

SOBRE GRUPO ANÁLISIS. S. H. FOULKES (1946)¹

Traducción castellana de esta versión parcial de J.A. López (1990) y revisada por Hanne Campos, completando el trabajo original.

Nota del traductor:

El siguiente trabajo, en su versión original, se basa en la presentación de Foulkes sobre grupo análisis ante la Sociedad Psicoanalítica Británica en Abril de 1946. Fue justo después de dejar el ejército, y gran parte del contenido versa sobre su crucial experiencia en el Centro Militar de Neurosis de Northfield. Puesto que este periodo ha sido descrito ampliamente en el libro de Foulkes de 1948 y en otros lugares, la publicación en el libro citado arriba ha sido abreviada notablemente para evitar repeticiones.

En sus notas introductorias Foulkes dice que era de esperar que los psicoanalistas, al igual que otros psicoterapeutas y psiquiatras, ofrecieran muchas resistencias al acercamiento grupal. Subrayó que, aunque la teoría aún estaba en su infancia, todos los que habían tenido experiencia con los métodos grupales estaban de acuerdo acerca de su valor terapéutico.

INTRODUCCIÓN

El interés de un Psicoanalista en cualquier forma de tratamiento colectivo a buen seguro será sólo de manera indirecta. De todas las formas de psicoterapia, es el Psicoanálisis que menos requiere suplementos. Aplicado simultáneamente, casi se podría considerarlo como contraindicación para un tratamiento grupal. De otra manera, el Análisis tendría que reconsiderar su propio abordaje del problema de las Psiconeurosis. Pistas valiosas para una respuesta a este problema particular podrían surgir si, de manera experimental, un determinado número de pacientes se sometieran al mismo tiempo a un tratamiento psicoanalítico completo y un Grupo Análisis. De otra parte, el ser Psicoanalista, por si mismo, no cualifica a nadie para conducir grupos. De hecho, es de esperar que un Psicoanalista tiene tantas resistencias al abordaje grupal como cualquier otro psicoterapeuta o psiquiatra. En consecuencia, en esta ocasión no diré mucho en cuanto a procedimiento o técnica. Ni hablaré de resultados y sus razones, algo que pertenece a la teoría de Terapia de Grupo. En este sentido debo hacer referencia a publicaciones anteriores (Foulkes y Lewis (1944), y Foulkes (1946). Además, sería prematuro en este momento presentar tal informe. Lo que sí se puede decir actualmente es que todos los que tienen experiencia en métodos grupales, sin que importe la amplia diferencia que pueda haber entre ellos, están de acuerdo sobre el valor terapéutico y el hecho de que la teoría está en su infancia.

¹ S. H. Foulkes (1946). On Group Analysis. In M. Pines & E. Foulkes (Eds.) *Selected Papers: Psychoanalysis and Group Analysis* (137-144). Londres: Karnac Books

Se ha dicho con razón que la terapia de grupo tiene un pasado muy largo y una historia muy corta. Comparar y contrastar diferentes métodos podría resultar confuso. Hasta hace bien poco, mi conocimiento del trabajo de otros ha sido de oídas, y en el presente mi saber sobre aquél es parcial. En cualquier caso, supongo que ustedes están interesados en saber sobre el desarrollo de los tratamientos de grupo basados en mi propia experiencia. Quiero sin embargo dejar claro que al limitarme a mi propio trabajo lo hago desde la falta de conocimiento y no desde el desprecio o desconsideración hacia el trabajo de otros.

DEFINICIÓN DE GRUPO

Al hablar acerca de un grupo, debería primero darles una definición. Esa palabra se usa para un amplio abanico de agregaciones de seres humanos. No podemos embarcarnos en la tarea de desentrañar en cómo difieren los múltiples colectivos y en lo que esencialmente concuerdan. Como parece impracticable evitar el término, al menos diré qué significado tiene el grupo en lo que aquí respecta.

