

## Academia de Ciencias Médicas

### Asociación de Salud Mental

Sesión del día 1-4-63: «Fundamentos técnicos para el tratamiento combinado o concomitante del psicoanálisis individual y de grupo». Por el Dr. J. CAMPOS AVILLAR.

COMENZÓ diciendo el conferenciantes que el interés por la Psicoterapia de Grupo empezó a desarrollarse al final de la Guerra Mundial y fue una solución de emergencia para tratar a numerosos neuróticos de guerra, con los escasos medios que entonces había.

La enfermedad psíquica es considerada como una fase defensiva del *yo* del sujeto frente a los agentes exteriores. El neurótico, en lugar de reaccionar ante los demás en forma objetiva, lo hace como si reaccionara ante objetos que no le han satisfecho plenamente.

Siguió diciendo el Dr. CAMPOS que el tratamiento psicoanalítico requiere un grado elevado de «funcionalismo *yoico*», ya que, de lo contrario, el enfermo sería incapaz de recuperarse en su vida normal de la regresión que representa la hora psicoanalítica. Un enfermo es analizable o no, según la fortaleza de su *yo*.

La transferencia da al enfermo la oportunidad de volver a vivir las experiencias del pasado y encontrar una solución viable.

Se refirió después el conferenciante a que en la situación psicoanalítica individual hay dos partes: Una de ellas está en situación dominante, el médico, que además, es el único objeto a donde se puede realizar la transferencia; y la otra parte, el enfermo, que se encuentra en una situación de dependencia.

Por el contrario, en el Psicoanálisis de Grupo, el médico forma parte del grupo y, por tanto, su autoridad está más diluida, ya que entonces tanto los otros miembros del grupo, como el mismo grupo en sí, pasan a ser objeto de transferencia. Las transferencias dentro del grupo, según dicen los psicoanalistas, son de tipo edípico, ya que el grupo representa a la familia del enfermo.

El Dr. CAMPOS afirmó que la Psicoterapia de Grupo le parece más adecuada que la individual para aquellos enfermos que han fijado su neurosis en fases muy tempranas de la vida.

Los grupos transferenciales permiten la combinación del sistema individual y el de grupo.

Dijo el conferenciante que creía que se debe empezar por la psicoterapia de grupo con los enfermos paranoicos, ya que con psicoterapia individual realizan una transferencia tan intensa que les impide desarrollar sus defensas neuróticas.

El Dr. CAMPOS terminó diciendo que el grupo tiende a rebajar las existencias superyoicas de sus miembros.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS PARA EL TRATAMIENTO  
COMBINADO O CONCOMITANTE DEL PSICOANÁLISIS  
INDIVIDUAL Y DE GRUPO.

ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS

ABRIL 1963



Barcelona, abril de 1963

Asociación de Salud y Mental  
de la  
Academia de Ciencias Médicas



Se complace en anunciarle la Sesión Científica que tendrá efecto, D. m., el próximo  
lunes día 1, a las 10'30 de la noche, en la Sala de Conferencias de la Academia,  
y en la que se desarrollará:

"Fundamentos teóricos para el tratamiento combinado o concomitante del  
psicoanálisis individual y de grupo",

por el Dr. J. CAMPOS AVILLAR.

Esperando se dignará honrarnos con su personal asistencia, le saludan  
muy atentamente.

El Presidente,

R. Larró Barbasso

El Secretario,

J. L. Martí Tusquets

VIA EXPRESO, 31, 3°  
BARCELONA - 3



Andrés 137.8  
146.-

247 5639 e 194.-

2281484. 1111  
2270309



Fundamentos teóricos para el tratamiento combinado o  
concomitante del psicoanálisis individual y de grupo.

por el Dr. Juan Campos Avillar

El mayor interés por la psicoterapia de grupo se originó a partir de la necesidad de tratar una gran masa de pacientes con una limitada cantidad de personal entrenado. Fué durante la fase final de la segunda guerra mundial que en Inglaterra nace el Northfield Army Neurosis Center, donde por primera vez, en una forma sistemática y masiva se aplican técnicas grupales para el tratamiento de neuróticos de guerra. Los médicos militares a su vuelta a la vida civil llevaron consigo la experiencia y procedimientos aprendidos para afrontar problemas masivos de Higiene Mental como los que tenía planteados la Administración de Veteranos en los EE.UU. o el National Health Service en el Reino Unido.

