

Estructura de los grupos terapéuticos *

Mercedes F. de Garbarino y Hector Garbarino
(Montevideo)

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En este trabajo nos hemos referido exclusivamente a la estructura de los grupos terapéuticos conducidos psicoanalítica-mente. El manejo de los grupos según las normas y principios del psicoanálisis, nos ha llevado a algunos procedimientos técnicos y concepciones teóricas específicas para los grupos.

Hemos estudiado la estructura de los grupos terapéuticos, primero según un corte transversal y segundo según un corte longitudinal. En el primer caso observamos que la estructura de los grupos constituye una gestalt única que encierra dos subgrupos, el sub-grupo de pacientes y el sub-grupo de terapeutas. Estos dos sub-grupos están relacionados dialécticamente y poseen una finalidad común. La función común es crear y desarrollar lo que hemos llamado la enfermedad grupal. Hemos descrito también un “ente abstracto grupal” como expresión de esta enfermedad y que es el resultado de una síntesis dialéctica de las proyecciones de las partes enfermas y sanas de los individuos que componen el grupo. Este “ente abstracto grupal” tiene una función selectiva sobre estas mismas proyecciones, y es consecuencia de un trabajo realizado conjuntamente por pacientes y terapeutas.

El concepto de enfermedad grupal sólo puede desarrollarse en los grupos “cerrados”.

La base de la situación analítica grupal es el diálogo intergrupal. Se describen diferentes variedades de transferencia grupal, así como diferentes tipos de interpretaciones, teniendo en cuenta distintos aspectos de la relación de los pacientes con los terapeutas, así como de la relación del individuo con el grupo.

Con respecto al estudio de la estructura según un corte longitudinal, reconocemos tres períodos: un período inicial, otro de desarrollo y una fase de terminación, durante los cuales se desarrolla la fantasía de enfermedad grupal.

Hemos denominado fase de integración al primer periodo, por considerar que es su faceta más saliente, y hemos descrito algunas de sus características. En el segundo período de desarrollo, es donde se trabaja más intensamente con la fantasía patológica común. Esta fantasía tendría un poder catalizador sobre las expresiones verbales y preverbales del grupo, que le son afines, y un poder de repulsión sobre las fantasías que le son ajenas. Este período es el más extenso, el más difícil de describir y característico de cada grupo.

Finalmente, se describe el tercer período o período terminal. Se intenta aclarar el concepto de terminación de un grupo, refiriéndolo esencialmente al grupo como una gestalt y no a los individuos considerados aisladamente. La tarea esencial de esta fase

* Relato oficial presentado en el V Congreso Psicoanalítico de Psicoterapia de Grupo. San Pablo, 1967.

es la elaboración del duelo por la separación, con sus ansiedades y defensas características. Una cualidad específica de los grupos es la importancia que adquiere en este momento el observador, debiendo el grupo analizar sus ansiedades en relación a la pareja de terapeutas. Se produce también una recuperación de la identidad individual como preparación para la disolución del grupo. Aumenta, correlativamente el “insight” sobre la realidad interna y externa.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

This paper deals exclusively with the structure of therapeutic groups conducted according to the psychoanalytical technique. The conduction of groups according to psychoanalytical norms and principles enabled us to find technical procedures and theoretical concepts specific to therapeutic groups.

We have studied the structure of therapeutic groups first in what concerns the inter-relationships of its different components, at any given moment of its evolution, and then its modifications in the course of evolution. In the first case we were able to observe that the structure of groups constitutes a gestalt which endoses two sub-groups: the group of the patients and that of the therapists. The two subgroups are connected dialectically and they have in common a finality. Their function is to create and develop what we call “the illness of the group”. We also describe an “abstract group entity” which expresses the illness and which is the result of a dialectic synthesis of the projections of both healthy and sick parts of the individuals forming the group. This “abstract group entity” selects those projections and is the result of a team work of both the patients and the therapists.

The concept of “illness of the group” can only develop in a “closed” group.

The basis of the analytic situation in a group is a dialogue between its parts. We describe a variety of group transferences as well as various kinds of interpretations, taking into account different aspects of the relationship between patients and therapists, and between individuals and the group.