Imaginen que un cierto número de personas, no menos de cinco y no más de diez, preferentemente siete u ocho, son congregadas de una manera informal. Pueden estar sentados en círculo, o alrededor de una mesa o de un hogar, poniéndose cómodos en casa. A la persona que los ha congregado la llamaremos conductor o director. En nuestro caso estas personas son pacientes en tratamiento por trastornos neuróticos, y el conductor es su terapeuta. Se reúnen como parte de su tratamiento, y se pretende que usen el lenguaje como medio de comunicación para intentar afrontar sus dificultades. En el caso de ser un hospital militar, se trataría de soldados y probablemente que seguramente habrían formado toda una serie de vínculos entre ellos. Su terapeuta sería un oficial que también es médico. Los civiles, como pacientes externos, vendrían sólo para esta hora en particular una o dos veces a la semana. Incluso así, pronto empezarán a formarse relaciones dinámicas especiales entre los individuos y el conductor, y entre ellos mismos, a la vez que entre la asamblea como un todo y cada uno de sus miembros. Se podrían desarrollar dos o más facciones, de múltiples maneras. Todo esto puede ser más o menos fluctuante, o más firme y permanente. Los miembros del grupo mostrarán un creciente interés de unos hacia otros y se considerarán implicados, como un todo, en lo que le ocurre a cada uno de los miembros. Tendrán en cuenta opiniones, actitudes y acciones, juzgarán, mostrarán tolerancia o intolerancia, presentarán rasgos característicos, estados de ánimo y reacciones.

Empezarán a vivir, sentir, pensar, actuar y hablar más en términos de “nosotros” que en términos de ‘yo’, ‘tú’, y ‘él’. Al mismo tiempo, y quiero subrayar este punto, los individuos no quedan disueltas sino que, al contrario, muestran más sus características personales de forma más distintiva dentro del juego dinámico de una escena en constante cambio y a menudo altamente dramático. <<Tan pronto que esta pequeña muestra de comunidad evidencia signos de organización y estructura en la forma descrita, la llamaremos grupo.>>

DEFINICIÓN DE GRUPO ANÁLISIS Y PRINCIPIOS

El tipo de tratamiento de grupo en el que estamos interesados ha sido llamado análisis de grupo. Puede entenderse erróneamente que viene a ser equivalente o sustitutivo del psicoanálisis. Si lo tomaran de manera muy amplia, podrían decir que usa principios psicoanalíticos. De hecho se trata de mucho menos pero también mucho más que un psicoanálisis en grupo.

Para que nos entendamos, tendré que decir algo acerca de mi propia orientación. En mi aproximación, la palabra 'análisis' no solo se refiere al psicoanálisis, sino que refleja al menos tres influencias diferentes, que todas operan activamente.

1) Los principios desarrollados por Kurt Goldstein y Adhemar Gelb en su trabajo que hizo época sobre pacientes con lesiones cerebrales, en el que tuve el privilegio de tomar parte modestamente cuando era joven. Lo denominaron 'análisis psicológico'. Era el equivalente neurobiológico de la Gestalt y escuelas afines, como, por ejemplo, la teoría de campo de Kurt Lewin y otras, que vieron la luz todas ellas en los 1920.² Estas escuelas estaban en mayor o menor grado opuestas al psicoanálisis. Convencido de las verdades expresadas por estas nuevas enseñanzas, al igual que las del psicoanálisis, me costó mucho encontrar una síntesis entre ellas. La aproximación de Goldstein es radicalmente 'holística'. En ella se considera que el todo es más elemental que sus partes, y que no puede ser explicado por la suma de las interacciones de estas partes aisladas. Las partes solo pueden ser entendidas en el contexto del todo. En cuanto al método, se subraya que todos los datos observables son igualmente significativos. Si una teoría es adecuada, tiene que incluir todos estos datos, la teoría siendo lo último. Con demasiada frecuencia y sin darnos cuenta, somos prejuiciados al introducir una teoría preconcebida en la realidad que observamos. Tenemos que estar en contacto espontáneo con las situaciones vitales. El observador tiene que estar consciente de que forma parte integral de la situación. Él introduce fuerzas dinámicas en el campo y es permeable a las fuerzas que emanan de tal campo. Si esta introspección básica no es tenida en cuenta, un grupo no podrá ser manejado, ni siquiera observado correctamente.

2) La segunda influencia es el propio psicoanálisis. Ser psicoanalista queda reflejado, por supuesto, en la propia orientación. Lo que esto implica no tiene que ser elaborado aquí. Todo lo que conocemos de nuestro trabajo psicoanalítico tiene gran valor, nada se invalida por el solo hecho de que personas se encuentren reunidas en círculo. Esto se refiere sobre todo a lo que hace a la apreciación del significado inconsciente y las dinámicas del pensamiento inconsciente. El método de la libre asociación se usa con las modificaciones que demande la situación grupal. La actitud del analista de grupo hacia el fenómeno de la transferencia, resistencias y otros mecanismos de defensa se rige por las mismas consideraciones que la del analista ante un paciente individual. En esencia, esto se refiere a todos los aspectos de la situación. En el detalle, sin embargo, todo es diferente.