La psicoterapia de grupo era pues una forma expeditiva y económica de resolver un problema de emergencia y como consecuencia "algo no tan bueno" como la psicoterapia individual. Fué con esta actitud, de "hacer lo que podamos aunque no sea precisamente lo mejor para el enfermo" con la que se adentraron en el campo de la psicoterapia de grupo la mayoría de suspioneros e investigadores; su experiencia en ella, y los resultados obtenidos les obligaron a revisar la actitud original y a formularse teorías para explicar los fenómenos que estaban observando.

Lo expeditivo y económico del método ha pasado a ser completamente secundario. La decisión de tratar a un enfermo ya sea individualmente, o en el seno de un grupo, o ambos tratamientos combinados en una forma simultánea o sucesiva, ha de ser, idealmente, función de la experiencia del médico y las indicaciones del enfermo, más que las necesidades financieras del uno y la disponibilidad de tiempo por el otro.

Con el fin de adentrarme posteriormente en el tema planteado por el título de esta conferencia, creo necesario primero aunque sea brevemente, revisar algunos de los conceptos psicoanalíticos que gozan de aceptación universal por lo menos dentro del este campo.

A la enfermedad psíquica se la considera como una forma defensiva del yo. El individuo humano confrontado con un conflicto insuperable en el curso de su desarrollo psicológico se queda fijado en aquella fase de maduración que hubiera alcanzado, o si esto no es suficiente regresa a fases de desarrollo anteriores y pasa a utilizar, en una forma reiterada y compulsiva, mecanismos psicológicos que fueron eficaces y satisfacciones en el pasado pero que resultan inapropiados para el manejo del conflicto, de carácter consciente o inconsciente, que tiene planteado en el presente. A un otro nivel y en sus relaciones interpersonales el enfermo neurótico en vez de reaccionar hacia las otras personas de acuerdo con lo que está ocurriendo en el momento presente, y en una forma objetiva,

lo hace como si se tratara de objetos importantes en su pasado con quienes no ha resuelto sus conflictos afectivos. Esta deformación catatímica del presente y del ambiente, que en mayor o menor grado se da en toda persona, y que constituye la base psicogénica de la personalidad, es más intensa, indudablemente, en el enfermo psíquico.

A esta deformación catatímica se la denomina psicosis, neurosis o neurosis de carácter etc., dependiendo de su cualidad y grado, cuando tiene lugar en la vida corriente; y, transferencia, cuando se da dentro de una situación psicoterapéutica o psicoanalítica.

Es fundamentalmente en el análisis de la transferencia (30 y *al* mismo que análisis de los sueños, de las asociaciones libres y de la conducta del enfermo) en lo que el psicoanálisis basa su poder curativo. La situación psicoanalítica individual se ofrece como un campo ideal para el estudio y análisis de la transferencia y la resolución de la misma. En esta relación interpersonal, de tipo binario, que se establece entre el médico y el enfermo, el analista, gracias a la resolución de su propia neurosis, o por lo menos a lo consciente que es de su neurosis residual (- conseguidos mediante su psicoanálisis personal -) puede mantenerse como una constante y no reaccionar hacia el enfermo con su propia neurosis (con contratransferencia, como se llamaría dentro de una situación terapéutica).

Con el mantenimiento de su actitud psicoanalítica (de autoridad comprensiva, tolerante, no juzgadora ~~y~~, no punitiva y no neurótica) se favorece el desarrollo de la neurosis experimental (transferencial), y al mismo tiempo la resolución de la misma y con ello la resolución de la neurosis original.

Con todo, el tratamiento psicoanalítico, requiere del enfermo un grado muy elevado de funcionalismo yoico, sin ello es imposible para el enfermo de mantener la neurosis de transferencia dentro de los límites de la situación analítica, con lo que empezaría a actuar hacia afuera (act out) sus conflictos en vez de concienciarlos y verbalizarlos; o bien sería incapaz de recuperar se durante su vida normal del grado de regresión que implica la hora analítica.

Freud consideró a las neurosis narcisísticas (esquizofrenia p.e.) como no-analizables, basandose en su idea de que la organización narcisística de la libido de estos enfermos los hacía incapaces de transferencia. La observación continúa teniendo validez, sobretodo si limitamos el concepto de análisis al procedimiento clásico inventado por Freud, pero no lo es por las razones por el aducidas. La transferencia se da siempre, de caracter neurotico o psicotico, lo que determina el que un enfermo se analizable o no es la estructura y fortaleza de su yo.

