

ANÁLISIS GRUPAL INSTITUCIONAL EN LA CLASE OBRERA

MARIE LANGER
ALBERTO SINIEGO
FERNANDO ULLOA

"En el nivel humano hay que distinguir por lo menos dos niveles de análisis, dos escalones: el nivel genérico-individual y el nivel genérico-social [...] al hombre no lo podemos entender sino comprendiendo a la sociedad simultáneamente."¹

"¿No cree usted que su profesión se presta a una coartada frente a la revolución social en nuestro país?", pregunta una estudiante brasileña a Igor Caruso. Él le contesta que desde luego no considera deber de todo especialista unirse a las guerrillas, pero que piensa que "el psicoanálisis correcto es el primero en mostrar claramente los conflictos en los que se encuentra un individuo y que es él quien le abrirá los ojos para percibir y reestructurar el medio ambiente".² Sí, pero ¿qué es un "análisis correcto"? De todos modos es un proceso que transcurre en una relación bipersonal, en el cual no solamente el analizando debe poner toda su personalidad, sino también el analista. De la ideología consciente e inconsciente de éste, de su esquema de valores y de sus convicciones dependerá mucho que el paciente aumente su enajenación o que aprenda, en el transcurso de la cura, a "percibir y reestructurar el medio ambiente".

Freud postuló para el psicoanalista la sangre fría y la objetividad del cirujano. Sin embargo, sabemos desde hace tiempo que esto no es factible ni deseable. Los estudios sobre contratransferencia nos demostraron claramente cómo nuestros sentimientos influyen en el proceso analítico. Erikson nos habla de

¹ A. Caparrós, Mesa redonda sobre "Ideología y psicología concreta", *Cuadernos de Psicología Concreta*, 1, Buenos Aires, 1969.

² Igor A. Caruso, *Psicoanálisis, marxismo y utopía*, México, Siglo XXI, 1974, p. 9.

la importancia de nuestro esquema de valores. Racker³ nos demuestra que la meta de salud mental del analista lo guía forzosamente en la terapia para lograr que su paciente corresponda a ésta. Dice: las ocurrencias y las posiciones contratransferenciales que aparecen ante nosotros como un obstáculo deben ser tomadas como valioso instrumento en el devenir de nuestra tarea analítica. Es indispensable un análisis sistemático de la contratransferencia en la tarea para no perder de vista este instrumento; nosotros agregamos que la contratransferencia se siente desde el analista como totalidad; obviamente, entonces, su ideología permea a través de este fenómeno y quedará inscrita en el modelo de sus intervenciones.

Pero a pesar de los múltiples estudios sobre contratransferencia —podríamos aumentar casi ilimitadamente las citas— existe en los medios psicoanalíticos un tabú especial dirigido a cuestionar la neutralidad del analista: ¿será por temor a que nuestros críticos y enemigos pretendan reducir el complejo proceso analítico al nivel de la sugestión, reprochándonos que adoc-trinamos a nuestros pacientes? ¿O, en ciertos países latinoamericanos, por temor a que el dictador en turno nos cierre nuestras instituciones? No creemos que sea tanto eso, sino que el analista que analiza solamente en el interior de su propia clase escotomiza fácilmente el problema; "reprimimos la culpa, que nos da ser cómplices del sistema; pero también la noción reprimida del robo permanente del cual participamos como clase es causa de la mala conciencia que, poco a poco, se transforma en mala fe y en malestar en la cultura".⁴

De todos modos vale la pena analizar y ejemplificar, aunque sucintamente, los diferentes ítem en los cuales la neutralidad consciente del analista nos parece una ilusión. Empecemos por el diagnóstico, ya que éste involucra nuestro criterio de salud mental, concepto muy vapuleado en las últimas décadas. Frente al síntoma concreto nos es fácil ponernos de acuerdo: es enfermizo que un hombre adulto no pueda salir solo a la calle o estar solo en su casa. Además, él se queja de esta limitación. Pero frente a lo egosintónico puede surgir la duda. En una supervisión el analista presenta a uno de nosotros a su paciente

³ H. Racker, *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, 1959.