El grupo análisis tiene que ser diferenciado de otras formas de terapia de grupo de la misma forma que el psicoanálisis lo es de otras formas de psicoterapia, y por las mismas razones. El grupo no es usado como instrumento para el tratamiento directo de los síntomas, para la sugestión, la persuasión, hipnosis, o parecidas. El objetivo es acercarnos a los conflictos emocionales básicos, conseguir la introspección, someter el comportamiento, los síntomas, la transferencia, la resistencia, etc. a un posterior análisis y no aceptarlos en su superficial. De esta forma se espera conseguir un cambio genuino y más duradero en la 'economía mental' de los pacientes que el alcanzado a través de otras formas de terapia de grupo, por más potente que sean. Es bastante sorprendente conseguir esto, aunque sea modestamente, sólo tomando en cuenta el factor tiempo. *El tiempo pasado de*

² Estas escuelas en mayor o menor grado se opusieron al psicoanálisis. Estando convencido de esta verdad, pero al mismo tiempo convencido de las verdades incorporadas en estas nuevas enseñanzas, me costó mucho duro trabajo y pensamiento para encontrar una síntesis. Sin embargo, la verdad, al igual que la paz, es invisible. En retrospectiva escribí un artículo que intenta clarificar los problemas y ayudar hacia una solución. (Fuchs, 1936)

hecho en sesión por paciente es cerca de la proporción de 1:50; si contamos sólo sesiones de grupo, 1:250.³ Tenemos razones para pensar que podemos alcanzar este objetivo. Estos resultados son en mi opinión debidos a las fuerzas propias de los ambientes sociales y que no pueden tener efecto fuera de ellos. Con relación a ello, el tratamiento grupal es muy superior a cualquier tratamiento individual. *En referencia a nuestro ejemplo, basado en una estimación aproximada pero justa, se deben hacer dos correcciones: 1) El tiempo en términos de meses de calendario tendrían la proporción de 1:8. 2) El tratamiento grupal en absoluto se debe comparar al psicoanálisis, si algo sería en relación a formas cortas de psicoterapia.*

Hay que subrayar que la economía de tiempo, importante por sí misma, no justifica por sí sola el valor del tratamiento de grupo. No es un sustituto, ni un atajo: precisa ser apreciada esencialmente como una nueva orientación en psicoterapia y socioterapia.

3) La tercera contribución al significado del término análisis de grupo proviene de lo que podría llamarse análisis sociológico, o socio-análisis. La situación de grupo ofrece una oportunidad de primera línea para la investigación y el tratamiento de todas las corrientes que impregnan a la comunidad tanto como al grupo en cuestión que nos concierne, por ejemplo un grupo de prisioneros de guerra repatriados. En este aspecto, los estándares de lo que se considera normal y aceptable se ven revisados y re-definidos con el consentimiento y veredicto del grupo mismo. Los límites de los egos individuales y los criterios del superego devienen fluidos y son refundidos. Karl Mannheim, en el libro "Diagnóstico de Nuestro Tiempo" (1943), ha utilizado el término 'grupo análisis', independientemente, desde una perspectiva sociológica. Dedicó un capítulo entero a ello, que sólo recientemente he conocido. Con razón subraya la importancia de este método de difundir a la vez que recoger información para la observación y la educación. Un abordaje grupal tiene, por supuesto, muchos aspectos bien conocidos por educadores hace más tiempo que por psiquiatras. En este contexto, el análisis de grupo debiera ser considerado como una simple herramienta; resulta particularmente claro que no es un fin en sí mismo. Mi propio interés en esta forma de tratamiento surge de apreciar la importancia básica de la naturaleza social de la conducta y del conflicto humano. Nada aporta mayor convencimiento de esto que observar a los seres humanos en el entorno social de una situación de grupo.

Esto, pues, es el triple sentido que el nombre de "Grupo análisis" pretende transmitir:

- 1) Su relación con el Análisis Psicológico
- 2) Su relación con el Psico-Análisis
- 3) Su relación con el Socio-Análisis

Ahora intentaremos, a grandes rasgos, desarrollar lo que ha llevado cinco años de mucho trabajo y reflexión. Por conveniencia, lo describiré en cinco etapas, cada una de las cuales se puede decir que grosso modo duró un año. En realidad, estas cinco etapas se superponen y solapan unas sobre otras, y las últimas estaban ya implícitas en las primeras. Es un desarrollo orgánico, como el de un árbol creciendo desde la semilla, una especie de énfasis más que una serie de nuevos pasos diferenciados, donde en realidad el árbol aún es muy joven.

