



Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

ISSN: 2340-2733

redaccion@RevistaAEN.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría

España

Granell Ninot, Luis; Roig Bermúdez de Castro, Pilar; Oñoro Carrascal, Isabel;
Solano Parés, Miguel; Soler Sánchez, María del Mar; Sunyer Martín, José Miguel

Aplicación del grupoanálisis en la práctica clínica comunitaria

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría,
vol. 42, núm. 142, 2022, Julio-Diciembre, pp. 177-196

Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

DOI: <https://doi.org/10.4321/S0211-57352022000200010>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265073922021>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Aplicación del grupoanálisis en la práctica clínica comunitaria

Application of group analysis in the community-based clinical practice

LUIS GRANELL NINOT^a, PILAR ROIG BERMÚDEZ DE CASTRO^b, ISABEL OÑORO CARRASCAL^c, MIGUEL SOLANO PARÉS^d, MARÍA DEL MAR SOLER SÁNCHEZ^e, JOSÉ MIGUEL SUNYER MARTÍN^f

a) Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta y grupoanalista acreditado por FEAP. Centro de Salud Mental Salamanca (HU de la Princesa). Docente del Máster en Psicoterapia Analítica Grupal de Fundación OMIE y Universidad de Deusto en Madrid. Miembro Junta directiva APAG (Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal).

b) Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta acreditada por FEAP. Grupoanalista y Psicodramatista. Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal (HU Ramón y Cajal). Docente del Máster en Psicoterapia Analítica Grupal de Fundación OMIE y Universidad de Deusto en Madrid. Vocal Sección de Psicoterapia de Grupo de la AEN.

c) Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta y grupoanalista. Centro de Salud Mental de Leganés (Programa Comunitario Intensivo). Máster en Psicoterapia Analítica Grupal.

d) Psiquiatra. Psicoterapeuta y grupoanalista acreditado por FEAP. Coordinador del Hospital de Día de Adultos de Vallecas. Docente del Máster en Psicoterapia Analítica Grupal de Fundación OMIE y Universidad de Deusto en Madrid. Vocal Sección de Hospitales de Día de la AEN. Miembro Sección de Psicoterapia de Grupo de la AEN.

e) Psiquiatra. Psicoterapeuta y grupoanalista acreditada por FEAP. Coordinadora del Hospital de Día de Adultos del Hospital Psiquiátrico José Germain de Leganés. Docente del Máster en Psicoterapia Analítica Grupal de Fundación OMIE y Universidad de Deusto en Madrid. Miembro de la Junta directiva del Instituto de Grupoanálisis. Presidenta Sección de Hospitales de Día de la AEN. Miembro Sección de Psicoterapia de Grupo de la AEN.

f) Doctor en Psicología. Especialidad clínica. Patrono de la Fundación OMIE, miembro fundador de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal. Miembro fundador del Instituto de Grupoanálisis de la Fundación OMIE. Miembro de Honor de la Group Analytic Society International. Jubilado.

Correspondencia: Luis Granell Ninot (siulgn@hotmail.com)

Recibido: 06/09/2022; aceptado: 29/10/2022

Resumen: El grupoanálisis nació tras una primera experiencia de análisis mutuo (T. Burrow) retomada por Foulkes como experiencia psicoterapéutica grupal. Integra aspectos sociológicos (Eliás), psicoanalíticos (M. Klein, A. Freud, Jung), y más recientemente de la teoría del apego (Bowlby, Marrone) y las neurociencias (Golstein, Siegel). Es un modelo de pensamiento que se adapta a las diversas psicopatologías y encuadres asistenciales basado en el análisis de los componentes del grupo realizado por todos sus miembros, incluido el profesional. En este artículo se analizan algunos elementos conceptuales y clínicos que constituyen la estructura conceptual de un modelo introducido en España en 1976 (Campos, Guimón) mediante los cursos formativos de la Universidad de Deusto—Fundación OMIE. Es un modelo que se utiliza en diversos recursos de la amplia red comunitaria en la que se inserta la salud mental, considerando a pacientes, a sus familiares y a los profesionales como actores básicos de una red interpersonal de influencias mutuas.

Palabras clave: grupoanálisis, psicoterapia de grupo, red interpersonal, formación, red comunitaria.

Abstract: Group analysis was born after a first experience of mutual analysis (T. Burrow) taken up by Foulkes as a group psychotherapeutic experience. It integrates sociological (Eliás) and psychoanalytical (M. Klein, A. Freud, Jung) aspects, and more recently some elements of attachment theory (Bowlby, Marrone) and neuroscience (Golstein, Siegel). It is a model of thought that adjusts to various psychopathologies and care settings based on the analysis of the group carried out by all its members, professionals included. In this article some of the conceptual and clinical elements of a model introduced in Spain in 1976 by Campos and Guimón through training courses in the University of Deusto—OMIE Foundation are analyzed. It is a model that is used in various resources of the wide community network in which mental health is inserted, considering patients, families, and professionals as basic actors in an interpersonal network of mutual influences.

Key words: group analysis, group psychotherapy, interpersonal network, training, community network.

INTRODUCCIÓN

PROBABLEMENTE NOS HAYA SUCEDIDO ALGO SIMILAR a lo que le pasó a T. Burrow (1) al iniciar lo que junto a su paciente Clarence Shield denominaron “grupoanálisis”. El término es lo suficientemente atractivo como para que se asimile a una forma de psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica olvidando una de sus características básicas: la experiencia de análisis mutuo iniciado por ambos, según cuenta Gatti Pertegato (2,3).

S. H. Foulkes (4), al tanto de esos desarrollos, decidió reunirse con sus pacientes en la sala de espera de su despacho en Exeter, activando un estilo de trabajo parejo al de Burrow. Al creer que había abandonado el término –aspecto desmentido por el propio Burrow (1)– denominó a su actividad “grupoanálisis” (5,6).

Como psicoanalista –procedente del Instituto de Psicoanálisis de Fráncfort– pero muy influido por la sociología de Norbert Elias (7), sus desarrollos están a caballo, como sostiene Dalal (8), entre el terreno ortodoxo, siguiendo las pautas de Freud, y el terreno radical, por la influencia de Elias. Así, el análisis de lo que les sucede a quienes integran el grupo realizado por sus miembros, incluido el conductor, es un paso gigantesco en los procesos de intervención psicoterapéutica con inspiración psicoanalítica, siendo básica la participación activa de todos sus intervinientes.