We may distinguish three periods in the course of evolution of a group: initiation, development and termination. The phantasy of group illness develops itself throughout the three periods.

The first period we call “integration phase” and we describe some of its characteristic features. Team work on the common pathological phantasy is at its highest during the second period. This phantasy seems to act as a catalyst on verbal and pre-verbal expressions of the group akin to it, and reject the alien ones. This period is of the three, the longest, more difficult to describe and also characteristic of each group.

Finally we describe the third period, or termination period. We try to make precise the concept of termination of a group, referring it especially to the group as a gestalt and not to the individuals isolated. The main task during this period is the working through of mourning for separation, its peculiar anxieties and defences. A specific feature of therapeutic groups is the growing importance of the observer during the phase of termination. Anxiety related to the couple of therapists must be analyzed by the group. As a preparation for the breaking away individuals recover their identity. Correlatively a deeper insight is achieved about both internal and external reality.

Descriptores: PSICOTERAPIA DE GRUPO / GRUPO PSICOTERAPEUTICO / GESTALT / TECNICA DE PSICOTERAPIA DE GRUPO / PACIENTE / TERAPEUTA / DIALOGO / TRANSFERENCIA / INTEGRACION / FIN DEL ANALISIS / COTERAPIA / INTERPRETACION.

Vamos primero a delimitar el campo en el cual trabajamos. Nos vamos a referir exclusivamente a la terapia psicoanalítica de los grupos. No desconocemos que existen otras formas de terapia grupal, pero tienen estructuras que les son propias y diferentes a la que vamos a describir.

Pensamos que las bases teóricas y los procedimientos técnicos que utilizamos en el análisis individual, pueden ser perfectamente aplicables a los grupos. En una y otra situación existen esencialmente las mismas angustias básicas, es decir, angustias paranoides, depresivas y confusionales, y los mismos procesos defensivos, especialmente aquellos que se observan en las psicosis, como la identificación proyectiva e introyectiva, la disociación y la escisión, la omnipotencia, la idealización etc.

También nuestro proceder técnico es muy similar al que utilizamos en el psicoanálisis individual. Como en éste, nuestra principal arma terapéutica es la interpretación. Así es que evitamos todo contacto con los pacientes fuera de las sesiones, de modo de tener con ellos exclusivamente una comunicación terapéutica. Nuestra conducta con respecto a los horarios, vacaciones, etc., es exactamente la misma que en el análisis individual. Como en éste, establecemos un contrato previo y exigimos un estricto cumplimiento por ambas partes, tanto por parte del paciente como de los terapeutas.

Por todos estos elementos que tienen en común con el psicoanálisis y que hemos enumerado muy sucintamente y en forma incompleta, entendemos que se justifica que designemos a nuestro método terapéutico psicoterapia analítica de grupo.

Hasta aquí, algunos elementos en común con el psicoanálisis individual. Pasemos ahora a describir lo que es específico de la terapia grupal.

Estudiaremos la estructura de los grupos terapéuticos, primero según un corte transversal y luego en un corte longitudinal; de este modo trataremos primero de ver al grupo en cualquier momento de su evolución, estudiando como se interrelacionan las diferentes partes que lo componen, para luego estudiar la estructura según su desarrollo temporal, es decir sus modificaciones en el curso de su evolución.

Si hacemos un corte transversal del grupo, lo primero que observamos es que se trata de una gestalt única, pero que esta unidad encierra dos sub-grupos que poseen entre sí una relación dialéctica y que tienen una finalidad común.

La función común a todos sus integrantes es desarrollar la enfermedad grupal. Como ya hemos sostenido en un trabajo anterior, la tarea principal de pacientes y terapeutas en todo grupo terapéutico, es crear, desarrollar y resolver una enfermedad propia, y que es característica para cada grupo. Esta enfermedad no es la suma de las enfermedades de cada uno de los pacientes, ya que no se trata ahora en el grupo terapéutico de las enfermedades de los individuos aislados, como entes individuales, sino de las enfermedades de los individuos en el grupo, entendiendo por tal la patología individual de cada uno modificada por la interacción grupal, es decir, por la proyección de los demás. De estas enfermedades de los individuos va a surgir la enfermedad grupal, que es una enfermedad única pero que pertenece a todos.