⁴ M. Langer, "Política y psicoanálisis", *Cambio*, t. 1, núm. 1, México, Extemporáneos, 1975.

con estas palabras: "Se trata de un ingeniero, casado, de 35 años, que sufre de impotencia. Es inteligente y exitista."

— "Pero ¿también exitoso?", fue la pregunta.

— "Sí, pero necesita a todo precio el éxito."

— "Usted es marxista", fue el próximo comentario. Y sí, lo era, porque lo que a otro analista le hubiera parecido una virtud —o un área libre de conflictos— a él le resultaba un rasgo de caracteropatía.

Sigamos con la meta del análisis para el analista, ya que ésta pertenece también a nuestro criterio de salud mental. Tiempo atrás vino una paciente a ver a uno de nosotros. Era una mujer agradable, inteligente, de origen francés. Tenía 34 años, era casada, con dos hijos prepúberes. Por las circunstancias de la guerra su familia tuvo que abandonar Francia antes de que ella pudiera terminar sus estudios secundarios. Llegada a Buenos Aires tuvo que trabajar. Más tarde intentó varias veces rendir los exámenes de bachillerato para poder estudiar medicina. Pero cada vez que intentaba concurrir a un colegio nocturno o estudiar sola para rendir los exámenes como libre, era presa de una angustia tal que pronto tuvo que renunciar. Aparte de esta dificultad tenía otros problemas, especialmente a nivel sexual, con su esposo. Entró en un grupo de psicoterapia psicoanalítica. Evolucionó muy bien y en el curso de dos años mejoró en muchos aspectos y logró, además, aprobar su bachillerato y su examen de ingreso a medicina. Por subsistir la dificultad a nivel sexual con su esposo, pero también por estar interesada en hacer la experiencia de un psicoanálisis individual, planteó al grupo un cambio de terapia. Se le recomendó un buen analista. Al cabo de un tiempo, su primera terapeuta se encontró con él.

— "¿Qué fue de Renée?", le preguntó.

— "Evoluciona muy bien, gracias, es una linda paciente."

— "¡Ah! ¿sí? —dijo entusiasmada— qué bueno que está bien. Entonces ya habrá presentado el examen de anatomía ¿no?"

— "No —le contestó enfáticamente y con cierta expresión de asco—, dejó la medicina; pero está esperando un tercer hijo."

Creemos que el ejemplo es claro: para nuestro colega la norma de salud mental a alcanzar por esta paciente era renunciar a sus estudios (su afán de estudiar tendría que ver para él con la envidia del pene?), dedicarse al hogar y tener otro hijo, cuya crianza la ocuparía los próximos años, mientras que para la primera terapeuta la meta deseable era que lograra una ac-

tividad sublimatoria y vocacional, para la cual la sentía muy capacitada. La paciente, obviamente, tenía ambas posibilidades y ambos deseos, pero en conflicto. Por eso, sin que la primera ni el segundo terapeuta se propusieran influir en ella, se adaptó sin embargo plásticamente a sus deseos.

La modalidad y la *Weltanschauung* del analista se expresan de muchas maneras. Ya el arreglo de su consultorio denota algo de su gusto y personalidad. Mediante sus honorarios elige o descarta a ciertos pacientes. Pero hay otra metacomunicación más sutil: las asociaciones que él selecciona para interpretar, su tono de voz, etc. En resumen, diríamos que no existe la neutralidad y que Caruso, y con mucha honra, pertenece a la categoría de los analistas que tienen una conciencia muy definida de su *Weltanschauung*. Es ésta, justamente, la que le lleva a ejercer un psicoanálisis utopista —en el sentido que él da a esta palabra— y cuestionador. Y la que, además, le hace definir al ser humano como "ente genérico, y esto preferentemente en su interacción recíproca con el sistema económico que él ha creado, pero que también lo enajena".⁵