El punto más complejo y difícil de integrar para los formados en la consideración del sujeto como *homo clausus* es su visión opuesta: *homines aperti*. Fue la idea básica que introdujo Elias (7,9), que coloca la problemática no solo en el mundo interno del individuo, sino –y a la par– en el que lo rodea y del que forma parte: la red de interacciones e interrelaciones conscientes e inconscientes establecidas con los demás, ampliándose a lo social en el sentido más vasto. Este es el cambio paradigmático que nos ha costado digerir e incorporar. Conlleva compartir los conceptos psicoanalíticos con las relaciones de interdependencia, matriz, situación transferencial, punto nodal, mutualidad, interdependencias vinculantes y mecanismos de comunicación y defensa, entre los aspectos más sobresalientes.

La idea de interdependencia puede resultar radical. Sabemos que, como Sueiro y López (10) señalan, desde la cuarta hora tras la concepción, la mórula y la madre mantienen su primer diálogo proteínas mediante, y marcan los primeros compases de reciprocidad. En nuestro mundo sanitario, ¿cuándo un paciente es considerado como tal?, ¿tras su primera llamada telefónica o solo cuando se presenta ante el profesional? Esto es importante, porque ahí se reactivan los mecanismos psíquicos que determinarán las características de la relación asistencial. Y subrayamos que tal momento incluye a todo el sistema, desde la persona que lo atiende en recepción hasta cualquier miembro del equipo asistencial.

Nada más llegar, el paciente queda integrado en una matriz de relaciones multidireccionales. En su establecimiento juegan mecanismos como la introyección, la proyección e identificación proyectiva, etc., que, como nos dice Kernberg (11), son defensivos, pero, a la par, comunicativos. Sistemas activados por pacientes y profesionales al establecer la relación asistencial, determinando un estilo vincular particular de la unidad o grupo al que se incorpora.

A partir de ahí, es fácil que las ansiedades –que en buena medida determinan las características relacionales del paciente– jueguen un papel relevante en los vínculos con quienes configuran el marco asistencial. Y activarán no solo los estilos vinculares de cada uno, sino también los esfuerzos por modelar la mente del otro: formas de expresar el poder siempre presente en las relaciones interpersonales, como bien señalan Elias (9) y Castells (12). Por tal entendemos la capacidad que tiene todo individuo de modificar, siquiera parcialmente, la forma de pensar, de interpretar sus percepciones, de actuar en relación a sí mismo o a los demás. Es algo innato; no un atributo personal, sino una capacidad relacional “que se utiliza para construir nuevos significados partiendo de los discursos a través de los que los actores sociales guían sus acciones” (12, p. 33). En el terreno psicoterapéutico se concreta en la “habilidad de modelar la mente del otro”.

Cada persona es un punto nodal de la red de comunicaciones –conscientes e inconscientes– que se dan en el marco y proceso asistencial, según explican Foulkes y Anthony (6), generando la matriz grupal. Las relaciones asistenciales requieren un cierto grado de mutualidad en la construcción del espacio psicoterapéutico generador de interdependencias normogénicas, como sostiene García Badaracco (13). El objetivo último es favorecer una maduración psíquica que conduzca a mayores dosis de autonomía y creatividad, según Sunyer *et al* (14-16). Tal matriz contiene los significados y características relacionales que dan sentido a las relaciones del grupo, integrándose lo personal con lo familiar y lo social.

Todas las relaciones activan interdependencias que contienen aspectos normogénicos y patogénicos adquiridos en los contextos familiares y sociales. Es en la explicitación y visualización de estas características, y en el establecimiento de paralelismos entre unos espacios y otros, donde se pueden reconocer las formas vinculantes disfuncionales. La base del marco asistencial la constituyen los mecanismos de comunicación y defensa. Así se actualizan las situaciones transferenciales que, como dice Foulkes (17), son propias de todo grupo y reproducen los mismos estilos relacionales que se dan en los marcos familiares de referencia. Contienen muchas de las características de la patología con la que se trabaja. Esto es parte de la contaminación del objeto de estudio, fenómeno descrito por Sunyer (18).

El trabajo asistencial conlleva la reelaboración de los sistemas vinculares de cada persona y entender los mecanismos de defensa como formas de comunicación

de aspectos complejos preñados de ansiedad de cada miembro del grupo. Incluyen los estilos relacionales de quienes están incluidos en la red asistencial –personal administrativo, personal asistencial, personal directivo– y en las estructuras asistenciales que la definen. Bajo este paraguas se propone la construcción de espacios relacionales reparadores que posibiliten el despliegue de la transferencia, la libre expresión emocional, la aceptación empática y la internalización de nuevos modelos de vinculación más saludables.

GRUPOANÁLISIS EN LA RED DE SALUD MENTAL

La red de salud mental es un complejo entramado de dispositivos interconectados con diferentes formas de funcionar. Quienes ahí trabajamos formamos redes de relaciones con los pacientes; y, entre nosotros, creamos el *plexus* profesional (5). Cada entorno y sus pacientes constituyen sus propias matrices, ocasionando variaciones en cada encuadre y contenido, y que sean distintos los lazos que se establecen entre quienes ahí se encuentran.

Como la red está inserta en la comunidad, sus movimientos políticos, sociales y económicos inciden en la vida, manifestaciones y procesos relacionales de pacientes y profesionales –ampliándose la propuesta de Nitsun (19, 20) sobre el espejo organizativo al introducirse estos aspectos de la red por transposición, como dice de Maré (21)–. Lo que introduce una lectura del síntoma que va más allá de los aspectos individuales.

Son muchos quienes formados en grupoanálisis llevan años adaptando este modelo a los diversos recursos y demandas que van surgiendo del contexto social. Eso habla de su carácter versátil y flexible. A su eficacia y eficiencia (22) se le suma su característica social y natural para tratar a varias personas en el mismo espacio e intervalo de tiempo. Conlleva un ahorro de medios y poder atenderlas con mucha más frecuencia de forma continuada. Además, sus factores terapéuticos (23) lo diferencian del encuadre individual, como nos explican Rico (24-26) y Sunyer *et al* (27), situándose como un agente terapéutico a considerar en el proceso de muchos de nuestros pacientes. Su potencial proviene de la propia trama relacional que emerge de las comunicaciones entre los integrantes del grupo. Ahí surgen las dificultades que se visualizan en las tensiones entre sus miembros (18).