Si <sup>extiende</sup> ~~me~~ en la transferencia dentro del psicoanálisis es debido a su importancia y al valor curativo de la misma. La transferencia

da al enfermo la oportunidad de concienciar y revivir emocionalmente conflictos del pasado y hallarles una solución en el presente.

El mismo fenómeno psicológico en que se basa la transferencia, (esto es la contaminación emocional del presente y del ambiente por experiencias del pasado) se da también en la vida normal del enfermo, pero en este caso en vez de tener un valor curativo tiende a reforzar la neurosis del enfermo.

Lo que quiero decir con esto es que dependerá <sup>no solo de la cont<sup>extura</sup> intrapsíquica del enfermo,</sup> del ambiente, <sup>sino también</sup> de la situación, de la circunstancia exterior, el tipo de "transferencia" que se establezca, y segundo, que valor curativo o no de este fenómeno estará en relación con el uso que de él se haga.

La situación psicoanalítica individual - relación interpersonal binaria en que uno de sus elementos está en una posición de autoridad y el otro en una posición de dependencia inicial se presenta como un marco favorable para el establecimiento de un tipo de transferencia, cuyas características serán <sup>te-</sup> las siguientes:

- 1.- El médico es el único objeto donde transferir.
- 2.- Las emociones transferidas proceden de distintas épocas evolutivas del enfermo, pueden ser simultáneamente de signo opuesto (ambivalencia) y estar relacionadas con distintos objetos (generalmente paternos) del pasado.

- 3.- La configuración binaria de la relación interpersonal favorece la aparición de una transferencia de tipo maternal, - la mas primitiva relación uno a uno en el desarrollo del individuo-, y por ello, resulta más apropiada a la resolución de problemas generados en dicha época ,o sea, de tipo oral.
- 4.- El pa\_ciente se desenvuelve, prácticamente, dentro de un vacuum transferencial, -debido a la participación no-neurótica del médico en la relación-,; lo cual, si bien favorece el establecimiento y resolución de la transferencia, representa un contínuo reto a las defensas neuróticas del enfermo, lo que solo puede ser tolerado si el enfermo goza de un Yo suficientemente fuerte y una gran tolerancia para la frustración.

Todos los factores arriba anunciados apuntan hacia una contradicción intrínseca en lo que referencia hace a las indicaciones ideales para el tratamiento psicoanalítico individual. Por una parte, este requiere del paciente un grado elevado de desarrollo y madurez en la estructura de su Yo -lo que caracterologicamente implica asimismo una fase evolutiva avanzada- ; por otra parte, dado el tipo de transferencia que facilita, parece ideal para tratar problemas de las fases evolutivas más iniciales, -dónde la relación madreNiño es lo que impera- con la implicación de un Yo primitivo, dado lo temprano de la fijación.

Paradójicamente, lo mismo ocurre en el psicoanálisis de grupo, aunque con un sentido opuesto. En la situación grupal, el enfermo pasa a ser un miembro más dentro de un grupo, donde el médico, si bien continúa estando en una posición de autoridad, esta se encuentra muy diluida por el hecho de encontrarse el mismo formando parte del grupo. La configuración grupal imparte a la transferencia características distintas que las del tratamiento individual.

En primer lugar, el médico deja de ser el único objeto donde transferir; los otros miembros, y el mismo grupo como un todo, pasan a ser objetos de transferencia. El fenómeno de Transferencias Múltiples es exclusivo de la situación grupal.

2º.- Los fenómenos de Escisión y Distribución de la Transferencia, se presentan asimismo, solo dentro del grupo, ya sea en el sentido de que emociones de signo opuesto se relacionen a distintas personas (con lo cual la ambivalencia disminuye), o de que emociones transferidas de distintos objetos, o del mismo objeto en distintas fases de su evolución pueden ser distribuidas a distintas personas del grupo.

3º.- Es el común pensar entre los psicoanalistas de grupo, de que el grupo representa para sus miembros la familia original en una forma simbólica, y de que el tipo de transferencia que se desarrolla es multidimensional, y por tanto altamente apropiada para el estudio de problemas de tipo edípico, de rivalidad entre hermanos, etc ( fase edípica o genital del desarrollo).