En este contexto y en la lucha contra esta enajenación nos parece imprescindible citar la aportación decisiva de Paul Parin. Este autor muestra en su artículo sobre la "Crítica de la sociedad en el proceso de interpretación",⁶ basándose en el material clínico y en su interpretación, presentado en un congreso internacional y por un analista "clásico" que seguramente se considera neutral, esa misma falta de neutralidad de la que estamos hablando. Sostiene después que el analista debiera incluir en su actividad interpretativa una profunda crítica de las fuerzas y leyes que gobiernan nuestra sociedad. Esto es necesario tanto por la influencia inconsciente, formativa y transformadora de la macrosociedad en la estructura psíquica del paciente, como por las limitaciones inherentes a la función del juicio de realidad, aun en un aparato psíquico maduro y regido por el principio de realidad. Estas limitaciones provienen de la interacción de los valores dominantes en la sociedad.

Parin subraya también la necesidad para el futuro analista de profundizar, en su análisis didáctico, en su situación social y en el significado inconsciente de su ideología.

Estamos totalmente de acuerdo. Pero ¿cómo lograr eso, si jus-

⁵ M. Langer, *op. cit.*

⁶ P. Parin, "Gesellschaftskritik im Deutungsprozess", en *Psyche*, Heft xxix, Stuttgart, 1975.

tamente se enseña en casi todas las instituciones dependientes de la Asociación Psicoanalítica Internacional este psicoanálisis "neutral" que cuestionamos? La omisión del contexto social, comprensible en los primeros años de las instituciones analíticas, se transformó en negación en la medida en que cambiaron, de ser agrupaciones científicas a ser corporaciones de profesionistas, y con ello pilares del sistema. Se volvieron elitistas, y no sólo por cerrarse en su mayoría a los no médicos, ni tampoco sólo por el elevado costo de la formación, sino por el tipo de enseñanza que transmitieron. Por eso estimamos tanto a los círculos psicoanalíticos creados por Caruso, que están abiertos a todo trabajador en el ámbito de la salud mental y que comparten con su fundador su preocupación social y, a menudo, su *Weltanschauung*.

Pero igualmente se corre el riesgo del elitismo si el análisis no se pone al alcance de sectores más amplios y si tanto el analista como el analizado pertenecen siempre a la misma clase. Esta situación puede dificultar el cuestionamiento que Caruso propone. Según Parin se escotomiza fácilmente la satisfacción narcisista que se obtiene en la actuación agresiva y masoquista de los intereses de estatus y de clase, si analista y analizado los comparten.

Estas notas se referirán tanto a otra forma de enseñanza como a la práctica con otra clase social diferente a la del analista. Desde ellas intentaremos dialogar con la utopía, conscientes del riesgo que corremos de incurrir en una coartada social favorable al sistema.

Tratamos de implementar los conceptos psicoanalíticos grupales y la concepción dramática de la coterapia en una institución hospitalaria. Nuestra teoría fue psicoanalítica; su objeto, el inconsciente, no como abstracción, sino el inconsciente del paciente concreto. Nuestra técnica: la interpretación. Nuestra metodología: el juego transferencia/contratransferencia, entendido como algo que se juega entre pacientes y equipo terapéutico, abarcando también a la institución.

Nuestra experiencia fue posible gracias a una coyuntura política que parecía llena de esperanzas para todo el país (Argentina, 1972) y que, con respecto a nuestro campo, ofreció toda una serie de aperturas. Cobraron, en ese momento, nueva vida los centros de salud mental y los servicios hospitalarios de psicopatología. Se buscaba afanosamente atender las verdaderas urgencias de los pacientes, entender su problemática dentro de

su clase y su país y se desterraba la bibliografía norteamericana, ideologizada y ajena a nuestras necesidades.

A esta época pertenece nuestra experiencia, parecida sin duda a la de muchos otros servicios. Sabíamos de la precariedad del proyecto, pero sentíamos que debíamos aprovechar el espacio ideológico que nos ofrecía la coyuntura política e histórica.