La primera de las funciones de la que debe ocuparse el conductor de un futuro grupo –en el sentido de Bion (28) y Sunyer (18)– es la convocante. Incluye los criterios de inclusión y exclusión para el trabajo grupal descritos por Guillem y Lorén (29); aunque la experiencia nos enseña que hay otros a tener en cuenta. Los dispositivos de Salud Mental necesitan adaptarse a la demanda, al contexto específico y a las necesidades y limitaciones institucionales. El primer contacto presencial con el paciente en los

dispositivos donde trabajamos es una evaluación clínica individual. Para determinar la adecuación o no para la entrada al grupo, valoramos las siguientes variables:

1. La motivación para participar en un abordaje grupal.
2. El nivel de sufrimiento psíquico individual, basándonos en el cuadro sintomatológico y según nuestro marco diagnóstico: psiquiátrico, clásico, psicodinámico, relacional, etc.
3. El grado de conflictividad relacional e interferencia en las distintas áreas vitales y sociales del paciente.
4. Los niveles de *insight* o introspección, que indican la capacidad natural o adquirida del paciente para asociar su sintomatología con sus experiencias vitales relacionales.

Frecuentemente, y en correlación con la gravedad, en el discurso inicial del paciente existe una disociación grande entre la descripción de su sintomatología, reflejo de su sufrimiento interno, y su vida relacional: patrón interpersonal, conflictos familiares, etc. Por ese motivo, antes de proponer e incluir a tales pacientes en los grupos nos resulta conveniente realizar un trabajo individual previo.

OBJETIVOS DE LA PSICOTERAPIA ANALÍTICA GRUPAL

El principal objetivo es que quienes se integren en los grupos reduzcan su sufrimiento y, como consecuencia, los síntomas que son su expresión (30). O quizá, que puedan aprender a manejarlos de forma que su desarrollo vital no quede atrapado o paralizado.

Para ello, tratamos de que el grupo funcione:

- Como laboratorio de relaciones interpersonales: lograr una comprensión más útil y clara de lo que le ocurre a cada miembro y entender su patrón relacional en su contexto cercano: su familia y grupos de pertenencia.
- Como lugar de apego seguro: alcanzar una mayor confianza y gratificación en el encuentro con los otros y con el grupo como metáfora de la figura materna (31).
- Como espacio reflexivo que favorezca la actitud mentalizadora: alcanzar una mayor capacidad de sentir y expresar emociones antes amenazantes y poder pensar sobre ellas.

Para alcanzar los siguientes objetivos específicos y progresivos:

- 1.- Crear un clima adecuado de confianza y fiabilidad:
 - a) Aclarar el encuadre grupal.
 - b) Generar deseo de acudir a las citas y de participar, crear y formar parte activa del grupo.

- c) Favorecer el intercambio espontáneo que permita, como recuerda de Maré (32), pasar del monólogo al diálogo, y de este a la conversación.
- d) Posibilitar que acepten modificar(se) y ser modificados.
- e) Que puedan sentirse partícipes de la identidad de lo que se habla y de las decisiones del encuadre grupal.

2.- Digerir y elaborar lo que va ocurriendo, que se traduce en:

- a) Sostener grados elevados de expresión emocional e intimidad –la rabia, miedo, enfado e insatisfacción–.
- b) Tolerar y pensar sobre los accidentes grupales –abandonos, agresiones–.
- c) Pasar de la actuación al pensamiento, y de ahí a la reflexión emocional compartida.
- d) Hablar de cómo se siente cada cual con el resto de miembros del grupo de la forma más libre y horizontal posible. A nivel individual (qué me pasa aquí) y grupal (qué nos pasa aquí).
- e) Traducir lo que se trae del Allí y Entonces al Aquí y Ahora. En un proceso de ida y vuelta que no acaba nunca. En este sentido, es clarificador la propuesta de Hopper (33) sobre las cuatro zonas de conversación:

	Aquí	Allí
Ahora	Me enfada esto que acabas de decir	Me enfadó lo que me dijeron
Entonces	Me enfadó lo que me dijiste la semana pasada	De pequeño me enfadé cuando mis padres...

3.- Aceptar el fin del grupo y la despedida:

- a) Hacer balance de lo logrado y de lo no logrado.
- b) Reflexionar cómo trasladar lo vivido dentro del grupo a la realidad externa.

Como bien señalaba Grotjahn (34), la meta es “aprender a confiar en nosotros y a desarrollar la intimidad sin temor ni culpa, a expresarse valerosamente y a responder honesta y libremente a los demás” (p. 11).

¿CÓMO LO LLEVAMOS A LA PRÁCTICA?

Describiremos algunos aspectos que, partiendo del psicoanálisis clásico, toman otras dimensiones en el grupoanálisis y el psicoanálisis relacional. Nos centraremos en cuatro vectores que guían nuestra función conductora y verbalizante (18).

a) Del analista neutral al conductor inserto en la matriz grupal

El elemento más complejo es la conducción, dada la diversidad de objetos de transferencia: el conductor, el grupo, diversas constelaciones de sus miembros y el encuadre institucional en el que se desarrolla. Esas diversas dianas activan aspectos distintos.

Dos son las funciones principales del analista. Como objeto de transferencia –para lo cual debe mantener una neutralidad elevada– y como interpretador que vincula lo consciente con lo inconsciente. En el desarrollo relacional del psicoanálisis, este lugar ha ido derivando a una posición más activa, favorecedora del diálogo mutuo y la exploración del espacio intersubjetivo, en ocasiones a través de revelaciones o autorrevelaciones, ya que, como nos dice Coderch, “cada vez que un analista interpreta, da a conocer a su paciente el contenido y la forma de su pensamiento, es decir, autorrevela su mente y su estilo analítico” (35).

La búsqueda de una forma de “análisis del grupo por el propio grupo incluido el conductor” conlleva que el profesional deje de ser una mosca en la pared para integrarse en la vida del propio grupo. Sus funciones –convocante, higiénica, verbalizante, conductriz y conceptualizante– favorecen que “el conductor no sea quien necesariamente interprete; sino quien favorezca la búsqueda de significados que aparecen a través de las relaciones y las circunstancias que se den en la vida del grupo” (18).