Como es sabido, los mecanismos que operan en los grupos son fundamentalmente psicóticos, y, a nuestro parecer, el mecanismo predominante es la identificación proyectiva.

Vamos a recurrir, para clarificar este complejo problema, a un artificio y suponer la existencia de un ente abstracto al que llamaremos “ente grupal”. Este “ente grupal” vamos a considerarlo en principio como expresión misma de la enfermedad grupal. Se constituye en base a las identificaciones proyectivas de aspectos enfermos y sanos de cada uno de los componentes del grupo. De la intensidad de estas proyecciones, así como de la calidad de las mismas, y del interjuego que resulte de la confrontación entre ellas, surgirá el “ente grupal”, como una síntesis dialéctica de los aspectos enfermos y sanos del grupo.* Este “ente grupal” seleccionará las proyecciones que recibe, rechazará algunas de ellas, y asumirá otras, según la intensidad y cualidad de las mismas: las que a su vez resultan del encuentro de las diferentes identificaciones proyectivas. Es una ficción, pero nos parece un concepto útil para comprender los fenómenos grupales. Las ansiedades resultantes de su formación serán asumidas, en cada momento, por algunos de los integrantes del grupo.

Este “ente grupal” comienza a formarse desde las primeras sesiones del grupo, aunque sea, en este momento, naturalmente muy impreciso y con frecuencia difícilmente captable aún para los propios terapeutas. El trabajo de los terapeutas incide fundamentalmente sobre este “ente grupal” durante toda la evolución del grupo terapéutico y su análisis no termina sino con el grupo mismo. Nos referiremos posteriormente a sus variaciones en el curso del tiempo.

Los dos sub-grupos a que nos hemos referido como constituyendo la gestalt única grupal, son el sub-grupo de pacientes y el sub-grupo de terapeutas. Al sub-grupo de pacientes le corresponde la tarea, como acabamos de decir, de realizar las proyecciones que originarán el ente grupal, y al sub-grupo de terapeutas las interpretaciones que integrarán, definirán y darán relieve a esta enfermedad grupal.

El “ente grupal” que nosotros tratamos de describir, si bien tiene alguna similitud con los supuestos básicos de Bion, son mucho mayores las diferencias. Bion se refiere a creencias emocionales colectivas, constantes en todos los grupos y de las que, en un momento dado, participan todos los componentes. Pensamos, con Bion, que estos supuestos básicos, existen en todos los grupos, y constituyen, un componente emocional de la enfermedad grupal. Pero esta última, es un ente abstracto mucho más complejo, que incluye no sólo las emociones colectivas grupales, sino también otras partes del Yo o del Superyo de los integrantes, que han sido asumidas por el ente grupal, así como las defensas contra las emociones e impulsos. Además, y esta es la diferencia fundamental, los supuestos básicos son emociones ya dadas en todo grupo, en cambio el “ente grupal” tiene que constituirse, y es característico de cada grupo. Lejos de ser algo predeterminado y supuesto, es una formación colectiva que se crea

* Este ente abstracto grupal, si bien tiene alguna analogía con el “Abstractus” del Dr. Enrique Picuda Riviére en cuanto es un personaje ideal que representa a un grupo social (lado, tiene diferencias importantes. El “Abstractus” es un resultado estadístico, es decir, los porcentajes medios de las respuestas de un cuestionario determinado. El “ente abstracto grupal”, tal como nosotros lo concebimos, no es un resultado cuantitativo, sino cualitativo, y expresión de una síntesis dialéctica de las diferentes proyecciones de cada uno de los componentes de un grupo. Por otra parte, el experimentador que investiga el “Abstractus” está mucho menos implicado en el resultado del mismo, procura no interferir para nada en su construcción, contrariamente al “ente abstracto grupal” en cuya creación hay una activa participación de los terapeutas del grupo.

en el grupo, y cambiante a través de su desarrollo, aunque conservando sus rasgos esenciales.*