En Argentina, la entidad hospital constituye una suerte de organización crónica de la pobreza de recursos; esta caracterización es válida para los países subdesarrollados como el nuestro, donde la dependencia económica del imperialismo se traduce en todas las instancias.

Pasemos a describir la *Institución* donde desarrollamos nuestra labor clínica. Se trata de un hospital general en una población suburbana, la de más alta densidad demográfica, del Gran Buenos Aires. Un servicio de psicopatología ya limitado a la consulta externa, desmantelado y pauperizado, con sólo dos profesionales a sueldo. Debemos destacar que el personal profesional voluntario, entre los que nos contábamos, llegó a contar con aproximadamente cuarenta elementos que laboraban en este servicio, donde se les ofrecía formación a cambio de asistencia. Este puñado de voluntarios estaba constituido en su gran mayoría por psiquiatras y psicólogos jóvenes y por algunos con mucha experiencia, como era el caso de dos de nosotros.

Si este trabajo se hizo posible a pesar de todos estos inconvenientes, es principalmente debido al apoyo lúcido y decidido de la jefa del servicio, la doctora Silvia Berman, quien, sin ser ella misma psicoanalista, colaboraba con nosotros en la tarea concreta y la facilitaba con todos los medios a su alcance.

Destacamos esto porque toda labor institucional tendiente a un verdadero cambio social se vuelve por sí misma subversiva y su evolución y duración depende de una interacción compleja entre las personas que la llevan a cabo, las autoridades de la institución y la lucha política dentro de la sociedad en la cual la institución está inscrita. En concreto: una labor como la nuestra fue posible mientras la situación argentina parecía pre-revolucionaria (1972), se volvió fácil durante el breve período de la presidencia de Cámpora (el eslogan: "El pueblo al poder" caracteriza a esta época, 1973) y se tornó cada vez más difícil a medida que la derecha peronista reconquistaba y se afianzaba en el poder. Terminó bruscamente en 1976 con el cierre de este servicio, así como de los demás similares, días después de que la Junta Militar asumiera el poder en Argentina. Simultá-

neamente se cierran los últimos centros progresistas de salud mental.

No hubiera sucedido esto si la respuesta de los servicios a la demanda de los pacientes hubiera sido autoritaria o paternalista, es decir, acorde con las relaciones de poder del sistema y reproduciéndolas.

Los pacientes: provenían del barrio obrero en el que funcionaba el servicio. Algunos vivían en casas de material, otros en viviendas precarias de la villa miseria. Los hombres eran en su mayoría de extracción obrera; trabajaban como tales o como pequeños comerciantes, o se desempeñaban en un oficio más o menos independiente. Algunos provenían de la clase media baja. Las mujeres eran en su gran mayoría casadas, muchas con obreros, y se desempeñaban únicamente como amas de casa. Pero hubo también alguna empleada u obrera entre ellas. Casi todos los pacientes habían abandonado los estudios en la primaria escolar y sólo unos pocos en la secundaria. Algunos habían recurrido al servicio de psicopatología por darse cuenta de que "sufrían de los nervios"; pero muchos, ya que nuestro servicio estaba inserto en un hospital general, fueron derivados por otros servicios, tales como el de clínica, endocrinología, neurología, etcétera.

Hablaremos de la formación de los equipos de coterapia grupal. Estos equipos estaban formados por dos terapeutas con amplia experiencia, de preferencia una mujer y un hombre, y dos o tres terapeutas jóvenes, de menor o ninguna experiencia. Juntos coordinaban un grupo de diez a doce pacientes.

Para que un joven terapeuta fuera incluido en el equipo poníamos como condición principal que hubiera terminado o estuviera al menos en análisis, sea individual o de grupo. Con esto intentábamos garantizar que los coterapeutas tuvieran el mínimo posible de conflictos que obstaculizaran, desde la transferencia recíproca, la comunicación dentro del equipo; por ejemplo recreando figuras dramáticas cristalizadas del tipo padre/hija; pareja erotizada, es decir, imágenes, situaciones, vínculos, que se sobreimprimieran en los demás miembros del equipo impidiéndoles "entrar" y "salir" (identificarse y tomar distancia).

