

INFLUENCIAS DE LAS TEORÍAS DE KOHUT Y CONTEMPORÁNEAS EN EL DESARROLLO DE UN MODELO DE TRATAMIENTO COMBINADO¹.



Rosemary Segalla, Ph. D.²

Este trabajo comienza con unas frases sobre la evolución de mi trabajo utilizando el modelo de tratamiento combinado.³ Seguiré con una descripción de mi marco teórico, empezando con Kohut e incluyendo influencias más recientes. Después exploraré las directrices para el uso del modelo combinado. Estas directrices se han formulado a lo largo del tiempo y reflejan influencias tanto del desarrollo de la teoría como de los cambios en las actitudes culturales hacia la terapia. Los ejemplos clínicos se utilizarán para clarificar mis propuestas.

Palabras clave: Psicoterapia de Grupo, Psicoterapia Individual, Tratamiento Combinado, Kohut, Psicología del Self.

This paper begins with a few sentences about the evolution of my work using a combined treatment model. This will be followed by a description of my theoretical framework, beginning with Kohut and including more recent influences. I will then explore guidelines for using a combined model. These guidelines have been formulated over time and reflect influences from both theory development as well as changes in cultural attitudes toward therapy. Clinical examples will be used to clarify my points.

Key Words: Group Psychotherapy, Individual Psychotherapy. Combined Treatment, Kohut, Self Psychology.

1.- Trabajo leído en Madrid el 8 de mayo de 2009, en el Instituto de Psicoterapia Relacional. Es una modificación y actualización de un trabajo anterior (Segalla, R. (2007). Influences from Kohutian and contemporary theories in the development of a combined treatment model. *GROUP*, 31 107-118). Traducción castellana de María Hernández Gazquez revisada por Alejandro Ávila Espada. Publicado con autorización.

2.- Rosemary A. Segalla (Ph.D.) es Psicóloga Clínica y Psicoterapeuta de Grupo Certificada. Es profesora de la Washington School of Psychiatry y del Institute of Contemporary Psychotherapy & Psychoanalysis, institución de la que es miembro desde 1992. Miembro del Consejo Editorial de Psychoanalytic Inquiry. Ejerce su práctica como psicoterapeuta en Washington. Ha publicado numerosos trabajos sobre Psicoterapia de Grupo, incluyendo monográficos sobre tratamiento combinado. Dirección de contacto: Rosemary544@earthlink.net.

3.- La expresión "Tratamiento Combinado" es usada por la autora para identificar el tratamiento de un paciente que se lleva simultáneamente (y a veces en diferentes etapas) en Psicoterapia Individual y en Psicoterapia de Grupo. La expresión "Tratamiento Combinado" se usa también en el ámbito de la salud mental –no en este trabajo– para referirse a la combinación de tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico. (N. del T).

INTRODUCCIÓN

Este trabajo comienza con unas frases sobre la evolución de mi trabajo utilizando el modelo de tratamiento combinado. Seguiré con una descripción de mi marco teórico, empezando con Kohut e incluyendo influencias más recientes. Después exploraré las directrices para el uso del modelo combinado. Estas directrices se han formulado a lo largo del tiempo y reflejan influencias tanto del desarrollo de la teoría como de los cambios en las actitudes culturales hacia la terapia. Los ejemplos clínicos se utilizarán para clarificar mis propuestas.

Mi trabajo inicial, hace más de tres décadas, empezó con grupos formados con la población de pacientes de día del Hospital Saint Elizabeth en Washington D.C. En aquel momento, esta institución estaba muy implicada en la formación y la enseñanza, así como en la investigación. Sin embargo, había poca oportunidad para trabajar utilizando un modelo de tratamiento combinado. La siguiente fase de mi trabajo se desarrolló en los servicios de psicología de una universidad local, antes de que las universidades empezaran a limitar sus servicios. Fue allí donde empecé a explorar un modelo combinado. Además, en este momento se empezaba a ver el impacto en la práctica clínica privada de la disminución en los reembolsos en salud mental. La cobertura para estos servicios había sido del 80% de un total ilimitado. Esto permitía una cantidad múltiple de citas para la terapia individual. A medida que decrecían las coberturas, probé a extender el tratamiento para los pacientes, colocándoles en grupos abiertos de psicoterapia, en un intento de compensar la pérdida de sesiones individuales. Como se pueden imaginar, estos grupos eran bastante diferentes de aquellos que había dirigido en un entorno institucional. Puesto que fueron emergiendo gradualmente, inicialmente por necesidad, el desarrollo del modelo de tratamiento fue el resultado de la experiencia clínica.

En aquellos primeros días, me guiaba en general por principios Sullivanianos, así como influencias del trabajo de Bion, mi primera formación propia en grupos. Fue en 1982 cuando empecé a incorporar ideas de los escritos de Heinz Kohut, cuyo trabajo estaba estudiando e impartiendo. Principalmente, mi teoría y técnica se desarrollaron a partir del tratamiento individual, siendo éste la principal guía para mi trabajo de grupo. Esto es, la primacía del individuo estaba inherente a mi modelo, el cual empezaba con la terapia individual. De hecho, esta fue mi primera posición al trabajar con grupos. Esto es marcadamente diferente de un modelo que toma al grupo como la unidad relacional básica. La diferencia en la filosofía inicial de tratamiento inevitablemente determina el escenario para modelos clínicos muy distintos.