Por consiguiente, nosotros partimos del supuesto de que el grupo terapéutico desarrolla su propia enfermedad. Considerado así, es fácilmente comprensible que únicamente los grupos terapéuticos cerrados tienen la posibilidad de crear su enfermedad grupal; esto quiere decir que nosotros no incluimos nuevos integrantes en el grupo una vez comenzado. Puede ocurrir que algún miembro se retire, pero en ese caso, no lo sustituimos. Pensamos que es nuestro modo de trabajar actual en relación a la enfermedad grupal, lo que determina una mayor integración grupal, y esto, a su vez, hace que los miembros no abandonen el grupo, de modo que termina con los mismos componentes con los cuales se inició, o con uno o dos integrantes menos. Es por esta razón que, por lo general, no iniciamos ningún grupo sin contar con el máximo de sus integrantes, que consideramos de ocho personas.

Por otra parte, en nuestra experiencia hemos observado que los grupos se resisten a la inclusión de nuevos elementos, y que esta resistencia es tanto mayor cuanto más estructurada está la enfermedad grupal. Creemos que no es simplemente la dificultad de aceptar nuevos hermanos, como es costumbre interpretar, dado que la estructura de los grupos terapéuticos, si bien tienen elementos en común con el grupo familiar, no es básicamente la misma. Una diferencia que nos parece esencial, es que en un grupo familiar, los integrantes no forman parte de la familia por decisión propia, contrariamente a lo que sucede en el grupo terapéutico, que se constituye por decisión expresa de sus integrantes. Esto hace que se sientan más comprometidos en el destino del grupo.

Dijimos más arriba que la estructura gestáltica grupal está compuesta por dos subgrupos, el grupo de terapeutas y el de pacientes. Nos corresponde ahora precisar un poco más acerca de la relación entre ambos grupos. La base de la situación analítica grupal es el diálogo intergrupal. Pero este diálogo tiene características muy especiales. Lo estudiaremos sucesivamente visto del lado de los terapeutas y visto del lado de los pacientes. Del lado de los terapeutas, sólo uno de ellos es el agente activo del diálogo, es decir, el que establece el diálogo verbal. Sin embargo, es evidente que constituyen un grupo de dos personas, siempre presentes, aunque vividos de diferente modo, según los diferentes momentos del grupo. Podríamos describir, por lo menos, cuatro variedades de transferencia grupal. En una de ellas, los terapeutas son vividos como fusionados, constituyendo una pareja combinada, creándose, como es obvio, una ansiedad muy persecutoria con respecto a la misma. Una segunda variedad observada corresponde a la vivencia de la pareja como una disociación de objeto, siendo uno de los terapeutas el objeto idealizado, y el otro el perseguidor, pudiendo intercambiarse estos roles. Una tercera variedad sería la pareja vivida como una unidad, no ya de dos objetos fusionados, como en el primer caso, sino de un objeto único. En este caso, terapeuta y observador, son vividos juntos como madre (o padre) o como pecho (o pene). Por último una cuarta variedad es la pareja de los terapeutas vividos como dos individuos, constituyéndose, por lo general, como la pareja edípica.

* Este “ente abstracto grupal” podría coincidir con el concepto de “constelación dinámica colectiva” mencionado en el libro “Psicología de grupo” de Grinberg, Langer y Rodrigué, y descrito como el conjunto de las estructuras emocionales primitivas colectivizadas, los supuestos básicos de Bion y los roles o funciones. Debido a que este concepto no está desarrollado, no podemos llevar más lejos la similitud entre ambos. Lo mismo nos ocurre con el concepto de “matriz del grupo” de Foulkes, descrito como un campo total de interacción.

Si observamos ahora la situación del lado de los pacientes, notamos en seguida que contrariamente a lo que sucede en el grupo de terapeutas, donde existen roles fijos, ya que uno interpreta y el otro observa,* todos los pacientes tienen, en un sentido potencial, las mismas posibilidades de asumir cualquier función. A pesar de esta diferencia, la situación del lado de los pacientes se correlaciona con la que hemos visto del lado de los terapeutas. Si nos planteamos la pregunta: ¿con quiénes dialogan los terapeutas? podríamos responder que dialogan con un grupo como un todo o también que dialogan con individuos que integran un grupo. A nuestro parecer, estas dos situaciones se dan constantemente en cada sesión.