Esa posición supone promover dos aspectos: participación y comunicación, como nos explica Oñoro (36). La primera busca activar el interés personal por introducir modificaciones, mientras que la segunda pone el acento en el clima relacional buscando articular diversos significados. Ello supone la participación activa de todos (despertando el interés de los miembros del grupo, abonando un terreno en el que se puedan generar experiencias “mutativas”, y recordándoles que para realizar un cambio a mejor son ellos los que deben hacer el trabajo, los que tienen que entender) y la comunicación en un clima permisivo (en el que se sienta que “se tiene permiso” para expresarse con libertad y construyendo un significado para uno mismo y para los demás, a través de la propia mirada y de la mirada de los demás).

Una de las responsabilidades de la conducción es favorecer el máximo desarrollo del potencial de cada paciente en su contexto, comenzando por el propio grupo en el que está inserto. Para ello, aunque no tiene por qué tener una actitud activa –o intensamente activa, si se quiere–, sí debe estar presto a favorecer que todos los miembros del grupo participen de la vida del grupo desde sus posibilidades y coresponsabilidad. Ya lo señalaba Bion (37) al explicar las dinámicas manifiestas y latentes del grupo desde los supuestos básicos. Atendiendo a sus reflexiones sobre al primer supuesto que describe, el de dependencia, los miembros del grupo esperan que un salvador –frecuentemente el conductor– los saque de la angustia que sienten

en el encuentro con los otros, este supuesto es especialmente intenso al comienzo del grupo o cuando en este hay cambios. Un conductor angustiado o que se paralice sin poder decir palabra contribuirá a aumentar la angustia de los miembros y facilitará una posible ruptura del grupo. Siguiendo sus aportaciones, ¿en qué medida su función como conductor sería favorecer el pasaje de un supuesto básico a otro con el fin de que cada integrante sea más él mismo en la relación con los demás? En este sentido, hay que considerar siempre las características de los pacientes.

La idea de mutualidad implica que todos se corresponsabilicen de lo que ahí sucede. Por tomar una metáfora musical (38), el conductor ha de favorecer que cada maestro extraiga el máximo potencial de sí mismo, como en una orquesta. Eso pide, en nuestro caso, disponibilidad para trabajar las dificultades que puedan surgir o derivar de sus actitudes hacia el grupo, y adoptar una horizontalidad en su trabajo profesional. Todos estos aspectos son importantes y suponen un avance en su capacidad para reflexionar sobre las relaciones, sobre las necesidades vinculares que tienen y las motivaciones no conscientes que se juegan en el encuentro con el otro.

Viñeta clínica 1:

En un grupo en Hospital de Día, una persona con importantes problemas de impulsividad había comenzado a beber alcohol de forma descontrolada, en casa y delante de sus familiares, entre ellos un hijo adolescente. Amenazaba continuamente con suicidarse y nos lo repetía en el grupo. Movidos por su discurso, pero también con un genuino deseo por ayudar, muchos comenzaron a relatar vivencias muy traumáticas con sus padres. Vivencias que en muchos casos nunca habían contado, bien por no tener aún confianza en el grupo, bien porque lo recordaron en ese momento o porque habían negado que eso tuviera importancia en su malestar actual. Uno contó cómo su padre policía bebía en exceso y se mostraba muy violento cuando normalmente era afectuoso; en una ocasión se puso la pistola en la sien delante de él y sintió miedo y mucha responsabilidad. Otro relató que la madre había tomado pastillas tras la muerte del padre; toda la familia vivía el duelo de forma aislada, e incluso ese episodio quedó sin palabras y sin representación. Todo el grupo transcurrió en un atmósfera reflexiva y de contención. Las vivencias relatadas se siguieron trabajando durante mucho tiempo, conectando su huella con las experiencias del presente y con su forma de entender el mundo, las relaciones interpersonales y a sí mismos.

Comentario:

Varios son los aspectos a subrayar, el sobresaliente sería cómo las “amenazas” de esa paciente activaron la necesidad de compartir experiencias similares al verse cada cual reflejado en el relato –situación especular–. Este fenómeno grupal va parejo con la activación de emociones de angustia y pánico comunes en todos ellos, activando vivencias transferenciales sobre el propio grupo, que reacciona ante la amenaza de suicidio de forma pareja a como debían reaccionar los diversos contextos

familiares ante situaciones similares. Ahora bien, ¿en qué medida se reproduce también la demanda de atención de los grupos familiares en este grupo?

b) Del análisis de la transferencia a la situación transferencial

En el psicoanálisis clásico se describió la transferencia como 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 modo especial, dentro de la relación analítica, y se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica (39, p. 439). A través de ella los elementos de la neurosis son actuados en presencia del analista. Esto facilitaría la curación del paciente al hacerse consciente del inconsciente reprimido.

En una situación individual, el analista es el objeto transferencial para que esto ocurra. En la situación grupal, se dan al menos tres circunstancias. Por un lado, las modificaciones técnicas propuestas desde Ferenczi (40) a partir del año 1929 y secundadas por muchos otros, que han posibilitado el desarrollo del psicoanálisis relacional, muy bien explicado por Mitchell (41, 42). Por otro lado, la introducción de la mutualidad dentro de la ecuación transferencial de forma similar a la propuesta de T. Burrow (43) y Gatti Pertegato (2). En tercer lugar, la presencia de varias personas hace que sean varias las configuraciones que posibilitan diversos fenómenos transferenciales. Por ello Foulkes prefiere hablar de situación transferencial. Eso permite contemplar el fenómeno transferencial desde varios ángulos, como indica Coderch (35), hablando de la actualización de experiencias relacionales vividas entre analista y analizado. Y que llevado al contexto grupal abarca a todos los miembros del grupo incluido el conductor.

Grotjahn en 1979 (34) aludió a tres tipos de transferencia a partir de sus tres nociones clásicas: la centrada en el profesional, la que se establece con los iguales y la que se desarrolla en referencia al grupo en su totalidad. Ahora bien, lo cierto es que estos tres aspectos se complican más si consideramos que un grupo no deja de ser una constelación dinámica de personas que interaccionan entre sí, incluyendo al conductor en esta dinámica. Esto da cuenta de la situación compleja que se da en todo grupo en la que todos los miembros están transfiriendo, inevitablemente, sus experiencias previas y actuales, sus patrones relacionales que se actualizan incesantemente en cada movimiento del grupo. Transformando al grupo y siendo transformados por él a cada momento.

Ahora bien, ya que todo grupo está inmerso en el contexto institucional y social –político, económico e histórico– en el que se desarrolla, muchos de los elementos que aparecen en el grupo guardan también relación con él. Eso nos lleva al trabajo de Dalal (8) en el que se visualiza fácilmente cómo hay un hilo conductor

desde lo genético hasta lo social. En este sentido, Sunyer (44) nos dice que ambos ocupan dos polos de un continuo.