A lo largo del tiempo, he encontrado que mi propio trabajo ha ido evolucionando con un decreciente énfasis en el individuo en el grupo, marcando un mayor énfasis en el grupo en su conjunto. El equilibrio se ha ido desplazando como resultado tanto de mis experiencias con los grupos que he dirigido, así como de la internalización de la información de la investigación del apego y neuro-psicológica, especialmente en lo referente al trauma. Por ejemplo, el trabajo de Main, Fonagy, Stern, Beebe, y otros, nos informa sobre el rol continuo que tiene la historia del apego temprano en el desarrollo de la capacidad del adulto para lograr formar vínculos emocionales de forma exitosa. Más aun, el trabajo de Fivaz y sus colegas (2002) elabora sobre la capacidad de los niños para negociar más de una relación desde el nacimiento. Su investigación captura los esfuerzos del bebe en mantener conexiones con ambos progenitores. Esta investigación es importante para nuestra comprensión de lo que ocurre en la terapia de grupo. Como señala Fivaz, somos animales sociales diseñados para funcionar en grupos. Solomon nos dice, “nueva evidencia (Main, 2002) indica que las experiencias reparativas adultas capacita a aquellos con traumas de apego, para incrementar su capacidad de sobrellevar el estrés y restaurar una sensación de seguridad. La cura a través de nuevas relaciones ocurre con frecuencia y hace que la persona que haya experimentado el trauma incremente su habilidad de sobrellevar el estrés y los afectos negativos” (2003, p.331). Schore (2003) y otros hablan de la función de la experiencia relacional implicada al describir la comunicación del sistema límbico al sistema límbico. Las evidencias de la neuropsicología, con su mayor comprensión de los efectos del trauma, así como la vasta cantidad de información que proporciona la investigación del apego, apoya mi visión de que es esencial un modo de tratamiento que aprecie nuestra implicación contextual.

Una influencia adicional en mi trabajo de grupo viene de los postmodernistas y su énfasis en las influencias relacionales. Stolorow y Atwood (1992) y otros se centran en la inevitabilidad de la intersubjetividad. Esto apoya la exploración de la persona incluida en contextos con otros, es decir, en el marco de un grupo. Lo que espero transmitir con esta exploración de las influencias que han dado forma a mi trabajo de grupo es

que considero el tratamiento combinado como un modelo en constante evolución, informado continuamente con nueva información. Como sugiere Donna Orange en su libro “Comprensión Emocional” (1997), nuestras teorías deben estar “sostenidas con delicadeza”, guiando nuestro trabajo sin atarnos a los marcos teóricos que potencialmente limite nuestra exploración personal y el crecimiento en el trabajo que hacemos. Por tanto, en mi trabajo con el modelo combinado, sigo alerta a nuevas posibilidades para mejorar mi trabajo.

MODELO DE TRATAMIENTO COMBINADO

En este desplazamiento del tratamiento individual al combinado, las implicaciones del rol de terapeuta se han desplazado para considerar el poder de la vinculación entre los miembros del grupo. El rol del terapeuta era inicialmente más significativo en el establecimiento del proceso evolutivo del grupo. En su fase inicial, el terapeuta interactuaba más activamente con los miembros. Esto evolucionó, a medida que los miembros luchaban por resolver sus deseos de que el terapeuta fuese un líder muy activo, hasta avanzar gradualmente hacia un reconocimiento mutuo entre los miembros (Benjamin, 1988). Como parte de esta evolución, el rol del terapeuta va desplazándose, desde estar en primer plano –a estar en el fondo, a medida que los miembros empiezan a identificar y trabajar con las transferencias entre ellos. Como parte de esa evolución, las interpretaciones del terapeuta al grupo completo se hacen más comunes y se aceptan y trabajan por los miembros. La herida narcisista experimentada en las fases tempranas del grupo cuando el terapeuta realiza esas interpretaciones ya no ocurre. Este movimiento hacia las observaciones e interpretaciones del grupo como un conjunto, reflejan la necesidad de experiencias de objeto grupal⁴ (Segalla, 1998). Dicho de forma sencilla, el *objeto grupal* es una extensión de las necesidades del objeto del self, según argumenta Kohut. Él habla de la necesidad del grupo, así como de los potenciales peligros del grupo (1976). Yo considero esto como algo fundamental, pero creo que el trauma social, ya sea en la familia o en el grupo social, inhibe a menudo el desarrollo continuo de esta necesidad. Esta observación refuerza mi énfasis en que el tratamiento individual preceda al tratamiento grupal, particularmente para una población con heridas narcisistas significativas.