³ Contando 3 meses = 12 semanas a 1 ½ horas por sesiones/ pacientes y 2 años de psicoanálisis a 250 horas por año de promedio. Si añadimos 6 horas de tratamiento individual, supliendo grupos, tomamos en cuenta todo el tiempo utilizado.

Etapa 1. Fue la etapa de la primera aproximación. El tratamiento en el grupo era concebido como suplementario del tratamiento individual. Ambos estaban orientados analíticamente. El grupo estaba relativamente centrado en el individuo y relativamente centrado en torno al terapeuta. La comunicación era verbal, basada en la libre asociación. Se facilitaba la comunión de intereses, observando tendencias espontáneas del grupo, y dejando la máxima autonomía posible. La atención se adhería bastante al contenido. La función del terapeuta era principalmente interpretar y catalizar. Se observaba que la sesión de grupo ocupaba el interés del paciente a costa de su sesión individual. Esto era entonces tratado como resistencia, aunque el material de la entrevista individual también se refería al grupo, y las dificultades y objeciones a llevarlo a la sesión de grupo eran analizadas. El método grupal y el método individual eran totalmente complementarios en beneficio de ambos.

El principio de dejar la dirección al grupo era entendido en el mismo sentido que el psicoanalista deja la dirección al paciente. Esta tendencia a poner el grupo en el centro fue usada de forma más contundente en la clínica grupal ambulatoria iniciada poco después en una clínica de orientación infantil. Esto lleva a la siguiente etapa.

Etapa 2. Aquí la sesión de grupo era casi la única forma de tratamiento disponible. El caso no era tratamiento grupal versus individual, sino puesto que no había tiempo para ambas, se decidió ver si el tratamiento de grupo por sí solo era viable y adonde conducía. El empleo de sesiones privadas solo se justificaba en ocasiones especiales. Esto fue considerado como una resistencia, tal como ocurría desde el punto de vista de la sesión de grupo, y siempre cuando era posible, el material era devuelto al grupo. A pesar de una creciente mutua participación y el surgimiento del grupo como una nueva entidad, esta aproximación todavía se dirigió principalmente hacia la interacción entre los individuos y sus reacciones frente al material aportado.

En ambas de estas etapas se podría decir que el terapeuta trataba individuos en una situación de grupo. Los pacientes de grupo en ambas etapas no tenían contacto entre sí fuera de la sesión. El número de asistentes variaba, así como la composición del grupo. Esto más tarde fue llamado “**sistema de grupo abierto**”.

Etapa 3. Corresponde a un nuevo comienzo bajo condiciones militares. Los pacientes eran soldados, internos de un Centro Militar de Neurosis, cuyo período de estancia en general era limitado a un máximo de tres meses. Los pacientes compartían no solo los locales a cargo del mismo psiquiatra, sino también todas las demás circunstancias de la vida hospitalaria y militar. Bajo estas condiciones el <<grupo cerrado>> era el más usado. Las entrevistas individuales eran de nuevo combinadas con el método de grupo, pero por objetivos bien diferentes ya que cuestiones prácticas, tales como las de disponibilidad, tenían que ser discutido individualmente. Había, por tanto, más de una división entre lo que debía tratarse en las sesiones de grupo y en privado. Bajo estas condiciones la asociación libre fue modificada hacia lo que podría ser llamado una <<discusión libremente >>.

Asuntos del hospital, problemas militares, cualquier cuestión que afectaba al grupo como un todo se volvió prominente. A medida que cuestiones de carácter de un hombre, su conducta moral, su cooperación, su actitud frente a la vuelta al servicio activo, etc., adquirieron una importancia máxima, el énfasis en la observación se desplazó del contenido a la conducta y la actitud en el grupo y hacia el grupo. De esta manera la reunión de grupo se hizo mucho más centrado en el grupo, un tratamiento más de un grupo que en un grupo. Esta etapa coincidió con un clima hospitalario que no siempre resultó provechoso para la psicoterapia. El conductor a veces se encontraba tomando partido

con los pacientes en referencia a ciertas críticas. Esto no hizo ningún daño siempre y cuando era honesto consigo mismo y su actitud en el fondo era positiva. Sin duda, al reducirse el conflicto en su propia adaptación a la vida militar, estas críticas surgieron con menos frecuencia y se manejaron más fácilmente.