Viñeta clínica 2:

Ante el exceso de demanda recibida en el CSM de población de 18 a 25 años tras el confinamiento, decidimos hacer dos grupos con los mismos criterios de selección; sin embargo, uno de ellos tenía como característica común la inhibición y la dificultad para la expresión. Era difícil comprender cómo el otro grupo con criterios similares se había hecho cargo enseguida de la dinámica grupal y en este había una gran resistencia a la exposición. Como conductoras sentíamos que cualquier propuesta para movilizar era rechazada y entrábamos en silencios prolongados y angustiosos, sintiéndonos a su vez poco integradas. Hacerles partícipes de nuestro sentimiento de impotencia y nuestro deseo de entender a qué respondía esta dificultad facilitó que pudieran aparecer progresivamente algunas de las situaciones transferenciales familiares que se estaban actualizando en el grupo: “mi padre no me escucha, solo ordena y manda”, “mi manera de estar con mi familia es a modo mueble para no provocar más problemas de los que hay”, “en mi familia no hablamos de los problemas, cada uno se encierra en su cuarto, y yo procuro estar fuera de casa”.

Comentario:

Abrir esta vía a través de la transferencia y ponerla al servicio del grupo permitió salir de ese lugar inhabilitante y abrir nuevas pautas relacionales basadas en la escucha, la confianza y el respeto.

c) Del allí y entonces al aquí y ahora

Sin duda hay muchas y diferentes posiciones conceptuales en el desarrollo de las psicoterapias de grupo de corte psicodinámico. Unas se centran más en los recuerdos de la infancia, otras en el discurso grupal, otras en la dinámica del grupo como una globalidad, otras leyéndolo desde una inspiración más sistémica: dibujan un abanico de gran amplitud. Parece lógico e importante escudriñar en la biografía personal, pero, en ocasiones, no deja de ser un trampantojo que, a modo de resistencia, se instala en la cultura grupal como sinónimo de psicoterapia de corte psicoanalítico en sus versiones más clásicas. ¿En qué medida nos puede guiar el esquema de Hopper (33) que mostramos antes?

Creemos importante analizar la interacción presente entre paciente y el conductor, como indica Coderch (35) en 2010, ya que “cuando paciente y analista dialogan están actuando el uno en el otro. Por tanto, el diálogo analítico es una continua interacción en el cual uno y otro se influyen mutuamente” (p. 88). El partido siempre se juega en el aquí y ahora, aunque se esté hablando de episodios

pretéritos. Algo de esto subrayaba Grotjahn (34) al indicar que el grupo es un campo de juego en el que se trabaja lo que sucede en el aquí y ahora a partir de las vivencias transferenciales. O un teatro en el que se proyecta la mente, proporcionándonos la oportunidad de revisar el presente a la luz del pasado; y viceversa.

Viñeta clínica 3:

Un paciente con diagnóstico de trastorno mental grave que reside desde hace años en un piso supervisado dijo en grupo grande –en el que participan 17 de los pacientes del programa y los terapeutas del mismo–: “Me parece que la psiquiatría es una cosa muy delicada después de oír hablar a los facultativos. Yo me iría a vivir con mi padre, pero cuando yo estaba en el albergue me dijo que con él no podía ir a vivir. ¿Por qué puede dar estos cambios la vida? Me gustaría vivir con mi hermana también, pero ya sé la respuesta y no la voy a decir porque es muy clara. Aquí yo creo que estamos todos en pandemia, hasta los facultativos”.

Comentario:

El hilo temporal conduce del presente al pasado, y de este de nuevo al presente. Pensamos que en ese transcurrir “temporal”, la idea de pertenencia al grupo que conforma –en el aquí y ahora– el grupo grande reactiva su vivencia más temprana de pertenencia al grupo familiar –en el allí y entonces– y cómo la expulsión del mismo dejó una marca que en el aquí y el ahora es capaz de actualizar. Quizás esa idea de seguir todos en la pandemia pueda tener que ver con una fantasía reparadora de estar todos encerrados juntos y bien pegaditos sin salida del grupo, para no volver a experimentar el dolor de la separación.

Al ser un escenario más cercano a la realidad social, los miembros no están tan preocupados por llevar a la sesión todo preparado, sino que la situación los lleva a la espontaneidad, poniendo en marcha los mismos recursos y defensas que tienen en su vida real. Foulkes (5), en el marco de la mutualidad, nos recuerda que no se busca la causa que generó la perturbación, sino lo que sucede en la situación actual y ver qué les hace cambiar o impide cambiar:

El grupoanálisis no busca la causa genética de una perturbación en el pasado, lo que necesitamos se encuentra en la red actual. El análisis grupal no está tan preocupado por cómo las personas se han convertido en lo que son, sino en preguntarse ¿qué les cambia o qué les impide cambiar? Todo lo que debe encontrarse se puede encontrar en el aquí y ahora (p. 141).

En cualquier caso, para hablar del aquí y ahora, es necesaria una cierta dosis de allí y entonces. Para que los miembros se conozcan entre sí, es necesario que se cuenten, se pregunten de dónde vienen, qué hacen, cómo son. La labor del grupo en conjunto y de los conductores en particular tiene entonces que ver con ir estableciendo puentes entre lo que ocurre allí y ocurrió entonces con lo que ocurre en

la vida del grupo. Pero no es tan fácil, ni tan rápido: en palabras de Sunyer, esto corresponde al sexto nivel de la evolución grupal (18).

El objetivo es que el grupo se embarque en un viaje de ida y vuelta que vaya desde aspectos históricos al aquí y ahora grupal, y viceversa, de forma que los aspectos pasados sean alimento para pensar lo que nos ocurre en el presente. Y lo que nos pasa ayude a entender y resignificar el pasado. Camacho relaciona estos elementos con la situación transferencial: “Se transfiere del pasado al presente, y, gracias al trabajo en el aquí y ahora, se pueden resignificar esas experiencias y esos vínculos interiorizados” (45, p. 223).

Viñeta clínica 4:

Al final de una sesión de un grupo de pacientes crónicos en el CSM, una paciente interrumpe el discurso de otro y el grupo le pide que espere a dar su opinión cuando termine la primera intervención.