Como se ha indicado, un aspecto importante de mi trabajo y que se ha mantenido constante, es la decisión de trabajar con pacientes en un tratamiento individual antes de entrar en un grupo.

Inicialmente trataba a un paciente durante varios meses o hasta uno o dos años antes de que entraran en un grupo. La idea (del grupo) se introducía a medida que iba trabajando lentamente con la inevitable resistencia. A lo largo de la última década, la terapia de grupo se ha visto de forma más positiva y por lo tanto no hay la resistencia que había observado previamente. Ahora, en mi entrevista inicial con potenciales pacientes, indico que un modelo combinado de tratamiento es mi modo predilecto de trabajo. Aunque aún hay alguna reticencia a la hora de considerarlo, la mayoría de las personas son cuando menos curiosas y ocasionalmente incluso entusiastas con la idea de entrar en un grupo.

Como podéis ver, el modelo continúa siendo el de un tratamiento individual que precede al grupo. No trato a ningún paciente que esté solo en grupo. Sin embargo, como parte del proceso de finalización hay un descenso gradual de sesiones individuales con pacientes que permanecen en el grupo después de haber completado la terapia individual. La finalización total es cuando el paciente está preparado para dejar el grupo.

La población a la que sirvo en la práctica privada puede ser algo diferente a la de aquellos que ejercen en un entorno comunitario. Por tanto, para otros entornos, las directrices se pueden modificar. Mis clientes, aunque problematizados, siguen siendo, esencialmente funcionales. Tienen puestos de responsabilidad y tienen familias. Aunque a menudo están profundamente dañados, pueden utilizar el trabajo de la terapia con bastante éxito. Guiados por la teoría del objeto del self de Kohut, se pueden abordar enfáticamente las inevitables interrupciones en el tratamiento. Debido a mi preocupación con las heridas tempranas y las necesidades de objetos del self no completadas, continúo considerando que es esencial un periodo inicial de tratamiento individual. La relación se explora por completo a la luz de la historia temprana de apego.

4.- “Groupobject experiences” o Experiencias de objeto grupal, como una traslación del concepto y función de Objeto del Self (Selfobject) al campo grupal. (N. del T).

He observado que cuanto más evidencia haya de apego desorganizado, más tiempo durarán las visitas individuales hasta que la persona entre a formar parte de un grupo. Sigo convencida de que es la estabilidad y la fuerza de este periodo de trabajo individual y el establecimiento y trabajo a través de la transferencia de objeto del self, lo que permite a los pacientes tolerar las inevitables interrupciones de una terapia de grupo. Mi evidencia del éxito de este modelo reposa en dos puntos. El primer nivel es cuando observo un funcionamiento mejorado. El segundo es el compromiso con el grupo, evidenciado por los miembros.

He tenido pocos abandonos o terminaciones precipitadas. Los miembros siguen desarrollando experiencias maduras de objetos del self entre ellos durante periodos amplios de tiempo. Su apego al grupo se demuestra en su capacidad para oír la voz del self grupal a medida en que se encuentran con experiencias difíciles en la vida. Algunos pueden sugerir que estas son indicaciones de necesidades de dependencia no resueltas. Estoy en desacuerdo con estas observaciones basadas simplemente en los datos sobre la mejora demostrada del funcionamiento. Cuando un miembro en particular aparece afectado, aparentemente incapaz de realizar los cambios necesarios, el grupo es efectivo en la gestión del comportamiento repetitivo, resistente y regresivo.

LOS POTENCIALES PROBLEMAS DE UN MODELO COMBINADO

Palabras de precaución son, naturalmente, necesarias cuando uno considera trabajar con un modelo de tratamiento combinado. Steven Lipsius (1991) sugiere que hay “separacionistas” e “integracionistas”, refiriéndose a como el terapeuta aborda los límites entre la terapia individual y de grupo. Los “separacionistas” son aquellos que mantienen una rígida frontera entre ambas modalidades. Los “integracionistas” permiten un flujo de información entre los dos, mientras al mismo tiempo demuestran alguna discreción en ese proceso. Sus observaciones son importantes y se dirigen a uno de los aspectos más importantes a la hora de negociar un modelo de tratamiento combinado: el interfaz entre el tratamiento individual y el de grupo. Discute este límite desde la perspectiva de maximizar el uso más efectivo de ambos modos de tratamiento. En resumen, ofrece cuatro orientaciones que he encontrado muy similares a mi propia perspectiva. En la primera sugiere analizar “por qué el material fue expresado en esa modalidad de componente en lugar de una modalidad de componente en la que era primariamente relevante” (p.318). Considera esta orientación como “consistente con el concepto general de analizar resistencias donde y cuando surgen, en oposición a esperar a la otra modalidad terapéutica antes de analizar la resistencia” (p.319). Su segunda orientación fue la de “animar a que el material primariamente relevante en una modalidad, se traiga a esa modalidad para el análisis continuado” (p.320). La tercera orientación sugiere que es importante “utilizar el método menos intrusivo necesario para ayudar al paciente a traer material relevante a la modalidad terapéutica que tenemos entre manos” (p.322). Sugiere, por ejemplo, que el terapeuta solo intervenga con material de la misma modalidad. Su última orientación: “el terapeuta necesita, cuando sea apropiado, invitar al paciente a relacionar material de las sesiones individuales y de grupo para ayudarles con las interpretaciones que pueden ser útiles al paciente, con el propósito de integrar partes disgregadas del self” (p.323).