Con respecto a la primera situación, la que se refiere a la vivencia de los pacientes como un todo, tenemos que considerar distintas variedades. En una de ellas, el grupo es vivido por los terapeutas como un ser único, ya sea total o parcial, por ejemplo, un niño, o una boca ávida, o un pecho que alimenta. Esta vivencia de los pacientes correspondería a las variedades primera y tercera vistas del lado de los terapeutas. Otras veces, los pacientes son vividos como dos grupos, por ejemplo, un grupo de hombres y otro de mujeres correspondiendo a la pareja de terapeutas vividos como dos individuos. En una tercera variedad, los pacientes corresponden a partes disociadas de un todo. En estos casos, puede suceder que una de las partes disociadas, ya sea por rechazo de los demás integrantes del grupo, o porque el paciente que la asume es incapaz de integrarse al grupo —reintegrando, por lo tanto, lo disociado—, puede suceder, decíamos, que la parte disociada se constituya en una parte mutilada del grupo. Cuando esto sucede, el paciente a veces se retira del grupo, y otras veces, persiste en él, pero sólo obteniendo escasa o ninguna mejoría.

Como consecuencia de estas diferentes vivencias, tanto de parte de los pacientes como de los terapeutas, se originan distintos tipos de interpretación. Estas pueden ser interpretaciones ya sea dirigidas al grupo o ya a los individuos en el grupo. En el primer caso, cuando son dirigidas al grupo, pueden ser totales y transferenciales, o parciales, es decir, referidas a partes del grupo relacionadas entre sí, y en este caso, transferenciales o extratransferenciales. Estas últimas, naturalmente, son sólo preparatorias de las interpretaciones transferenciales. En lo que respecta a las interpretaciones referidas a los individuos en el grupo, éstas pueden consistir en interpretaciones al individuo como expresión de la totalidad o de una parte del grupo, u otras veces, a la situación del individuo frente al grupo.

Trataremos ahora de estudiar la estructura de los grupos terapéuticos según un corte longitudinal. Notaremos entonces que todo grupo, del mismo modo que en el análisis individual, cumple una evolución cíclica, es decir, tiene una fase de comienzo, un período de desarrollo y una fase de terminación. Describir estos tres períodos de la evolución de un grupo, es desarrollar lo que hemos llamado la fantasía de la enfermedad grupal.

Como ya hemos dicho anteriormente, el grupo es una gestalt desde su iniciación, pero es difícil percibir, en estas primeras sesiones, la patología del grupo. Es en función de esta gestalt inicial que observamos en los comienzos de los grupos una marcada tendencia a la integración. Por este motivo, podríamos denominar a esta fase inicial, fase de integración grupal. Quisiéramos aclarar que la integración es un proceso que continúa durante toda la evolución del grupo y no termina sino con el grupo mismo. Al llamar fase de integración a este primer período, sólo queremos destacar su cualidad

* Ya desde hace algún tiempo, nunca intercambiamos estos roles. Esto quiere decir, que si falta el terapeuta que interpreta, preferimos suspender el grupo. En cambio, si falta el terapeuta observador realizamos lo mismo el grupo, ya que en este caso no hay intercambio de roles.

más notable. En este período inicial, hay una búsqueda de los elementos que son comunes al grupo, y de aquellos que los diferencian. La preocupación fundamental de este período es detectar si hay, entre los integrantes del grupo, cualidades o características que, en la fantasía, se consideren incompatibles con la tarea grupal. Pensamos que ésta es una de las principales razones por la cual se puede perder algún integrante en las primeras sesiones. En virtud de esta tendencia, el grupo busca hacer consciente aquellas cualidades o características que sienten como diferentes al grupo, tratando de integrarlas. Ejemplo de esto pueden ser las diferencias de edad, de cultura, o de raza. Es característico de este periodo las presentaciones, la búsqueda del tuteo, la designación de los integrantes entre sí por el nombre de pila, la necesidad de establecer un plan o sistema de trabajo, la indagación y expectativa acerca de las reglas de juego de los terapeutas, así como de su personalidad (su grado de salud, su capacitación profesional). La integración, por consiguiente, se realiza según dos direcciones: una, integración de los pacientes entre sí, y otra, de los pacientes con los terapeutas, aunque estén obviamente muy relacionadas.