Esta inclusión de terapeutas jóvenes se posibilita por la explicación a los pacientes de la diferente formación teórica y la desigual experiencia clínica de los miembros del equipo, lo que por un lado alivia las angustias de los jóvenes y, por el otro,

evita la presencia de un secreto que dificultaría grandemente la tarea. Los coterapeutas se reunían entonces como resultado de la elección mutua. Los ámbitos de discusión y de supervisión institucional otorgaban el medio en que se daba la posibilidad del conocimiento, suficiente como para destacar los modelos de tratamiento de cada uno, su estilo personal y su nivel de formación, y cotejar los acuerdos y desacuerdos que habrían de permitir la coherencia básica del equipo.

En cuanto al grado y nivel de participación, éste se iba dando de acuerdo con las posibilidades interaccionales de cada coterapeuta. Con esto queremos decir que nuestra línea de trabajo planteó un "no" rotundo al papel de observador silencioso.

La participación de todo el equipo permitió implementar la transferencia institucional. De esta manera, la salida eventual de uno u otro terapeuta no interrumpía el trabajo grupal, sino que se transformaba en material importante de análisis.

De la formación técnica de los coterapeutas. Decíamos más arriba que nuestra práctica tuvo un carácter asistencial y docente al mismo tiempo. Es decir, que aplicábamos el psicoanálisis en la práctica institucional hospitalaria y los jóvenes obtenían la formación complementaria, sistemática, en nuestro Centro de Docencia e Investigación, de la Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental.⁷ En este ámbito confluyen la formación teórica y la práctica político-gremial. Allí nuestros compañeros jóvenes tomaban seminarios de distintos niveles de complejidad, que se iban alcanzando simultáneamente en tres áreas: 1] Teoría psicoanalítica, psicopatología psicoanalítica, técnica psicoanalítica, y teoría y técnica psicoanalítica de grupos. 2] Materialismo histórico y materialismo dialéctico: 3] Discusión y supervisión de la aplicación de la teoría, esto es, de la praxis.

En los seminarios del CDI se llevaba a cabo un minucioso estudio que tenía como culminación elaboraciones monográficas sobre los temas tratados. Estas monografías se realizaron preferentemente en grupos pequeños que funcionaban como equipos.

En cada unidad de aprendizaje se contaba con un ámbito

⁷ CTSM, formada por tres gremios: Federación Argentina de Psiquiatras, Asociación Argentina de Psicólogos y Asociación Argentina de Psicopedagogos.

de discusión sobre los temas tratados por distintos docentes; allí se trabajaban las dudas sobre los materiales bibliográficos, que eran expuestos en un primer momento de información.

Esta tarea de enseñar y aprender dio lugar a un complejo mecanismo de retroalimentación positiva, que llegó a hacer que este Centro de Docencia e Investigación contara con el apoyo unánime de los jóvenes terapeutas y de los viejos esclarecidos que habían abandonado la institución analítica (la Asociación Psicoanalítica Argentina).

En lo que hacía a nuestra tarea clínica en la institución hospitalaria, existía el complemento indispensable inherente a toda formación práctica psicoanalítica: la supervisión. Se llevaba a cabo en el seno de nuestro "Grupo de Reflexión", situación grupal coordinada por dos de nosotros, que atendía a la dilucidación de los conflictos que pudieran aparecer en el campo de operación de la clínica. Este funcionamiento, grupal también en el momento de la recuperación de la experiencia y la elaboración, hacía más coherente nuestra práctica docente-asistencial.

El modelo de capacitación entre terapeutas de muy distintos caudales de conocimientos permite que se sumen los esfuerzos en una tarea no encaminada a la conquista, el mantenimiento del poder o el liderazgo (saber es poder), sino creando condiciones reales de aprendizaje solidario.

De la técnica. La coterapia como situación dramática. Fue tan imbricada la tarea clínico-docente, que se nos hace muy difícil separar arbitrariamente el aprendizaje de la técnica del quehacer clínico. Si lo estamos intentando en este trabajo de elaboración de la experiencia es sólo para presentarla con la máxima claridad posible y con la esperanza de transformarla en un antecedente útil para otros.