Establece, y estoy de acuerdo, que “el espíritu general del proceso combinado completo de psicoterapia individual y de grupo es el de la integración. Uno no quiere poder engendrar una atmosfera en la cual el material sólo se puede hablar en una modalidad de componente” (p.324). Y estas estipulaciones requieren que el terapeuta esté empáticamente en consonancia con el paciente. Esto es particularmente importante en las primeras fases cuando se añade el tratamiento de grupo al tratamiento individual. Cuando por primera vez entran en el grupo, a menudo los pacientes son incapaces de procesar sus experiencias afectivas y dependen de su terapia individual para resolver sus respuestas. También es una oportunidad para discutir nuestras experiencias afectivas que no hayan sido parte del trabajo individual. En una sesión de grupo, algunos agradecerán alguna referencia a una sesión individual, mientras otros no serán capaces de aceptarla. Mi propia experiencia es que para un miembro que se inclina a la división, debemos proceder con precaución, continuando con la interpretación y exploración hasta que él o ella sea capaz de asumir el tema en la otra modalidad. Esta posición está formada por mi énfasis en la resolución de rupturas empáticas que inevitablemente ocurren alrededor de la frontera entre las dos modalidades. Aunque queramos dirigirnos a estas rupturas en la modalidad en la que ocurren, algunas veces es de ayuda iniciar el proceso, por ejemplo,

en la terapia individual. Esto puede ser particularmente efectivo si los modelos de exploración empática para el paciente funcionan a través de un proceso que no haya visto aun o experimentado en su propio trabajo individual. Los comentarios de Lipsius son importantes, pero deseo enfatizar que, si consideramos el modelo combinado como un sistema abierto, apreciaremos que hay una inevitable influencia de un modelo sobre el otro, sin mencionar el más amplio contexto social, y que podemos ir trabajando más fácilmente hacia una relación fluida con nuestros pacientes, apreciando la inevitable influencia tanto en el trabajo individual como en el de grupo.

ACTIVACIÓN DE LA TRANSFERENCIA

Las transferencias deben estar bien establecidas y ya trabajadas parcialmente a través del trabajo individual, antes de la participación en un grupo. Esto es, un paciente debe de haber tenido en la terapia individual suficientes experiencias de trabajar y curar rupturas empáticas. El establecimiento de la transferencia de objeto del self, sin embargo, se comprobará en la participación en el grupo. Inevitablemente el paciente deberá modificar su visión sobre su relación con el terapeuta. Con frecuencia escucho comentarios sobre la incomodidad de saber que hay otras personas especiales en la vida del terapeuta. Esto no es muy distinto a la experiencia en el tratamiento diádico, del “descubrimiento” de que el terapeuta tiene una mujer o marido y familia. Ver al terapeuta en el contexto del grupo es a menudo profundamente decepcionante. Observando la variedad de relaciones que el terapeuta tiene con distintos miembros puede activar una temprana decepción que haya ocurrido en la constelación familiar. Esto se exagera si el historial de apego temprano del paciente está lleno de disrupciones. En este punto en el desarrollo del proceso terapéutico, es imperativo que la frontera entre el grupo y el tratamiento individual sea particularmente permeable. He encontrado que, si esta frontera se mantiene abierta, hay mayor posibilidad de que el paciente permanezca en un grupo a pesar de su incomodidad. Este periodo de discusión activa del grupo en las sesiones individuales dura normalmente varios meses. Después, típicamente, el material solo se trae a las sesiones individuales cuando los temas tratados en el grupo abren la oportunidad para una exploración más profunda de un tema. Ulteriormente, he encontrado que las personas utilizan ambas modalidades de forma efectiva, con poca necesidad para extenderse sobre un tema fuera del entorno en el que ha ocurrido.

Otra dimensión importante a considerar es la del trabajo con un co-terapeuta, lo que hago con frecuencia. Mi experiencia es que, con el otro terapeuta, se activa una transferencia de objeto del self enteramente nueva. Esta transferencia de objeto del self está frecuentemente relacionada con los sucesos tempranos que no han emergido en el trabajo individual.

LA ACCIÓN DEL GRUPO

Ver mi trabajo a través del prisma de la intersubjetividad sugiere que la co-creación esta siempre activa, tanto en la terapia individual como en la de grupo. El proceso co-creado entre los miembros y los terapeutas es un modelo útil para considerar la acción del grupo.