La paciente responde desairada: “Esto me ha llevado directamente a una situación familiar, me decían que me callara, que nadie había pedido mi opinión”.

Comentario:

Esta asociación del aquí ahora con el allí y entonces que actualiza el mismo afecto de la situación primigenia permitió que pudiera diferenciar la situación en el espacio grupal, donde es respetada y considerada, a diferencia de lo vivido con el sufrimiento de la anulación y sometimiento.

d) De la interpretación a la traducción

Si para Freud el objetivo del psicoanálisis es que el paciente se haga consciente de los elementos reprimidos en su inconsciente, la interpretación sería la herramienta técnica principal (46). Es una intervención verbal del analista en la que se le devuelve al analizado una producción que pone en relación aspectos de su contenido manifiesto con elementos de su contenido inconsciente. La interpretación debería asociar algo de los vínculos pasados del paciente con la proyección que hace sobre el analista. En el grupo esa tarea se vuelve más compleja. Los diferentes miembros también ofrecen sus puntos de vista, interpretan lo que está ocurriendo, y el conductor también pone en marcha sus transferencias y su modo de ver el mundo cuando elabora su interpretación, según Coderch (35). Si aceptamos esto nos colocamos en una relación mucho más horizontal. Y tan importantes serán las hipótesis interpretativas que expresen uno como otros, que son producto de la relación que se va estableciendo en el aquí y ahora grupal.

Viñeta clínica 5:

En un grupo organizado en un Hospital de Día, una paciente con TOC severo intentaba explicar sus síntomas y sus conductas: “Es que noto mucha suciedad por

todos sitios, no soporto que alguien me toque, me tengo que quitar la ropa, ducharme y lavarlo todo. Además, está el problema de mis odios, si me tocan me entra un odio... Me es difícil controlarme, es que le pegaría...”.

En este punto una persona diagnosticada de psicosis, que lidia con vivencias intrusivas y voces continuas que comentan su actividad, le pregunta de forma espontánea: “Perdona, esa suciedad de la que hablas, ¿la notas por fuera o por dentro de ti?”.

Este salto en la traducción de los síntomas, expresado de forma tan sencilla y honesta, conectó inmediatamente con la persona con TOC y comenzó a considerar la relación de la suciedad con el odio. Arrastra también un maltrato gravísimo del padre, base de su odio. Su problema es que no están conectados todos estos elementos vivenciales y emocionales con las conductas compulsivas.

Comentario:

Ahí la conductora fue preparando el terreno para que fuesen los mismos compañeros quienes ofrecieran alternativas interpretativas que facilitasen pensar sobre lo que se decía. Por lo general, tiene más poder lo que dice un compañero que las palabras del profesional.

Viñeta clínica 6:

En un grupo en Hospital de Día, alguien intentaba expresar el temor que tenía a las relaciones sociales, lo que la llevaba a permanecer en silencio: “no sé si es que me bloqueo..., a veces pienso que estoy vacía”. Y otra persona le pregunta: “Perdona, ¿estás vacía o vaciada?”.

Comentario:

La pregunta de la compañera tiene todo su sentido porque el grupo transcurría revisando las historias familiares y la primera persona se culpaba por completo de sus síntomas, sin poder establecer ninguna relación con sus vivencias previas y con el entorno.

Sabemos que el grupo tiende inevitablemente a la horizontalidad. Bion (37) nos recuerda que la mentalidad grupal es el “recipiente de todas las contribuciones anónimas que se hacen y a través de las que se gratifican impulsos y deseos implícitos” (p. 46), y provoca una serie de dinámicas que trascienden a la figura del supuesto analista experto. Su principal objetivo en su función conductora será facilitar lo más posible la comunicación libre. En este sentido, Grotjahn (34) subrayó: “En psicoanálisis el analista interpreta la resistencia contra el inconsciente y contra las asociaciones libres. En la psicoterapia grupal, el terapeuta interpreta la resistencia contra la comunicación espontánea y libre y la interacción empática” (p. 17).

Foulkes (4) utiliza el concepto traducción en vez de interpretación, ya que esta última equivale a hacer consciente lo inconsciente en tanto la primera introduce esto mismo en el fluir del intercambio grupal. Como en ella participan todos

los integrantes del grupo, el proceso abarcará de lo inarticulado a lo elaborado, de la incomprensión al *insight*, de los procesos primarios a los secundarios. Dice: “La traducción es el equivalente a hacer consciente lo inconsciente reprimido en psicoanálisis. Todo el grupo participa de ese proceso que cubre el abanico que va desde los síntomas inarticulados a la expresión verbal, la comprensión e *insight*, desde los que son procesos primarios a los secundarios” (p. 111).

Durante los primeros momentos grupales, es necesario que el conductor sirva como modelo y facilite al grupo señales del camino a recorrer. Que ayude a establecer puentes entre el allí y el aquí, el entonces y el ahora, entre el yo y el nosotros: la función traductora partirá del conductor, y este la trasladará progresivamente a la dinámica grupal. Es una función y actividad que persiste y pervive a lo largo de toda la vida del grupo. Y aunque en los primeros compases tal responsabilidad recae en el profesional, poco a poco va siendo asumida por los demás miembros. Con lo que la función verbalizante (18) pasa a ser una propiedad de todos y cada uno de quienes integran el grupo: “Esta actividad y esta responsabilidad persisten y perviven a lo largo de toda la vida del grupo. En un principio es una función de la que se responsabiliza el conductor y que, posteriormente, se va a ir trasladando al resto de miembros del grupo. Es en este sentido que la función verbalizante va tomando cuerpo y va introduciéndose en la vida del grupo como parte o eje fundamental del trabajo a realizar” (p. 379).

Viñeta clínica 7:

En un grupo de un Centro de Salud Mental hubo un enfrentamiento entre dos personas. Una acusaba a la otra de haber traicionado la confidencialidad del grupo revelando información importante de uno de los participantes. La tensión era tan elevada que bloqueaba la capacidad de pensar, amenazando con la salida del grupo, el abandono como vía de escape, que son elementos antigrupales descritos por Nitsun (47). Todos intentamos encajar la tensión para poderla digerir; pero la agresividad flotaba en el ambiente.

Costó tiempo poder clarificar el malentendido y asumir las dificultades para comunicarse. En un momento dado, una dice: “Siempre parece que estoy enfadada” y al tiempo señala: “Me cuesta mucho decir lo que pienso, y voy acumulando, acumulando, y obsesionándome con lo que no dije y al final, me sale todo de golpe”.

