pero se fija mucho!

Risas de todo el grupo.

**P1:** Eso me gusta por un lado y por otro me entristece, porque yo viví años haciendo no más sin pensar.

Luego la paciente cuenta que su hermano tiene un hijo al que no le toma en serio sus cosas y que siempre se las echa a la broma y que ella lo confrontó con eso. Le observo que a lo mejor me parezco a este hermano, pero la paciente lo niega.

A la sesión siguiente la paciente falta, y yo pienso si habré cometido un error, al no tomar más directamente el reclamo de ella. A la sesión subsiguiente la paciente viene y retoma el tema, sugiriendo que esta sintió que no había entendido bien el cuento pero no se había atrevido a preguntar.

Para terminar, considero necesario mencionar, a propósito de la cantidad de artículos que promueven las ideas relacionales e intersubjetivas incluyendo este, algo que suele ocurrir en todas las ciencias y artes humanas con las verdades. Estas, luego de descubiertas tienden a la norma, la rigidez y la fosilización. Lo que me trae a la memoria esta pequeña historia:

Se encontraba el diablo conversando con un amigo, cuando repentinamente vieron a un hombre en la tierra que se encontró un pedazo de verdad; -hmm, le dijo el amigo, mal negocio para ti. -No importa, dijo el diablo, voy a dejar que la organice.

## REFERENCIAS

1. Alexander F, French TM. (1946) Psychoanalytic therapy principles and application. New York Ronald Press
2. Ancona L. (2000) Bion and Foulkes, a mythological encounter. only, but it is already enough. *Funzione Gamma journal* 18 August 2000

3. Aron L. (1996) *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis. Relational Perspectives Book Series The analytic Press*
4. Bacal HA. (compilador) (1998) *Optimal responsiveness: How therapist heal their patients.* New Jersey Jason Aronson Inc
5. Beebe B, Lachmann FM. (2002) *Infant research and adult treatment.* Hillsdale, NJ: The Analytic Press
6. Dalal F. (1998) *Taking the group seriously: Toward a post Foulesian Group Analytic theory International library of Group Analysis.* London and Philadelphia. Jessica Kingley Publishers
7. Ehrenberg D. (1992) "The Intimate Edge." W.W. Norton & Company, Inc. USA
8. Fairbairn W. (1962) *Estudio psicoanalítico de la personalidad* Buenos Aires Ed. Paidós
9. Fiscalini J. (2006) Principles of coparticipant inquiry: An introductory outline and implications for therapeutic action. *International Forum of Psychoanalysis*, 1651-2324
10. Fonagy P. (1999) Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. Volume 15, Issue 4, 2006, Pages 214-219. Publicado en *Aperturas Psicoanalíticas* nº 3 el 05/11/
11. Fonagy P, Target M. (2003) *Psychoanalytic theories: perspective from developmental psychopathology.* New York Bruner y Routledge
12. Freud S. (1978) *Estudios sobre la histeria.* En: *Obras completas.* Amorrortu, Buenos Aires
13. Gill M. (1984) *Psychoanalysis and psychotherapy: a revision.* En the *International Review of Psychoanalysis* 11: 161-179
14. Guntrip H. (1969) *Schizoid phenomena, object relations and the self.* New York International Universities Press
15. Heisenberg W. (1971) *On physics and beyond.* New York, Harpers & Row
16. Hinshelwood RD. (2007) *Bion and Foulkes: The Group-as-a-Whole Group Analysis* 40(3) September
17. Jafee J, Beebe B, Feldstein S, Crown CL, Jasnow MD. (2001) Rhythms of dialogue in infancy monographs of the society for researching. *Child Development* 66 (2 serial N 265)
18. Kaes R. (1999) *Las Teorías Psicoanalíticas del Grupo* Amorrortu Editores
19. Krisnamurti J. (1970) *Early writings.* Vol III Bombay: Chetana
20. Lavie J. (2005) December *The Lost Roots of the Theory of Group Analysis: 'Taking Interrelational Individuals Seriously'.* *Group Analysis* 2005; 38; 519
21. Maroda K. (2004) *The Power of Contratransference.* (2 ed.) (version original 1991). London Routledge
22. Mitchell SA. (1988) "Conceptos Relacionales en el Psicoanálisis. Una integración." Siglo Veintiuno Editores. México
23. Naranjo C. (1970) *La vieja y novísima gestalt.* Santiago de Chile Editorial Cuatro Vientos
24. Orange D. (1995) *Emotional understanding Studies in psychoanalytical epistemology.* New York; Guilford Press
25. Pintos ML. (2004) *El neuropsiquiatra Kurt Goldstein en la génesis del pensamiento fenomenológico de Merleau-Ponty.* Universidad de Santiago de Compostela, España
26. Renik O. (2004) *Intersubjetivity in psychoanalysis.* En the *International Journal of Psychoanalysis* 85: 1053-64
27. Safran y Muran (2000) *La Alianza Terapéutica: una guía para el tratamiento relacional.* Desclee España
28. ——— (2006) *Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness?*
29. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2006. Vol. 43, No. 3, 286-291
30. Stein (1991) *Psicoanálisis Compartido Colección Interinc* Buenos Aires. Argentina
31. Sterba R. (1934) *The fate of the ego in analytic therapy.* En *International Journal of Psychoanalysis* 15: 117-126
32. Stern D. (1990). *El mundo interpersonal del infante.* Buenos Aires: Ed. Paidós
33. Stolorow R, Atwood G. (2004) "Los Contextos del Ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica." Herder Editorial, Barcelona España
34. Thumala (2004) *Psicoterapia Analítica de Grupo Técnica y Cambio Psíquico en Avances en Psicoterapia y Cambio Psíquico.* Santiago, Ediciones Sociedad Chilena de Salud Mental Stgo. Chile
35. Threvarthen C. (1998) *The concept and foundations of infant intersubjectivity en S. Braten (Ed.). Intersubjective communication in early ontogeny.* Cambridge: Cambridge University Press. pp. 15-46
36. Tyson P, Tyson RL. (1990) *Teorías psicoanalíticas del Desarrollo, una integración.* Yale U. USA
37. Von Glaserfeld E (1994) *Despedida de la Objetividad, en el Ojo del Observador.* P. Watzlavic y P K. Compiladores Editorial Gedisa, Barcelona
38. Zetzel E. (1956) *Current Concepts of transference.* En: *International Journal of Psychoanalysis* 37, 369-376