4º.- Las exigencias que se le hacen al Yo del enfermo den-

(4)

4.- ~~Las exigencias que se hacen al Yo del enfermo dentro~~ del grupo son menores que en la situación individual. Debido a la ~~participación~~ ~~contratransferencial~~ de los demás siempre hay, una ~~mayor~~ o menor grado, de satisfacción neurotica. Al enfermo le es posible en muchas ocasiones enfrentarse con sus propios conflictos a base de resolverlos vicariamente en los demás. El grado de frustración y ansiedad es menor en la situación grupal, con lo cual la necesidad para resistir y defenderse resulta automáticamente disminuída.

5.- Lo que es más importante es que, los pacientes en grupo, como miembros del mismo, parecen gozar de una mayor fortaleza del Yo individual que de la que dispondrían espontáneamente o en tratamiento individual. Es como si el grupo facilitara en sus miembros un reforzamiento mutuo de sus Yos.

Vemos aquí pues como se cumple la paradoja más arriba anunciada, el Psicoanálisis de Grupo parece ser mas indicado para enfermos más enfermos, es decir, fijados en fases tempranas de desarrollo, por el otro lado el tipo de problemas que parece estimular pertenecen a fases avanzadas del mismo.

lógica a  
La solución/de esta paradoja al parecer insoluble a mi me parece hoy extremadamente sencilla y autoevidente, y consiste en la

combinación simultánea o sucesiva de ambos tipos de tratamiento psicoanalítico. He de confesar, con todo, que no llegue a esta forma de pensar en una forma espontánea y sin esfuerzo, tuve que vencer primero una serie de prejuicios intelectuales y de resistencias emocionales. Me sirve de consolación con todo el pensar que han sido muy pocos, si alguno, los psicoanalistas que hayan llegado a aceptar esta forma de tratamiento combindo sin resistencia y lucha interior.

*hacer hoy*

S.H. Foulkes, un psicoanalista freudiano del grupo A del London Institute, fundador de la Sociedad de Psicoanálisis de Grupo Inglesa, que fue mi maestro y a quien considero con el mayor respeto y cariño, consideraba el tratamiento individual como una resistencia en sus enfermos de grupo e incompatible con dicho tipo de tratamiento.

La frase Tratamiento Concomitante que figura en el título de esta conferencia, fué acuñada por Clifford Sager, un psicoanalista didáctico del P.C.P de N.Y., que fué uno de los pioneros en el campos del Tratamiento Combinado, refleja la misma preocupación. El consideraba el tratamiento simultaneo Individual y de Grupo como dos psicoanálisis simultáneos,

y su máxima preocupación cuando es él mismo analista ~~es que quiere~~ *es el mantenerlos separados a fin y efecto de que* conduce ambos análisis, ~~es que este no contamine el uno con el otro, a base de transferir material procedente de uno si -~~ *no se contamine el uno por el otro, mediante la utilización de material procedente del uno en el otro* ~~tuación a la otra.~~

Todos estos prejuicios se basan, a mi modo de ver, en una concepción errónea muy comun en psicoanálisis, y que está relacionada con el hecho que los psicoanalistas de grupo antes de dedicarse a ello se dedicaron al psicoanálisis indi-

vidual, y como consecuencia tienden a sobrevalorar el papel del analista dentro del análisis.

La situación psicoanalítica individual consiste en un binomio, formado por dos personas, una que analiza y otra que se analiza. Si consideramos que lo más importante es el analizar, que todo, o casi todo, depende en lo correcto de la interpretación, de la capacitación del analizante (basada en su formación personal y teórica), entonces naturalmente el análisis simultáneo con dos analistas, o, con el mismo analista pero dentro de dos distintas constelaciones (analista solo y analista más grupo) resulta imposible.

Si por el contrario, consideramos que lo más importante dentro del análisis es el analizarse, y esta es la forma en que yo lo veo, y que el analista se limita a prestar al analizando el campo (field), los instrumentos y ayuda necesarios para que este pueda proceder al curso de su análisis, entonces, el problema de incompatibilidad desaparece, puesto que el analizando será capaz de aprovechar a su mayor beneficio la situación bipersonal o grupal en que se encuentre.

Esto en cuanto se refiere al Tratamiento Concomitante, que es una forma de Tratamiento Combinado -individual y de grupo-, por el mismo o distintos analistas, que se desarrolla simultáneamente en el tiempo.

Una forma mucho más corriente de tratamiento Combinado es la

Sucesiva de ambos tratamientos, ya sea empezando individualmente y continuando con grupo, o viceversa, o alternando dichas formas con fases intermedias de tratamiento Concomitante.