En otra sesión posterior vuelve a salir el conflicto, aunque ahora de otra forma:

—Espero que no te parezca mal —dijo la primera.

—No me parece mal, ya te conozco, pero no estoy de acuerdo contigo —respondió la segunda.

Comentario:

Esta reflexión resumía bien los sentimientos que se tienen en ocasiones y las grandes dificultades en poderlos expresar, como si siempre hubiera algo de enfado

que dificulta la expresión de las cosas. Los conflictos no siempre se solventan a la primera o en cinco minutos, requieren tiempo para resituarse. Todo el grupo hizo un esfuerzo por digerir la situación, aportando situaciones familiares parecidas; pero la agresividad flotante dificultaba ese proceso integrador. Se habló del tono, de la forma en que se expresa, normalmente con agresividad y rudeza, quien recibe el ataque, y de la gran susceptibilidad de quien hace la acusación, que tiene dificultades para expresarse de otra forma. Este proceso duró varias sesiones, con ausencias de la atacada y con la culpa que siente el grupo por el miedo a dañar o ser dañado. En la elaboración de este conflicto se va clarificando el malentendido, las dificultades para comunicarse.

Al finalizar el proceso grupal hubo un cambio en el patrón comunicacional, facilitando el encuentro y la expresión de las diferencias sin llegar al ataque personal, con un mejor manejo de la agresividad y de la diferenciación en la relación con el otro.

De algún modo, los elementos con los que trabajamos –horizontalidad en la conducción, el aquí y ahora, la situación transferencial y la traducción– son focos que tratan de dar luz a una misma realidad: la complejidad grupal. Y nos parecen elementos importantes a tener en cuenta mientras conducimos.

CONCLUSIONES

Vivimos en un momento social y sanitario donde se impone la demanda individual en problemas que tienen que ver con lo relacional y lo colectivo. La demanda parece dirigida a pedir y encontrar recetas que nos hagan sentir mejor rápido y pronto (pastillas o intervenciones individuales cortas). Esta ha sido buena parte de la historia conceptual y asistencial de la psiquiatría durante mucho tiempo, que ha dado soluciones individuales, se ha centrado en la opinión del profesional y ha puesto el acento en supuestos defectos de la persona, sin entender que las personas están consultando por problemas cotidianos derivados de crisis grupales y sociales.

Los síntomas se enmarcan indefectiblemente en un contexto interpersonal y social. Debajo de tales cuadros se evidencian problemas graves en la comunicación con personas cercanas, malentendidos crónicos, dificultades en la adaptación grupal en las diferentes áreas vitales de la persona. Retolaza (48) propone un abordaje centrado en la ética en el que los pacientes y su entorno sociocultural pasen a ocupar el centro de atención y que tengan la opción de opinar y elegir sobre los tratamientos disponibles. Define muy acertadamente que el modelo psicosocial favorece una perspectiva más proclive a plantearse problemas de justicia y autonomía, siendo esta última la que debe centrar los procesos de recuperación.

El grupoanálisis trabaja sobre la base de que el propio contexto relacional resulte terapéutico y fomenta la horizontalidad en la relación, lo que favorece la adquisición de autonomía personal. El entender la realidad psíquica no aislada de su marco social nos lleva a pensar en el grupo psicoterapéutico como una herramienta apropiada y eficiente para asistir a todas esas personas que están sufriendo emocional y sintomáticamente procesos de crisis vitales derivadas de cambios, rupturas, duelos personales, familiares, laborales, etc.

El grupo –como microcosmos social– tiene la potencia de recrear en un espacio reflexivo y de cuidado todo aquello que las personas vivimos y hemos vivido en el mundo externo. Nos permite actualizar en el aquí y ahora nuestro patrón relacional, con el objetivo de hacernos más conscientes y responsabilizarnos de nuestro modo de proceder ante los conflictos con los otros, así como resignificar las experiencias complicadas pasadas.

Entendemos, además, que el grupoanálisis y el psicoanálisis relacional son marcos teóricos apropiados que nos permiten entender la complejidad del ser humano y su contexto. Y gozan de unos elementos técnicos que nos permiten llevar a cabo nuestra labor. Como dice Retolaza (48), incluir la perspectiva social nos permitirá tener un desarrollo científico más integrado y favorecerá que se den las condiciones necesarias para superar las claras insuficiencias del modelo biomédico y del estilo de atención individualista y desarticulado que lo caracteriza.