Utilizándolo como guía, nos anima a la exploración mutua que incluye a todos los miembros. Utilizar el lenguaje de la co-creación y la influencia mutua anima a los pacientes a considerar su papel en las emergentes dinámicas de grupo. Este enfoque limita la búsqueda de chivos expiatorios y el *acting out* agresivo. Crea una atmosfera que es tanto exploratoria como asertiva (Lichtenberg, 1989). Esto es, los miembros se implican activamente entre sí en un contexto en el cual cada miembro no solo está experimentando la acción del grupo, sino que también está considerando su rol en esa acción. Este campo intersubjetivo también caracteriza el interfaz entre el tratamiento individual y de grupo. Podemos también asumir que en todo momento las dos modalidades están siendo afectadas la una por la otra. La inevitable fluidez entre las modalidades también les da forma a ambas, y las implicaciones para el trabajo de la transferencia/contra-transferencia son también evidentes. De hecho, debemos asumir que habrá elementos transferenciales y contra-transferenciales que necesitarán atención en ambas modalidades. Por ejemplo, como terapeuta puedo encontrar que estoy teniendo una particular contra-transferencia hacia uno de los miembros del grupo, y que esto puede emerger para una discusión posterior en el trabajo individual, o vice-versa. Las respuestas

inducidas por las orientaciones comentadas anteriormente son de considerable importancia. Un ejemplo puede ser mi reacción ante un miembro del grupo que ha elegido no revelar una información importante al grupo, dejándome a mí, como terapeuta individual, sosteniendo la información que debería ser revelada por el paciente. Es esencial la continuada valoración del impacto de ambos modos de tratamiento en la transferencia en tanto en cuanto la herida narcisista puede ser particularmente dañina tanto para el paciente como para el terapeuta.

EJEMPLO CLÍNICO

Intentaré demostrar algunos de los puntos desarrollados, mediante la utilización de una breve viñeta clínica. Mi deseo es transmitir la necesidad del tratamiento individual, donde una transferencia sana de objeto del self es el escenario para la entrada en la complejidad de la experiencia de grupo. Aunque mi enfoque principal es sobre uno de los miembros, podría haber elegido cualquiera de los ocho miembros del grupo como ejemplo. Cada uno tenía una historia y experiencia terapéutica igualmente compleja.

Rebeca entró en tratamiento individual como resultado de la ruptura de una relación de cinco años. El periodo inicial de trabajo se caracterizó por sus esfuerzos por entender porqué había sido incapaz de comprometerse con Michael. En un corto periodo de tiempo, sin embargo, se hizo evidente que Rebeca estaba seriamente deprimida y era activamente suicida. La precipitación de la ideación suicida coincidía con un traslado de la casa de su madre a un apartamento suyo propio. Las horas de terapia se incrementaron a cuatro veces a la semana y Rebeca también empezó a tomar medicación antidepresiva.

La historia de apego temprana de esta mujer de treinta y cinco años estaba caracterizada por serias pérdidas. Sus padres, involucrados en una relación destructiva buscaban el alivio en relaciones extramaritales. Cuando Rebeca tenía dos años, su madre repentinamente se fue, dejando atrás a Rebeca y sus dos hermanos. El padre y los abuelos intentaron hacerse con la situación durante algunos meses. Poco después, el padre se trasladó a vivir con la mujer con la que estaba saliendo, y se formó una especie de familia. Mi paciente, claramente disgustada, tuvo una serie de rabiets que fueron recibidas con el ridículo y el destierro.

Después de dos años, la madre regresó y empezó a llevarse a sus hijos los fines de semana. Estas visitas descolocaban a Rebeca que se estaba ajustando a su nueva situación. Tanto antes como después de cada visita de fin de semana estaba agitada o deprimida. Para cuando alcanzó los ocho años, su padre se había vuelto a casar y había tenido tres hijos más. Fue en este tiempo que su madrastra ya no podía tolerar a Rebeca y a sus hermanos y fueron devueltos a su madre, quien ahora les tenía de forma continuada. La madre intentó brindarles un hogar estable, pero al estar involucrada en una relación destructiva que incluía el alcohol y el maltrato físico, Rebeca fue traumatizada a menudo por lo que vio y oyó. Había sufrido con la ruptura con la madrastra, que se había ido mostrando cada vez menos interesada en sus hijastros, y que había hecho pocos esfuerzos por continuar en una relación enriquecedora con ellos.

Como es evidente, el historial de apego temprano de esta joven mujer era extremadamente traumático. Se podría caracterizar su patrón de apego adulto como evitativo. Tenía pocas conexiones íntimas, aunque sí tenía una carrera profesional bastante exitosa.

Durante el periodo inicial de su tratamiento, Rebeca dejó su apartamento y volvió a vivir con su madre, quien fue capaz de proveer apoyo emocional. Fue el principio de un crecimiento hacia una relación más sana y profunda entre ella y su madre, y ha sido una parte significativa en el proceso de curación.

Rebeca fue estableciendo rápidamente conmigo una transferencia idealizada de objeto del self, que fue muy importante en aquel momento. Yo era la madre estable, fiable, y predecible que tanto necesitaba.