Comenzaremos diciendo que nuestros jóvenes compañeros aprendían trabajando en el campo mismo y acompañados tan de cerca por los compañeros más experimentados, que compartían con ellos la experiencia total. Los jóvenes terapeutas en su participación desempeñaban un papel testimonial, a la vez que por ser un miembro "no ritualizado" del polo coordinador podían identificarse más fácilmente con un paciente y desempeñar así el papel de enlace viabilizador de vínculos fluidos entre paciente y terapeuta, recíprocamente.

La intensa identificación con un paciente y su material deja

de ser riesgosa en la coordinación coterapéutica, ya que el coterapeuta que entra en esta situación tiene la garantía de no quedar "atrapado" en ella, gracias a la presencia participadora del que queda fuera de la situación.

El carácter dramático de nuestra coterapia se acentúa en el "diálogo interclínico". Llamamos así tanto a la habitual complementación que de una manera natural va tejiendo la trama de las sucesivas intervenciones de los distintos coterapeutas como a aquellas situaciones en que estos últimos establecen un diálogo real entre sí. Es aquí donde, con adecuado interés y criterio clínico, es decir, de una manera que no sea salvaje, se da la oportunidad de introducir aquellos comentarios que aparecieron al comienzo como inoportunos, por constituir opiniones distintas e incluso divergentes y hasta opuesta entre los coterapeutas y que son por lo general postergadas para un momento posterior al acto terapéutico mismo, ya sea en una ulterior reelaboración llevada a cabo por los propios terapeutas en el seno de una supervisión, o simplemente en comentarios de pasillo.

Es, en fin, una suerte de supervisión y regulación de la tarea en el acto clínico mismo.

Es frecuente que sean los propios pacientes los que estén terciando en el diálogo y aclaren muy lúcidamente lo que podrían parecer puntos de vista distintos y hasta incompatibles. No interpretábamos, en los casos de intervenciones de ese tipo, la competencia en forma castradora, ya que técnicamente opinábamos que estas intervenciones eran generalmente elementos enriquecedores en el proceso de la cura. Aclarar todo esto es importante, porque un grupo terapéutico hospitalario reproduce las condiciones clasistas de la sociedad, ya que *de facto*, en el hospital, el enfermo y el terapeuta pertenecen a distintas clases sociales y se tiende a establecer vínculos de asimetría y sometimiento que ya estaban implícitos en la relación médico-paciente habitual. Hay que asumir claramente esta asimetría explicándola como tal ante el paciente hospitalario, precisamente por toda la invalidez que determina su padecimiento y por las limitaciones a que está sometida su clase social; pero esta actitud técnica apunta a lograr el máximo grado de reciprocidad posible. Es decir, que el paciente pueda abrigar la expectativa de que aquella asimetría será alguna vez corregida, pero no porque él sea en cierta forma el terapeuta, sino porque

él recuperará su validez en forma de salud y conciencia posible. Entonces, desde allí, tenderá precisamente a romper situaciones cristalizadas de dominación.

Nuestra experiencia nos confirmó que este manejo clínico otorga al ámbito grupal en el que se desarrolla el proceso de la cura la seguridad psicológica que es de tan fundamental importancia como el recordar, repetir y elaborar. Asegura a cada miembro que no va a correr el riesgo de la excesiva e inmanejable proyección sobre él de las habilidades, ni tampoco de las ineptitudes, de los otros, que lo transformarían en un líder abrumado y sobreexigido o en el portador de la miseria del grupo.