Terminamos con una frase de Dalal (8) que resume lo que queremos expresar: “Los grupos de psicoterapia no son botes aislados flotando a la deriva en un vacío, sino balsas de discursos competitivos pero equivalentes, interpretando e interrumpiendo constantemente los textos de los demás, autosuficientes y autorreferenciales. Hay al menos dos puntos de sujeción parcial: los miembros del grupo, que viven en el mundo y que traen sus propias limitaciones, y el grupoanalista, que tampoco puede escapar a su propio discurso teórico y sus experiencias relacionales. Aunque el discurso del grupoanalista presenta una autoridad por encima de otros discursos, también es cuestionado, perforado y deconstruido por los procesos grupales. Y es en el nexo de estas fuerzas en conflicto donde nace dolorosamente algo, y donde algo se prueba y se reformula continuamente en la fragua de la experiencia tanto del grupo como del mundo. Tal vez podamos decir que el grupo de psicoterapia ofrece la posibilidad de liberar a quien está atrapado en un discurso, una experiencia de uno mismo y el mundo, y se abre a la posibilidad de conectar con otros discursos, otras formas de ser y experimentar eso a lo que no tuvo acceso previo. Es concebible que sea tanto como se dijo: no hay salud definitiva aquí, solo flexibilidad, que tal vez sea suficiente salud” (p. 177).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Burrow T. Group analytic essays. En: Gatti Pertegato E, Pertegato GO. From psychoanalysis to group analysis. The pioneering work of Trigant Burrow. London: Karnac, 2013.
- (2) Gatti Pertegato E. Trigant Burrow and unearthing the origin of group analysis. *Group Anal.* 1999;32:269-284.
- (3) Gatti Pertegato E, Pertegato GO. Trigant Burrow's psychoanalytic and group analytic research on man's social nature through censorship and subterranean ransacking. En: Gatti Pertegato E, Pertegato GO. From psychoanalysis to group analysis. The pioneering work of Trigant Burrow. London: Karnac, 2013.
- (4) Foulkes SH, Anthony EJ. Psicoterapia psicoanalítica de grupo. Buenos Aires: Paidós, 1964.
- (5) Foulkes SH. Introducción a la psicoterapia grupoanalítica. Barcelona: Cegaop Press, 2005.
- (6) Foulkes SH, Anthony EJ. Psicoterapia de grupo. El enfoque psicoanalítico. Barcelona: Cegaop Press, 2007.
- (7) Elias N. El proceso de la civilización. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1987.
- (8) Dalal F. Taking the group seriously. London: Constable, 2002.
- (9) Elias N. Sociología fundamental. Barcelona: Gedisa, 2008.
- (10) Sueiro E, López N. La comunicación materno-filial en el embarazo. El vínculo de apego. Navarra: EUNSA, 2011.
- (11) Kernberg O. La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico. México: Paidós, 1998.
- (12) Castells M. Comunicación y poder. Madrid: Biblioteca Nueva, 2009.
- (13) García Badaracco JE. Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar. Madrid: Tecnipublicaciones, 1990.
- (14) Sunyer JM. Vínculos, alianzas e interdependencias. En: Sunyer JM. Escritos grupoanalíticos. Toda una vida aprendiendo. Madrid: viveLibro, 2018.
- (15) Sunyer JM. ¿Qué quiero decir cuando digo "grupoanálisis"? En: Sunyer JM. Escritos grupoanalíticos. Toda una vida aprendiendo. Madrid: viveLibro, 2015.
- (16) Sunyer JM, Soler MM, Granell L, Solano M. ¿Qué es grupoanálisis? *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2020; 40(138):67-85.
- (17) Foulkes SH. Group analytic dynamics with specific reference to psychoanalytic concepts. En: Kissen M (Ed). *Dinámica de grupo y psicoanálisis de grupo.* México: Limusa, 1979.
- (18) Sunyer JM. Psicoterapia de grupo grupoanalítica. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007.
- (19) Nitsun M. The organizational mirror: A group-analytic approach to organizational consultancy, part I. *Group Anal.* 1998;31(3):245-67.
- (20) Nitsun M. The organizational mirror: A group-analytic approach to organizational consultancy, part II. *Group Anal.* 1998;31(4):505-18.
- (21) de Maré P. The politics of large groups. En: Kreeger L (ed.). *Large group.* Londres: Constable, 1975.
- (22) Sunyer JM. Efectividad de las técnicas psicoterapéuticas. En: Bulbena A, Berrios GE, Fernández P. *Medición clínica en psiquiatría y psicología.* Barcelona: Masson, 2000.

- (23) Yalom ID. Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo. México: Fondo de Cultura Económica, 1986.
- (24) Rico L. Factores terapéuticos grupales en la esquizofrenia. Tesis Doctoral. Madrid: Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid, 1989.
- (25) Rico L, Sunyer JM. Análisis comparativo de los factores terapéuticos grupales en la esquizofrenia. Parte I. Introducción y método. *Psiquis*. 2000; 21(6): 33-48.
- (26) Rico L, Sunyer JM. Análisis comparativo de los factores terapéuticos grupales en la esquizofrenia. Parte II. *Psiquis*. 2001;22(2):5-20.
- (27) Sunyer JM, Gallego J, Brunel C. Factores terapéuticos y atmósfera grupal. *Grupoanálisis.net* 2008. [Internet] [Consultado en agosto 2022] Disponible en: <http://www.grupoanalisis.net/wp-content/uploads/2014/01/Factores-terapeuticos-y-atmosfera-grupal.pdf>
- (28) Bion WR. Aprendiendo de la experiencia. Buenos Aires: Paidós, 1987.
- (29) Guillem P, Lorén JA. Del diván al círculo. Psicoterapia analítica de grupo. Valencia: Promolibro, 1995.
- (30) Castilla del Pino C. Introducción a la psiquiatría. I. 1.- Problemas generales. Madrid: Alianza editorial, 1979.
- (31) Scheidlinger S. El concepto de “grupo madre”. En: Kissen M. Dinámica de grupo y psicoanálisis de grupo. México: Limusa, 1979; pp. 335-46.
- (32) de Maré P. Textos escogidos. Barcelona: Cegaop Press, 2010.
- (33) Hopper E. Incohesion: Agregation/massification in the unconscious life of groups and group-like social systems. En: Lipgar RM, Pines M. Building on Bion: Roots. Origins and context of Bion’s contribution to theory and practice. Londres: JKP, 2003.
- (34) Grotjahn M. El arte y la técnica de la psicoterapia grupal analítica. Buenos Aires: Paidós, 1979.
- (35) Coderch J. La práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis. Colección Pensamiento Relacional. Ágora Relacional 2010; nº2.
- (36) Oñoro I. Reflexiones teóricas sobre el conductor grupoanalítico y otros elementos importantes de la técnica de conducción. *Teoría y Práctica Grupoanalítica*. 2018; 8(1):120-8.
- (37) Bion WR. Experiencias en grupo. Buenos Aires: Paidós, 1976.
- (38) Fredenrich A, Avet S, Schneider N, Bron P. Foulkes, “director de orquesta”: de la práctica grupal en instituciones de prestación de cuidados y de formación. *Teoría y Práctica Grupoanalítica*. 2011; 1(1):300-18.
- (39) Laplanche J, Pontalis JB. Diccionario de psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós, 1967.
- (40) Ferenczi S. Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932. Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
- (41) Mitchell SA. Conceptos relacionales en psicoanálisis. Madrid: Siglo XXI, 1993.
- (42) Mitchell SA. Más allá de Freud. Una historia del pensamiento psicoanalítico moderno. Barcelona: Herder, 2004.
- (43) Burrow T. The social basis of consciousness. London: Kegan Paul Trench Trubner & Co, 1929.
- (44) Sunyer JM. Escritos grupoanalíticos. Toda una vida aprendiendo. Madrid: viveLibro, 2018.

- (45) Camacho M. El aquí y ahora de los procesos grupales. Teoría y Práctica Grupoanalítica. *Iniciativas Grupales* 2013; 3(2): 209-224.
- (46) Freud S. Dinámica de la transferencia. [1912] En: Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu, 2001; pp. 93-105.
- (47) Nitsun M. The antigroup. Londres: Routledge, 1996.
- (48) Retolaza A. ¿Por qué una psiquiatría social? *Cuad Psiquiatr Comunitaria*. 2022;19(1):7-27.