Tras un año de tratamiento individual, Rebeca estuvo de acuerdo en unirse a un grupo, que se estaba formando, compuesto por mis pacientes, así como los de mi co-terapeuta masculino. Se hizo evidente que el grupo fue un aporte críticamente importante para su trabajo. Comenzó un proceso transformativo, cambiando de trabajo a otro que le daba salidas significativamente más creativas, así como control sobre sus horarios. Aunque económicamente no era tan interesante, esta elección de carrera profesional ha sido muy exitosa. Es ahora un líder reconocido en su campo de elección y trabaja duro en mejorar sus habilidades profesionales. También ha cultivado varias amistades estables, pero aún no tiene una relación íntima. Este es el enfoque

actual de su trabajo terapéutico. El grupo ha sido lo más importante a la hora de ayudarlo a explorar los aspectos relacionales de su vida. Es en el grupo donde realiza el trabajo significativo sobre este tema.

La transición al grupo fue una época importante para Rebeca. Inicialmente, activó los temas de trauma y pérdida temprana, al hacerse crecientemente más consciente de sus reacciones a mis “otros niños”, así como los “niños” de mi co-terapeuta. También reaccionó a la presencia del co-terapeuta masculino, viéndole como no-fiable e impredecible. Él era agudamente consciente de su ansiedad en su presencia y mantuvo una posición continuamente empática, que ulteriormente permitió que Rebeca trabajara con él sobre temas paternos. Estos temas inicialmente solo fueron tratados en el tratamiento individual. Tras varios meses, Rebeca empezó a abordarlos en el grupo donde recibió el apoyo de los demás miembros.

Como indiqué, Rebeca entró en un grupo recién formado compuesto por cuatro hombres y cuatro mujeres. Tras un periodo inicial durante el cual unos pocos se fueron y se reemplazaron por nuevos miembros, el grupo se hizo una unidad de trabajo cohesivo. Se vio que los miembros eran muy expresivos e interactivos. Inicialmente mi co-terapeuta y yo éramos los que proveíamos las orientaciones a los miembros, a veces trabajando con miembros individuales o en sub-grupos. A medida que el grupo iba ganando cohesión, éramos menos activos y tendíamos a hacer interpretaciones como grupo u observaciones con más frecuencia que lo que hacíamos en las primeras fases del desarrollo del grupo. Rebeca, sorprendentemente, se hizo un miembro muy expresivo y era activa tanto al traer material sobre sus temas como en responder a lo que podía estar preocupando a los demás. Empecé a ver un aspecto de Rebeca que no era evidente en el trabajo individual. Era capaz de instigar experiencias de objeto del self gemelar, y aparentaba estar mucho menos aislada que en nuestras sesiones. Respondió muy bien a ser reflejada⁵ y demostró una capacidad para reflejar a los demás. Las experiencias adversas podían ser exploradas tanto en el grupo como en sus sesiones individuales.

Como se ha comentado anteriormente, para algunos miembros es necesario trabajar sobre los temas que surgen en el grupo, en sus sesiones individuales, para comprender más profundamente el significado de sus experiencias de grupo. Este fue el caso cuando Rebeca tuvo un enfrentamiento a voces con Joan, una mujer que era ambas cosas, más expresiva, y más dispuesta a cogerse el tiempo del grupo. El desacuerdo, aunque fue puesto en escena a través del altercado entre Rebeca y Joan, era reflejo de un tema que preocupaba a todo el grupo, sobre la monopolización y el derecho a intervenir. Joan estaba dispuesta a tomarse el tiempo que ella deseara, para explorar algún asunto particularmente preocupante. Dejaba poco tiempo o espacio para las respuestas de los miembros. A Rebeca le pareció indignante, lo que ella veía como la posición narcisista de Joan, y comenzaron los intercambios enojados. Este arrebato me pilló por sorpresa y vi de soslayo a la niña pequeña con rabieta ante la falta de respuesta de su padre a sus necesidades emocionales. Mi co-terapeuta y yo nos mantuvimos en silencio, en un esfuerzo para determinar la capacidad del grupo para negociar esta situación. Los miembros se activaron rápidamente y empezaron a intervenir, ya fuera para intentar clarificar el problema, o expresar ansiedad por el nivel de intensidad del grupo. Nos llegaron demandas para resolver el problema, seguidas por el reconocimiento de que veíamos al grupo como capacitado de realizar ese trabajo. El grupo terminó con un gran alboroto de parloteo excitado, que seguía por el pasillo. Era evidente que los miembros del grupo estaban ansiosos, siendo conscientes de la fragilidad de ambas mujeres, en torno a los temas de conflicto. Mi co-terapeuta y yo acordamos que era un momento importante para todo el grupo, quienes a menudo habían expresado su ansiedad respecto al conflicto. Me sorprendió ver que me sentía bastante consternada por Rebeca. ¿Sería lo suficientemente resiliente como para abordar este conflicto? También me preguntaba por las reacciones de Joan. Lo que fue realmente evidente en estos intercambios era que tanto Rebeca como Joan, a través de la activación de sus dinámicas, habían co-creado una situación que ulteriormente era útil, tanto para ambas mujeres, como para el grupo entero.