*En aquel momento el **Ala de Formación**, aunque pertenecía al hospital, estaba claramente dividida de éste, hasta por su color **kaki** en oposición al **azul del Ala Hospital**. Estaba **igualmente dividido en espíritu y orientación**, mientras sus condiciones de vida, representando “lo Militar”, también aportaba un marcado contraste. El cambio del Hospital al Ala de Formación, que simbolizaba la vuelta a la vida militar y pronto al Servicio activo, en consecuencia era un salto muy abrupto, más aún porque ocurrió a la mayoría de los pacientes en el intervalo de dos o tres semanas después de su admisión. Esta situación podía ser utilizado terapéuticamente sólo si se aceptaba como una realidad a afrontar y la realidad de la vida militar en particular. El soldado enviado al hospital precisamente porque no pudo adaptarse a la vida militar, se encontraba confrontado con un aumento de ella, que tenía algunas características desfavorables y pocas buenas de la vida en la Unidad. Sin embargo, como resultado neto, el tratamiento en grupo tenía un efecto marcado en cuanto a la mejora de moral, hacia el grupo mismo, hacia el ala, el hospital y el ejército. [JCA1] Todo esto se menciona aquí porque contrasta llamativamente con la fase que se describirá a continuación, cuando todo el hospital llega a ser un ambiente terapéutico muy útil. Antes que pasara esto, todo lo que era posible para el terapeuta era crear un buen clima dentro de su área de influencia en el ala. Pocos reconocieron su importancia. Esto concordaba con el espíritu competitivo entre psiquiatras individuales en relación sus resultados terapéuticos y los estándares morales de sus pacientes. El tratamiento grupal y un abordaje equivalente al tratamiento individual, favoreciendo la cooperación positiva y el sentido de comunidad, ganó esta competición sin esfuerzo en todos los sentidos, hasta estadísticamente. Los rasgos principales que caracterizan esta etapa eran los siguientes:*

El tratamiento centrado en el grupo, el conductor siguiente la dirección del grupo más que dirigiéndolo, y el objetivo del tratamiento siendo más el grupo como un todo. El énfasis se desplazó a presentar problemas que afectaban el grupo como un todo. Mientras el trasfondo común de dificultades personales se hizo más presente, diferencias individuales aparecían como variaciones de los mismos temas. La personalidad global y la conducta en y hacia el grupo reclamaban más atención que síntomas individuales y su significado. La función terapéutica del grupo hacia sus miembros se manifestaba más.

Una experiencia significativa fue que este cambio de énfasis, a costa de la “profundidad” en el sentido habitual, no afectó adversamente a los resultados, y parecía que el grupo había encontrado el “óptimo” terapéutico bajo las circunstancias existentes.

Etapas 4. Coincide con el comienzo de un interés hacia el tratamiento de grupo por parte de algunos de los otros psiquiatras. Hasta el momento tolerado, este método no fue fomentado, y los primeros pasos tomados iban dirigidos a sincronizar los objetivos terapéuticos del hospital, al mismo tiempo que a coordinar el trabajo de los psiquiatras con las políticas del hospital. Esto tenía que estar en un constante estado de cambio debido a las circunstancias y demandas siempre cambiantes. Así que fue necesario, por criterios prácticos y didácticos, formular directivas generales simples y claras para el

tratamiento de grupo.⁴ Éstas debían tener en cuenta que no todos los terapeutas tenían gran experiencia en psicoterapia, menos aún en psicoanálisis. Los principios guía debían ser lo suficientemente generales como para permitir el abanico más amplio de diferencias individuales, determinadas en cada caso por la aproximación de cada psiquiatra al grupo. El primer paso fue ayudar a los psiquiatras a superar sus propias dificultades y animarles para afrontar el grupo. Una vez expuestos a las fuerzas dinámicas existentes dentro del grupo, los doctores se hicieron cada vez más conscientes de que ellos estaban afrontando los mismos problemas que el grupo y que en realidad ellos eran parte del grupo. El énfasis fue dirigido cada vez más hacia el grupo como un todo, con el objetivo de disuadir a los conductores de interferir con la actividad y expresión espontáneas del grupo. Tuvieron que aprender a tolerar las ansiedades y tensiones que vivían ellos mismos, a resistir la tentación de jugar un papel de líder autoritario y en cambio enfrentar los problemas de forma honesta y directa con el grupo. Más que un conductor lograba ésto, mayor era la recompensa —una creciente madurez emocional de sus pacientes, su mayor capacidad para abordar los problemas y conflictos con su propio esfuerzo, su mayor confianza en si mismos, responsabilidad e independencia. El psiquiatra a su vez aprendía que el mejor líder es el que ahorra la interferencia, manteniéndose en segundo plano, y el que no es imprescindible. El efecto de todo esto sobre los psiquiatras podría dar pie a un capítulo fascinante. Se hizo evidente su propia contribución emocional a mantener una relación doctor-paciente no saludable, infantil, y neurótica. El tratamiento de grupo en esta forma colocó este problema básico en el centro de la terapia, para mayor beneficio del paciente y del psiquiatra.