Una de las dificultades más importantes que hemos observado en este primer período y que se opone a la integración del grupo y, por lo tanto, a la construcción de la enfermedad grupal, es la dificultad de introducir en el grupo la enfermedad individual, por temor a contagiar a los demás, inclusive a los terapeutas. De ahí la importancia de interpretar de inmediato estas ansiedades de dañarse mutuamente al proyectar la enfermedad en el grupo.

Otras veces, la enfermedad individual es utilizada como defensa para no “entrar” en la enfermedad grupal. Como hemos descrito en trabajos anteriores, estos pacientes “monologan” con su enfermedad, procurando mantener su identidad individual amenazada por la existencia del grupo. Uno de nuestros pacientes calificó esta actitud de “neurosis de autoafirmación”, expresando así el temor neurótico a la absorción de la individualidad por el grupo. Esto nos lleva directamente a otra de las angustias iniciales que perturban la integración y que es el temor a perder la identidad individual.

En el período siguiente, período de desarrollo, es donde observamos con más claridad el trabajo del grupo sobre la fantasía patológica común. Poco a poco se va desarrollando esta fantasía, y va adquiriendo perfiles más y más definidos. Esto es debido a que la fantasía de enfermedad grupal ejerce un poder catalizador sobre las manifestaciones no verbales y preverbales que tienen relación con ella, y un poder de repulsión sobre aquellas que le son ajenas. Volvemos con esto al ente abstracto grupal descrito anteriormente. Así, nos explicamos las manifestaciones de los pacientes que no dicen algunas cosas individuales por sentir que en este momento “no tienen cabida en el grupo”. Entendemos que este “no tener cabida” es quedar afuera de la enfermedad grupal. Puede también suceder lo contrario, que el paciente las exprese cuando no tiene “insight” de la enfermedad grupal, pero la sensación general, tanto de los terapeutas como de los compañeros, es que nada tiene que ver con la situación que están viviendo.

Este período intermedio, que es el más extenso, y que llamamos período de desarrollo, es el más difícil de describir, dado que es diferente para cada grupo. Si bien hablamos de una fantasía de enfermedad grupal que es característica de cada grupo, debemos ahora aclarar este concepto. No queremos decir que el grupo desarrolle una única fantasía patológica común sino que en el curso de su evolución, va elaborando diferentes fantasías relacionadas entre sí. Creemos que sería de mucha utilidad en el futuro investigar la fantasía de enfermedad grupal que constituye el aspecto patológico prevalente en cada grupo y, de este modo, se llegaría a establecer una clasificación

patológica específica de los grupos. Infortunadamente, nosotros no estamos todavía en condiciones de intentarla.

Pero sí podemos intentar, a modo de hipótesis, describir cómo se constituye esta fantasía de enfermedad grupal. Sucede en los grupos que algunos componentes van expresando sus conflictos y angustias, pero no siempre se observa que éstos ejerzan un poder estabilizador sobre los conflictos y angustias de los demás. Cuando esto sucede, cuando una fantasía expresada por alguien tiene un poder aglutinante sobre las fantasías de los demás, es decir, que las manifestaciones verbales o preverbales de los componentes del grupo se centran y alimentan aquella fantasía, entonces se ha constituido lo que llamamos la fantasía de enfermedad grupal. Esta fantasía sufrirá después un sinnúmero de cambios a través de la evolución del grupo, tendrá múltiples ramificaciones, y éstas aparecerán cada vez como muy diferentes del tronco original, pero creemos que, sin embargo, toda la evolución del grupo quedará teñida por esta fantasía de enfermedad grupal surgida en los comienzos del grupo.