Rebeca trajo este problema a su siguiente sesión individual, así como Joan también. A través de una serie de sesiones, Rebeca pudo entender la intensidad de su reacción a Joan, quien para ella se había convertido en su distante y a veces iracunda madrastra. Esta comprensión emergió lentamente a medida que mantuve

5.- Función de espejo y reflexiva complementarias. (N. del T).

a Rebeca en el momento. Sin embargo, sentía que había varias otras conexiones importantes. La madrastra era lo más obvio, pero la realización más importante ocurrió en torno a la exploración de Rebeca sobre el significado de la ocupación del espacio. La comodidad que Joan sentía al posicionarse en el centro de la atención, era un tema clave. Rebeca, con mi ayuda, gradualmente reconectó con su propia experiencia temprana de ser “Becky Sunshine”.⁶ En este rol, ella recibía considerable atención de su padre. Sin embargo, había aprendido a mitigar sus respuestas a medida que los nuevos hijos de su padre comenzaron a tomar protagonismo. Rebeca no había podido retener un lugar especial con su padre. La monopolización de Joan activó su ira temprana y el tema de su pérdida.

El comportamiento de Joan era un aspecto importante de su desarrollo temprano. Como la hija mayor en una familia de supervivientes al Holocausto, había aprendido pronto que los limitados recursos emocionales no estaban necesariamente repartidos de forma igualitaria. Ella luchó por la atención, a pesar del hecho de que a menudo la atención fuera negativa. Era la persona ideal para que el grupo la utilizara de forma inconsciente, para dirigir sus necesidades no satisfechas de protección y atención.

Para la siguiente sesión de grupo, Rebeca y Joan fueron capaces de abordar el tema, trabajando cada una en la comprensión de la intensidad de su intercambio. Otros miembros también empezaron a revelar sus propias reacciones ante la pelea, así como sus roles en la acción. Un hombre, que tiene una gran dificultad con los conflictos, pudo expresar su miedo a la ira. Había descubierto en este altercado importantes paralelismos con el comportamiento impredecible de su padre. Articuló que esta era una nueva forma de experimentar, en la cual las personas estaban activamente intentando entender y resolver sus diferencias. Otra mujer alegó carecer totalmente de habilidad para manejar el conflicto, diciendo que ella pensaba que una pelea podía ser el fin del grupo. Jack, callado durante estos intercambios, veía que Rebeca había hecho el trabajo que le correspondía a él, con Joan. Un tanto avergonzado, dijo que estaba contento de ver la pelea, pues sentía que no hubiera podido decir algunas de las cosas que ellas habían expresado con enfado. Mi interpretación tuvo que ver con la claridad que emergió del trabajo conjunto hacia la comprensión. Estaba enmarcado de una forma inclusiva, indicándonos que todos éramos parte de esta pelea, para encontrar formas de expresar nuestras necesidades y la ira que a menudo es una respuesta al no ser vistos o escuchados por otros.

Quizás un tema a destacar es que la resolución de este conflicto tuvo lugar a lo largo de varias sesiones de grupo. Inicialmente Rebeca continuó comentando su experiencia en el grupo, durante sus sesiones individuales. Traía sus *insights* de nuestro trabajo también al ámbito del grupo, compartiendo los nuevos, a medida que iban surgiendo. Era interesante observar que sólo experimentaba un fuerte afecto en sus horas individuales. Fuimos incapaces de comprender esto hasta que finalmente construimos una escena modelo (Lichtenberg, Lachmann & Fosshage, 1992). Ella recordó, con mi ayuda, el estar acostada en la cama por la noche y oír fuertes peleas en el dormitorio de su madre. Reconoció los sonidos de abuso físico y sexual. Su terror y rabia irrumpió en su sesión individual, al recordar su miedo e impotencia, y la incapacidad de su madre para comprender cómo su comportamiento estaba impactando a su hija. Lo que también se reveló fue su propia excitación y deseo, al escuchar a través de la pared, la actividad en el dormitorio de su madre. Empezó a ver que su propia vergüenza al sentir excitación había mitigado su capacidad para el placer sensual y la excitación sexual. La aparente desconsideración y preocupación por sí misma de Joan, era como la madre de Rebeca. Gradualmente entendió su renuencia a comprometerse realmente con Joan y el grupo de forma afectiva, como algo relacionado con estas experiencias tempranas recurrentes. No fue hasta que empezó a trabajar con lo que esta escena modelo había revelado, que pudo realmente enfrentarse con su miedo, su propia agresión y su deseo por conseguir atención. Ulteriormente, pudo continuar trabajando sobre esto con Joan y el resto de los miembros del grupo. El grupo se convirtió en una familia funcional para ella y hoy por hoy, lo sigue siendo. Rebeca casi siempre puede explorar sus temas libremente en este entorno. Tiene considerable devoción por el grupo y sus miembros.