Debemos agregar que, en cuanto a la conducción clínica, existen al menos dos peligros. De un lado está el autoritarismo regresivo, del otro la seducción demagógica. Ambos peligros plantean, al tener que tomar decisiones clínico-técnicas, la necesidad de tomar una actitud distante de ambos polos para alcanzar la veracidad pertinente. Hemos observado las diferentes características que adquiere el fenómeno de la transferencia en el vínculo terapéutico bipersonal y pluripersonal (grupal), sobre todo en nuestro caso de coterapia, donde la proyección de aspectos antinómicos tiene destinatarios distintos en las figuras de los diversos coterapeutas. Señalar con pertinencia los fenómenos que determinan estas proyecciones multidireccionales en el diálogo interclínico facilita la ruptura de los intentos de repetición, por parte del paciente, de vínculos atrapantes, es decir, de estereotipias que fueron precisamente las que lo enfermaron (por ejemplo, vínculos del tipo comensal-simbiótico entre madre e hijo). Es entonces desde nuestra técnica de implementación plástica y dinámica del diálogo interclínico y de la interpretación desde donde pueden irse produciendo modificaciones reales en nuestros pacientes.

Por lo expuesto hasta ahora se observará que nuestro papel se caracterizó por el alto nivel de participación: muy pocas veces el grupo quedó en silencio sin que intervinieramos (al estilo de Bion), ya que no era la regresión más profunda el objetivo buscado. Por eso interpretamos poco en la transferencia, pero nunca dejamos de hacerlo si se trataba de volver consciente el resentimiento frente a los terapeutas o a los compañeros del grupo, o en los casos de idealización al servicio de la dependencia infantil. Dimos mayor importancia a la pro-

blemática actual, sin por eso prescindir de la historia de cada integrante.

Nuestras intervenciones fueron preferentemente interpretativas, incluyendo lo social cada vez que lo creímos pertinente. A menudo un miembro del equipo terapéutico interpretaba lo estrictamente analítico, mientras otro acotaba la comprensión del contexto social fundante.

Con algunos pacientes no fue factible prescindir de una medicación. Había en cada equipo coterapéutico un integrante a cargo de aquella, pero sólo recetaba en la medida en que fuera estrictamente necesario y una vez discutido con el paciente. Éste a su vez recurría generalmente al psiquiatra una vez terminada la sesión grupal. La asistencia al grupo de un profesional también experto en esta tarea permitía una dosificación mínima y adecuada de los psicofármacos.

No condenábamos como *acting out* los encuentros de los miembros del grupo fuera del marco terapéutico; más bien los considerábamos enriquecedores, ya que estaban al servicio de la terapia. A nuestro juicio la abreviábamos así y ellos ejercitaban la solidaridad grupal. Pensábamos que este hecho prolongaba, más allá del encuadre, la acción terapéutica del grupo y tenemos la seguridad de que ésta tenía mucho más de una hora y media semanal de acción, que era el tiempo que contractualmente debía la institución atender a los pacientes. Esto, por ejemplo, dio un marco de contención cuando se presentaron situaciones críticas graves, incluido el riesgo de suicidio.

Nos hubiera gustado transcribir interpretaciones nuestras, así como los correspondientes mecanismos grupales. Sin embargo no nos es posible. No disponemos de anotaciones de esa época, que se prestaba mucho a la acción y poco, más allá de la reflexión inmediata, a la acumulación de material. Y el material que tuvimos, quedó allá. Sin embargo trataremos, muy sucintamente, de presentar el historial de una de nuestras pacientes, tal vez la más pobre. Con él queremos dejar lo más claro posible cuán necesario consideramos que, tanto desde el equipo como desde los integrantes del grupo, se hiciera inteligible para todos, pero sobre todo para los pacientes, cuánto de su destino y enfermedad pertenecía a ellos y cuánto era resultado de una sociedad que los enfermaba. Así podían aliviar la persecución de su Superyó, que los acusaba de ser los únicos responsables de sus "pecados" y de sus fracasos. El

ejemplo más claro es el de María Elena, quien, como tantos otros, tuvo un largo proceso como integrante del grupo.

María Elena es una mujer de 32 años. Casada, es madre de una hija de 15 años y de dos varones, uno de 14 y otro de siete. Consulta por depresión y nos llega derivada por el Departamento de Adolescentes del servicio y por el de Gineco-obs-ginecología.