Pasemos ahora a hacer algunas consideraciones acerca del período terminal. ¿Cuándo se inicia este período? ¿Y cuáles son los signos que nos permiten inferir que se puede terminar el grupo? Es común que los grupos expresen la fantasía de terminación aún antes, y a veces mucho antes de estar en condiciones de enfrentarla. En estos casos, surge como una defensa frente a situaciones que despiertan una ansiedad excesiva. Muy diferente es la situación cuando el grupo a través del “insight” de su fantasía de enfermedad grupal ha sufrido un proceso de crecimiento que lo hace sentir que ya no necesita más de los terapeutas, porque las posibilidades terapéuticas se han colmado. Observamos entonces que la relación de los componentes del grupo entre sí y con los terapeutas es más fluida, que hay mucho mayor comprensión de las situaciones grupales e incluso que algunos componentes están en condiciones de interpretarlas correctamente. Es decir, que para terminar un grupo tomamos más en cuenta la situación analítica grupal en la forma que la hemos descrito, que los cambios o mejorías externos de cada uno de los componentes. El criterio sigue siendo en este punto el de considerar al grupo en sí, es decir, que nos interesa más la evolución del grupo que la de sus componentes considerados individualmente. Pensamos que continuar el grupo cuando se ha alcanzado la evolución a la que nos hemos referido, muy poco o nada beneficiaría a aquellos componentes que, a ese nivel de desarrollo, no han logrado mejorías satisfactorias.

Llegado a este momento, el grupo inicia su período de terminación, y la primera tarea a que se aboca es fijar la fecha en que esto tendrá lugar. Esta tarea no es fácil, y suele llevar muchas sesiones el decidir en definitiva la fecha de terminación. Al igual que en el análisis individual, esta fecha no deberá ser ni muy próxima ni muy lejana, debiendo analizarse las ansiedades que determinan la proposición de fechas inadecuadas.

La labor esencial de este período terminal es elaborar el duelo por la pérdida del grupo. Surgen manifestaciones de orden depresivo, como por ejemplo la vivencia de muerte frente a la terminación, y al mismo tiempo defensas contra la depresión y el duelo. Una de las más típicas es la ambivalencia frente a la terminación que suele expresarse por una división dentro del grupo, entre los que quieren terminar y aquellos que impugnan la resolución tomada. También se observan reacciones maníacas como el deseo de terminar enseguida, la negación de la depresión, etc.

Otro duelo que se observa es el sentimiento depresivo del Yo por las oportunidades que se han perdido, por lo que no se hizo y se pudo hacer y que ya no hay tiempo de recuperar.

Otra característica de este período es el balance de la labor realizada, y así vemos surgir rivalidad y envidia por los que se sienten más o menos frustrados frente a quienes se consideran han obtenido mayores beneficios. Estos, por su lado, experimentan sentimientos de culpa frente a sus compañeros y terapeutas por lo que han obtenido.

También observamos manifestaciones en relación a la frustración que ha tenido el grupo con respecto a la falta de comunicación directa con el observador. Este pasa a primer plano en muchas sesiones, e incluso suelen pedir que el observador se haga cargo del grupo. Esto permite analizar nuevamente las ansiedades edípicas con respecto a la pareja de terapeutas.

Otra característica esencial de este período es que durante esta fase terminal, la enfermedad grupal pasa a segundo plano, y adquieren mayor relieve las características patológicas individuales de cada uno. Hay una recuperación de la identidad individual frente a la identidad grupal, como preparación para la separación y disolución del grupo. Coincidiendo con esto, hay un mayor juicio de realidad, tanto con respecto a la realidad interna de cada uno, como de los terapeutas, que ahora son vistos en una dimensión más humana.

BIBLIOGRAFIA

1. FOULKES, S. H. y ANTHONZ, E. J.— “Psicoterapia psicoanalítica de grupo”. Paidós; 1964,

2. GARBAIRINO, M. E. DE; GABBARINO, H.: VAZQUEZ W. y col.—Grupos terapéuticos y grupos ideológicos . Aproximación a una explicación dialéctica. “Rev. Urug. de Psicoanálisis”, T. IV, N° 4; 1961-62.

3. GARIBARINO, M. F. DE; GARBARINO, H.; NIETO, M.; PREGO, V. M. DE y PREGO, I. E.— Mecanismo y evaluación de la curación en psicoterapia de grupo. “Rev. Urug. de Psicoanálisis”, T. VII, N° 1; 1965.

4. GRINBERG, L.; LANGER, M. y RODRIGUE, E.— “Psicoterapia del grupo. Su enfoque psicoanalítico”. Bs..As., Paidós; 1957.

5. ROLLA, E.— “Psicoterapia individual y grupal”. Ediciones 3; 1962.