La característica más saliente de esta etapa fue, en consecuencia, que **el tratamiento no era solamente en un grupo ni de un grupo, sino por el grupo y, por supuesto, para el grupo.**

Etapa 5. Mientras tanto se estaba llevando a cabo una transformación a gran escala del hospital. Autoridades superiores habían decidido usar las experiencias obtenidas en cualquier lado, en especial las experiencias de los **Departamentos de Selección del Ministerio de Defensa** en las que habían jugado un papel importante y fructífero las ideas y trabajos de **Bion y Rickman** (Bion, 1946). El vivo exponente de estas ideas, el estandarte de esta misión, era el Mayor (luego Teniente Coronel) Bridger y su estado mayor. **Bridger** (1946) se dedicó en seguida a coordinar el hospital como un todo, con la idea de dejarlo crecer hacia una comunidad auto-responsable y autodirigida [descrito en Foulkes, 1948, pp. 112–113].

No se ahorró esfuerzo para darse cuenta de las necesidades de los pacientes, en descubrir sus deseos e impulsos sentidos espontáneamente, en crear oportunidades para todas las actividades imaginables, sean éstas de trabajo, de interés artístico, deportes o diversión, dentro y fuera de los límites del hospital. Mientras a los pacientes se les animaba de muchas maneras para expresar sus deseos y se les ayudaba a articularlos, no se utilizaba ni se necesitaba coerción alguna. Un abordaje grupal era el corolario natural de todo esto. Sin embargo, la iniciativa siempre había de venir de los pacientes y la carga de responsabilidad en la ejecución de todos los asuntos, pequeños y grandes, descansaba en ellos. Desde el punto de vista terapéutico, la importancia de todo esto era que en cada paso el paciente se encontraba cara a cara con una situación social a la que tenía que dar su respuesta característica. El grado de su adaptación podía, pues, ser observado e influenciado. La

⁴ Manual for Group Therapy in the Army by Foulkes

cooperación entre nosotros era perfecta y no ha habido ni una sola cuestión de principio ni detalle en que no estuviéramos de acuerdo. De manera que la relación entre el grupo terapéutico en sentido más reducido hacia el hospital cambiaba, la unidad más pequeña haciéndose definitivamente más orientada hacia la comunidad más amplia del hospital. Ninguno de los dos puede ser funcional, ni pensable, sin el otro. Pensamos tanto in términos de un todo, que nunca se nos ocurrió preguntarnos cuánto contribuía uno u otro a los resultados terapéuticos. Independientemente de todo esto, el psiquiatra era (o debiera haber sido) operativo en todos los diferentes grupos en que sus pacientes estaban implicados. Mirar esta experiencia de otra manera sería interpretar mal sus ideas básicas a la vez que la del grupo psicoterapéutico mismo. La manera exacta en la que el grupo cambiaba y se reorientaba en relación a las nuevas condiciones en el hospital fue uno de los puntos más interesantes a observar. Proporcionaba una prueba experimental de la verdad que la mente del grupo individual y de la persona individual está condicionado por la comunidad en la que existe. En estas condiciones un abordaje grupal podría desarrollarse en una variedad de nuevas formas y nuevas dimensiones podrían añadirse. Mientras esto es de una importancia de mucho alcance, que se describirá en otro lugar, aquí no podemos más que mencionar unas pocas variedades de formaciones de grupo observadas.