6.- Becky Sunshine: Becky es el diminutivo de Rebeca (Rebequita) y el apelativo Sunshine indica a alguien que da alegría (p.e. rayo de luz). Probablemente la llamaba así el padre a la niña Rebeca. (N. del T).

Esta viñeta clínica nos aporta un ejemplo del poder del modelo de tratamiento combinado, demostrando la amplitud y profundidad del trabajo comenzado en un tratamiento individual. También captura las múltiples necesidades de objeto del self entre los miembros, que se activan en el entorno del grupo. Como quizás es evidente en la viñeta, el énfasis está en la experiencia afectiva resultante, no sólo de las rupturas empáticas, sino también de la activación de experiencias profundamente traumáticas. La interacción entre el trabajo individual y el de grupo permite una contención a través de los periodos de re-enactment potencialmente traumáticos. La presencia de un co-terapeuta profundiza el trabajo de transferencia del objeto del self, añadiendo dimensiones que ni el trabajo individual ni el trabajo de grupo pueden alcanzar por si solos. El ejemplo de Rebeca no es distinto a lo que vemos habitualmente. Su capacidad para crecer en este modelo combinado tiene muchos de los elementos necesarios para que ocurra una verdadera curación.

Este proceso de trabajar en detalle, aunque difícil por la activación de sentimientos traumáticos, fue un paso significativo para Rebeca y el grupo. El tema del poder de las experiencias traumáticas sigue siendo una de mis motivaciones primarias para la utilización del modelo de tratamiento combinado. Sin el trabajo individual, hay poca oportunidad para procesar y comprender las inevitables rupturas en el grupo. Cuando estas experiencias no son procesadas, inevitablemente salen a la superficie en el grupo, pero con frecuencia, sin enlazar con la ruptura inicial. El fluir, el ir y venir entre la terapia individual y de grupo permite que estas experiencias evocativas se puedan explorar a medida que vayan surgiendo. Con frecuencia, las sesiones individuales son como una contención, permitiendo una exploración más profunda del trabajo comenzado en el grupo.

Trabajar con un modelo de tratamiento combinado es un importante componente del trabajo curativo de la terapia. Espero que mis observaciones sean de utilidad para todos vosotros al trabajar con este método.

REFERENCIAS

- Benjamin, J. (1998). *Shadow of the Other: Intersubjectivity and gender in psychoanalysis*. New York: Routledge. [V. castellana: Buenos Aires, Paidós]
- Harwood, I. (1986). The need for optimal, available selfobject caretakers: Moving toward extended selfobject experiences. *Group Anal.*, 19: 291-302.
- Kohut, H. (1976). 'Creativeness, charisma, group psychology.' In *The Search for the Self: Selected Writing of Heinz Kohut, 1950-1978*, Vol. 2, ed. P. Ornstein. New York: International Universities Press, pp. 793-843.
- Lichtenberg, J.D. (1989). *Self and Motivational Systems*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Lichtenberg, J., Lachmann, F., & Fosshage, J. (1992). *Self and Motivational Systems*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Lipsius, S. (1991). Combined Individual and Group Psychotherapy: Guidelines at the Interface. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41: 313-327.
- Orange, D. (1995). *Emotional Understanding: Studies in psychoanalytic epistemology*. New York: Guilford Press.
- Schore, A. (2003). Early Relational Trauma, Disorganized Attachment, and the Development of a Predisposition to Violence. In *Healing Trauma*, ed. M.F. Solomon & D.J. Siegel. New York: W.W. Norton & Company.
- Solomon, M. (2003). Connection, Disruption, Repair: Treating the Effects of Attachment Trauma on Intimate Relationships. In: *Healing Trauma*, ed. M.F. Solomon & D.J. Siegel. New York: W.W. Norton & Company.
- Stolorow, R. & Atwood, G. (1992). *Contexts of Being*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press. (V. castellana: Los contextos del ser, Barcelona, Herder).
- Wolf, E. (1988). *Treating the Self*. New York: Guilford Press. Vol. 3 (2) – Mayo 2009; pp. 340-351.

CITA BIBLIOGRÁFICA / REFERENCE CITATION:

Vol. 3 (2) – Mayo 2009; pp. 340-351. Rosemary A. Segalla. Influencias de las teorías de Kohut y contemporáneas en el desarrollo de un modelo de tratamiento combinado. *Clínica e Investigación Relacional*, 3(2):340-351.

[<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/CEIRPortada/tabid/216/Default.aspx>]
[ISSN 1988-2939] Vol. 3 (2) – Mayo 2009; pp. 340-351.

© Derechos reservados/Copyright de Clínica e investigación Relacional y los autores.

<http://www.psicoterapiarelacional.es/LinkClick.aspx?fileticket=VuVbyPmyPL8%3D&tabid=553>

(*) Agradecemos a nuestros amigos de Psicoterapia Relacional, su autorización para compartir con nuestros colegas y profesionales, el presente material; e invitamos a nuestros usuarios a explorar su sitio Web: <http://www.psicoterapiarelacional.es/>

Volver a Artículos Clínicos

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.