No existe en los analistas individuales o de grupo tanta resistencia a trabajar o experimentar con esta forma de Combinación como con la anterior. Con todo, a mi me parece, que el orden con que esta combinación se realice no es, ni con mucho, indiferente, sino que por el contrario el analista debe guiarse a este respecto, por la constelación psicodinámica del enfermo, por el diagnóstico y la fase de tratamiento en que se encuentre.

Yo creo que hay indicaciones específicas que determinan que forma de tratamiento combinado es el de elección; aunque estoy aun lejos de ser capaz de sistematizar y definir cuales son estas condiciones, creo será de utilidad avanzarles, algunas de las pautas, fruto de mi experiencia, por las que me rijo, y las razones lógicas en que las baso.

Quiero aclarar, con todo que las formas de tratamiento combinado a que me refiero en este trabajo, son exclusivamente a las que hacen referencia a grupos transferenciales, propiamente psicoanalíticos. Para darle más simplicidad y claridad al mismo he excluido expresamente el hacer referencia a aquellas técnicas grupales modificadas con grupos especiales como son el análisis del grupo original ( la familia) o de grupos donde tiene lugar la interacción neurótica ( como en el analisis de parejas), no porque no se usen en forma

combinada con tratamiento individual o de grupo, sino por creer que caen fuera del ambito de este trabajo.

Los enfermos que yo tiendo a empezar individualmente, para ~~movernos~~ luego a tratamiento concomitante y finalmente a grupo exclusivamente, son <sup>principal</sup> generalmente aquellos que perteneces a la categoría diagnostica de esquizofrenias (ambulatoria, latente o pseudoneurotica). Este grupo de enfermos, infortunadamente cada día al parecer más numeroso, son gente dinámicamente con intensos problemas de tipo oral, que se las han manejado para entrar parcialmente en fases posteriores de desarrollo, lo que explica la presencia en ellos de abundantes defensas de tipo neurótico, pero en quienes el núcleo de su personalidad es básicamente psicótico, con un Yo pobre x que funciona fragmentariamente bien en algunos aspectos, pero no en otros.

Este grupo de enfermos, a mi modo de ver, es en gran parte responsable por <sup>el fracaso de</sup> muchos de los tratamientos psicoanalíticos bien conducidos, y por lo inacabable de otros. Se trata de personas generalmente inteligentes, capaces de "insight" en sus problemas pero incapaces de transformar dicho insight en emocional y caracterologicamente operativo. A pesar de que son conscientes del tipo de transferencia (madre-hijo) que con el analista tienen establecida, son incapaces de superar esta fase, por más que se les interprete, en tanto en cuanto la situación continde.

El grupo, y aveces la mera invitación a participar en uno de ellos, es amenudo suficiente para movilizar ansiedades edípicas (Edipo primario, en el sentido kleniano, que consiste en compartir la madre con el padre o los hermanos), y poner de manifiesto, y más tarde resolver, el conflicto que les tenía parcialmente fijados en la fase oral.

Por el contrario considero más indicado empezar directamente el análisis en el grupo en aquellos enfermos con serios problemas caracterológicos, con gran resistencia al análisis y escasa motivación para el mismo, o en enfermos con grandes ansiedades paranoides que tienen de común con los primeros la tendencia a terminar prematuramente su tratamiento, aunque sea por razones distintas, en los primeros porque el análisis individual representa una amenaza demasiado directa a sus defensas o en los segundos porque establecen una transferencia inmediata e intensa que les hace intolerable la reactivación de sus conflictos.

El grupo parece tener la virtud de aflojar suavemente estas resistencias, quizá porque en el grupo es posible resistir más comodamente sin perder prestigio frente a uno mismo o hacia los demás, o porque su participación en el grupo hace para el enfermo más fácil de aceptar su condición de enfermo al ver sus problemas reflejados en los demás y al darse cuenta de las reacciones que produce en su interacción con los otros. Aparte de esto, es un hecho que el grupo actúa en tal forma que tiende a relajar las exigencias Superyoicas de sus

miembros y es un instrumento formidable para delimitar patrones caracterológicos de conducta. Factores todos que hacen posible un análisis individual posterior en muchos casos, o por lo menos lo hacen posible y abrevian en los casos que ya lo era.

Podría continuar elaborando en el tema, pero creo será más fructífero para Vds. y para mí si aquí me paro y continuamos en forma de diálogo. El tema es sumamente complejo y extenso, pero creo que lo dicho será suficiente para estimular su interés, y les agradeceré ~~me~~ dejen oír su reacción, dudas, crítica o preguntas. Muchas gracias!