El primer contacto con el hospital fue motivado por una amenorrea de la hija, cuyo diagnóstico último resultó ser un embarazo, seguido de un aborto provocado.

Al intentar María Elena enterarse de lo sucedido, la respuesta de su hija fue: "No lo diré para no destruir tu matrimonio." Esto no hacía más que poner a María Elena ante la dramática consumación del incesto de su hija. Sus racionalizaciones la conducían a sentirse única y absoluta depositaria de la culpa. En las primeras sesiones nos decía: "Él no es responsable, no conoció a sus padres, desde muy pequeño se crió en un orfanato... ¡Qué destino!"... Rompía en llanto y realimentaba su culpa: "Pero no puedo separarme... aunque para todos mi hija será la vergüenza."

María Elena trabajaba haciendo el servicio doméstico en la casa de una socióloga de una zona cercana al hospital. Había cursado la escuela primaria hasta el tercer grado. Debido a las severas carencias que sufrió en su infancia, intentaba repararlas todas en la estructuración de su familia. Su esposo era un joven de 34 años, obrero, persona muy querida en la villa por su actitud colaboradora y reivindicativa de las necesidades de los que compartían con ellos ese medio.

María Elena, desde el principio, tuvo que recurrir, por nuestra indicación, al uso de psicofármacos antidepresivos que le permitieran la conexión básica con el grupo; no para negar su depresión, sino para posibilitar la comunicación y la creación de nuevos vínculos, ya que la culpa y la vergüenza la inundaban.

Vimos entonces la importancia de la historia individual que nos permitió comprender cómo, con su complicidad inconsciente, la hija repitió el drama edípico de la madre. Ella no conoció a su padre, pero los distintos padrastros que su madre le proporcionó se aprovecharon sexualmente de ella en la única habitación de la que disponía la familia; ya desde pequeña había espiado las relaciones sexuales de su madre. En

este contexto era importante que María Elena comprendiera que su historia no era resultado de su "maldad", sino producto de múltiples determinaciones, incluyendo sin duda las condiciones paupérrimas en las que se había criado y desarrollado.

Quizá por eso mismo había idealizado tanto la familia "estable" que había logrado finalmente y por eso vivió la "brusca revelación" del incesto padre-hija, que debía haber percibido antes, como justo castigo de Dios.

En el análisis pudimos mostrarle cómo ella había participado activamente en la situación por sentimiento inconsciente de culpa. Teniendo dos habitaciones a su disposición, a menudo compartía ella con el hijo menor una de ellas, mientras el esposo compartía la contigua con su hija. Pero mientras que ella era solamente cariñosa con su hijito, hizo actuar a su hija su propio deseo edípico, al mismo tiempo realizado y frustrado (un padrastro no es al fin y al cabo el padre).

La labor del grupo fue intensa y lejos de provocar rechazo y horror María Elena despertó sentimientos de compasión y simpatía. El vínculo edípico transferencial que estableció con uno de nosotros le permitió, gracias a la interpretación, recordar episodios de su infancia ya olvidados (reprimidos) y ligar los hechos para elaborarlos.

María Elena perteneció tres años al grupo. Evolucionó muy favorablemente, superó la grave depresión y al año ya prescindía de los psicofármacos. Por la misma época se separó de su esposo y se mudó a otro lugar.

Al final intentó rehacer su vida estableciendo un vínculo amoroso con un obrero de una fábrica de la zona. Ya antes había ingresado al colegio nocturno para concluir sus estudios primarios. Los cambios físicos que observamos fueron notables: desaparecieron su ceño fruncido y su rictus labial.

El recuperar su historia le abrió una posibilidad de cambio real en lugar de una reparación fantaseada.

Éste es tan sólo el sucinto relato de la evolución de un caso, si bien quizá el más dramático de todos los que conocimos y tratamos.

Finalmente, este intento nuestro de trabajar psicoanalíticamente en grupo dentro de los servicios hospitalarios generales no pretende ni más ni menos que señalar una apertura y la posibilidad de deselitizar la salud mental y el conocimiento.