Había formaciones de grupo espontáneas. Pacientes podían observarse en circunstancias sociales de actividades selectivas. Esto podría ser una comunidad casual, fluida y libremente unida, como resultado de hacer el mismo tipo de trabajo o conviviendo en la misma cabaña, o podría tratarse de un cuerpo más organizado trabajando junto como equipo del mismo proyecto. Un tal equipo podría ser derivado de pacientes de diferentes psiquiatras o podría formarse deliberadamente a partir de los pacientes de uno mismo. A su vez, tal equipo podría o no reunirse en la misma composición en la sesión terapéutica. Muy interesantes y prometedoras características se desarrollaron en grupos, deliberadamente formados, para seguir juntos todo su tiempo en el hospital como un grupo cerrado. Tenían sus camas juntas en el ala, compartieron sesiones de grupo y trabajaron juntos en el mismo proyecto, preferiblemente relacionado con el mismo hospital. Por ejemplo, un grupo hizo todo el trabajo para el escenario del teatro, desde limpiarlo hasta diseñar los accesorios. Hicieron todo el trabajo técnico relacionado con la función, incluida la iluminación, etc. Otros constituyeron la banda del hospital, o producían un diario, desde coleccionar el material, reportar sobre eventos en el hospital, escribir artículos hasta editar, imprimir y venderlo. Un grupo se formó para recibir pacientes nuevos e introducirlos al hospital, acompañándoles a dar una vuelta y dándoles toda la ayuda e información que requerían. Otros organizaron un club o tenían funciones especiales en su propia ala hospitalaria. Había gran variedad de grupos terapéuticos de todo tipo, seleccionados según diversos puntos de vista, como también algunos sin selección alguna. También se dieron experimentos de actuaciones espontáneas, individualmente y en grupo. Grupos se vieron confrontados con otros grupos. Por ejemplo, el grupo del diario en un momento dado organizaba su propias reuniones de despacho para objetivos especiales, pero también para todo tipo de temáticas momentáneas que les interesaba. Mientras solucionaban sus propios problemas en relación al diario, a menudo discutieron una u otra dificultad surgida con 'los pacientes', sus lectores. Se sugirió que invitaran uno de mis grupos a observar su función de teatro, de manera que pudieran dirigirse directamente a ellos. Se hizo y llevó a una viva discusión entre los dos grupos con efectos de amplio alcance en los dos a la vez que en la relación entre el diario y el hospital. A menudo pacientes se vieron en grupos de unos ocho desde el principio, contactos individuales surgiendo de allí y tratamiento individual utilizándose sólo para solucionar problemas especiales, un método que prefería personalmente y que encontraba muy

eficaz. Queriendo o no, se hizo evidente que muchos pacientes mejoraron tanto con esta manera de proceder que no solamente el tratamiento individual sino también sesiones de grupos terapéuticos menguaron y se hicieron subsidiarios a los proyectos laborales, actividades del ala hospitalario o actividades sociales del hospital. El efecto de todo esto en el grupo de psiquiatras también era muy interesante.

Se podrían hacer muchas observaciones interesantes sobre la importancia de la asignación y la selección de grupos, pero en este respecto nunca pudimos alcanzar una etapa en la que fuéramos capaces de hacer un uso sistemático de las mismas. Después de todo, no éramos una base experimental o una unidad de investigación, sino un hospital militar trabajando bajo alta presión y donde había que solventar las necesidades prácticas del día a día. La etapa de la guerra hizo ciertas selecciones interesantes para nosotros. Por ejemplo, **durante la invasión de Normandía [1944]**, el hospital recibió **bajas de combate agudas**. La observación en grupo fácilmente los clasificó en dos categorías principales: los que tenían que volver a luchar en el plazo de una semana o dos, y los que estaban imposibilitados para ello. Estos últimos necesitaban tratamientos más largos y había que considerar su licenciamiento o recolocación.

Más tarde, hubo grupos de **prisioneros de guerra liberados**, que fueron estudiados tanto en el contexto 'de cultura pura' como mezclados con paciente que no eran ex-prisioneros de guerra. En mi opinión esto último era lo más preferible. En este tipo de tarea el abordaje grupal mostró su impresionante superioridad, permitiendo unos diagnósticos y pronósticos más precisos y poniendo sobre la mesa los problemas salientes compartidos por el grupo, aparte de su efecto terapéutico.

En una etapa más posterior, se pudieron tener unas observaciones igualmente interesantes sobre la desintegración. La guerra había ahora acabado, Bridger se había marchado, el estado mayor se redujo debido a la desmovilización. La política del hospital había cambiado de forma semi-oficial a una de rehabilitación para la vida civil. Todo quedó afectado. La vieja división entre uniformes de hospital azules y caquis cambió su significado completamente. Tanto sobre el personal como sobre los pacientes había caído una cierta nota de apatía. La vida del hospital se había vuelto mustia e incoherente, la actividad se inclinaba hacia algo institucional y departamental.

¿Qué hacer? Tuve la gran suerte, a petición mía, de ser destinado al departamento de actividades. Estaba claro que había que usar palancas para conseguir algún efecto sobre el espíritu del hospital como un todo. La situación sugirió el remedio. Hubo que formar grupos cuyas tareas estuvieran directamente relacionadas con el hospital en sí mismo, y quienes, debido a sus funciones, se vieran obligados a contactar y cooperar con otros. Recordé la divisa de Freud de la Eneida como consigna de La Interpretación de los Sueños: 'Flectere si nequeo superos, Acheronta movebo' [que Foulkes traduce libremente como: 'Si no puedo imponer mi voluntad a los dioses, desataré el infierno'].

En principio, tanto como en detalle, este nuevo abordaje abrió perspectivas fascinantes. Uno tenía que encontrar su propio camino hacia el corazón de los grupos —o lo que quedaba de ellos— e insuflarles nueva vida. Uno tenía que ser muy activo antes de que pudiera ser prescindible y los grupos pudieran una vez más vivir, crecer y moverse con su propio impulso. Necesitaba ayuda. Fundé un grupo llamado el grupo de coordinación que con un nuevo entusiasmo pronto se convirtió en el factor más activo en la vida del hospital. Se notó su influencia en el espacio de dos o tres semanas en todo el hospital, desde el oficial al mando hasta el último paciente, asistentes o administrativas. Una nueva vida resurgió de las cenizas, se montaron programas de expertos, concursos y actividades

parecidas entre psiquiatras y pacientes, produciendo una vez más contactos y cooperaciones saludables y positivos. Estas experiencias se encuentran entre las más interesantes que yo nunca haya tenido.

Volviendo a nuestro tema, el grupo psicoterapéutico en sentido más restringido, también había encontrado un nuevo sentido. Resultó la mejor ocasión para elaborar todas estas experiencias y reflexionar sobre ellas. De manera informal, lo llamaba el grupo 'de reflexión', a diferencia del grupo 'funcional' o de actividad. Una vez más, pero en un nivel más alto, encontró su lugar particular: el de aportar introspección, intelectual y emocional, sobre el significado más profundo, individual, personal y a la vez general e universal de todo este desorden de la vida, alrededor y en sí misma.

Como se puede ver, del desarrollo descrito aquí, surgieron los siguientes cambios de énfasis:

- *Desde lo centrado en el individuo, dejando la dirección al grupo.*
- *Desde lo central en el líder a lo centrado en el grupo.*
- *Desde el hablar al actuar y hacer.*
- *Desde la todavía artificial situación de una sesión de grupo a actividades selectivas y grupos en su función vital.*
- *De lo centrado en el contenido a lo centrado del comportamiento en acción.*
- *De lo controlado y dirigido a lo espontáneo.*
- *Del pasado a la situación presente.*

*Para evitar malos entendidos en cuanto al rol del conductor, tengo que decir que, a pesar de todo el énfasis en su retiro en el trasfondo, él es de hecho un agente muy activo y su influencia sigue siendo el factor decisivo en el grupo terapéutico. **Mientras es fácil convertirse en líder —en términos de la concepción popular errónea— resulta mucho más difícil destetar el grupo de tener que ser liderado, preparando así su camino a su propia independencia. Con ambos métodos uno puede tener éxito y resulta, en última instancia, una decisión política o una cuestión de 'Weltanschauung' sobre qué es lo que uno prefiere. Un camino lleva al fascismo, el otro a la verdadera democracia. Lo que es más, en esta última, la verdadera democracia, de hecho el método grupal paga el tributo más alto al individuo.***

El tratamiento grupal puede, pues, ser contemplado desde diferentes categorías.

El punto de vista más estrecho sólo lo verá quizás como un ahorro de tiempo, o un tipo de sustituto de otras formas más individuales de psicoterapia. Posiblemente se concederá que pueda tener ventajas especiales, sus propias indicaciones, como por ejemplo, para el tratamiento de dificultades sociales. Un punto de vista más amplio puede concebirlo como un nuevo método de terapia, investigación, información y educación. Y el punto de vista abierto concebirá la terapia grupal como una expresión de una actitud nueva hacia el estudio y la mejora de las inter-relaciones humanas de nuestro tiempo. Puede ver en ello un instrumento, quizás el primero adecuado, para un abordaje practicable al problema clave de nuestro tiempo: la relación tensa entre el individuo y la comunidad. En este sentido su alcance es tan amplio y abarcador como lo son estas relaciones. El tratamiento de las psiconeurosis, psicosis, crimen, etc., problemas de rehabilitación, dirección industrial, educación, en pocas palabras, todo aspecto de la vida en comunidad, grande y pequeño. Quizás alguien tomando este punto de vista amplio puede ver en él la respuesta en un espíritu de comunidad democrática para el manejo masivo y grupal de regímenes totalitarios.

REFERENCIAS

FUCHS, S. H. (1936). ' Zum Stand der heutigen Biologie ', Imago.

FOULKES, S. H. and LEWIS, E. (1944). Brit. J. Med. Psychol., 19, 20, 175, (1946). Lancet, 1, No. IX, 303.