

MANIPULACION Y DEPENDENCIA  
EN LOS  
GRUPOS TERAPEUTICOS DE ALCOHOLICOS

J. L. Fábregas Poveda  
y  
E. Alonso Bretón

No es el objeto de este trabajo el elucubrar acerca de los, a nuestro modo de ver, difuminados conceptos de alcoholomanía, dependencia o adicción alcohólica pues no es el análisis del personaje aislado lo que nos interesa aquí sino su ubicación en el **grupo microsocia**l de cariz terapéutico del que el alcohólico tratado pasa a formar parte.

Plantaremos pues, una serie de reflexiones personales que han brotado en nosotros tras una experiencia de más de 3 años, como observadores y terapeutas sucesivamente, en grupos de alcohólicos. Dividiremos la exposición en cuatro apartados cuyo contenido resumimos a continuación:

a) En primer lugar trataremos de delimitar las connotaciones del vocablo «**manipulación**» en el sentido aquí empleado.

b) Posteriormente, trataremos de la **estructura y dinámica de los grupos operativos sobre alcoholismo** tal como vienen funcionando en general, o al menos de aquellos cuya evolución nos ha sido familiar y que creemos encierran el modelo de los presupuestos teóricos generales que fundamentan su acción terapéutica. Asimismo, expondremos algunas de las interrelaciones entre el microgrupo (terapéutico) y macrogrupo (sociedad) que de alguna manera condicionan la actividad del primero.

c) En tercer lugar, valoraremos el papel del terapeuta en este tipo de grupos.

d) Finalmente, esbozaremos posibles nuevas vías de enfoque del problema.

En el diccionario de la Real Academia, la palabra «manipulación» viene conceptuada como: «//2. fig., y fam. Manejar uno de los negocios a su modo o mezclarse en los ajenos». Es curioso remarcar el aspecto de beneficio personal y la intromisión interesada en asuntos ajenos que de esta acepción se desprende.

Por derroteros sociológicos, Salvador Giner, deja entrever su concepto de manipulación cuando dice: «Hay manipulación cuando los individuos creen actuar consensualmente pero en realidad son inducidos a comportarse según estrategia planeada por quienes detentan las riendas de algún tipo de poder».

Este aspecto que pronuncia la diferenciación entre «dominantes» y «dominados» mediante el poder que otorga a aquellos el mayor conocimiento de los niveles de realidad, nos sugiere la imagen del prestidigitador que nunca explicará sus trucos a los espectadores a fin de no perder su status de mágica omnipotencia. Este fenómeno, que en mayor o menor grado preside a nuestro parecer toda relación terapéutica, rige vigorosamente el planteamiento dinámico de los grupos de alcohólicos.

Recordemos a Basaglia que analiza la sutilidad de las formas de coerción y manipulación de los grupos marginados que la sociedad emplea y que cambian su ropaje a medida que el progreso económico y tecnológico aumenta: «...Pero, cuando el número de inadaptados aumenta, tanto que no se puede contener, es necesario neutralizarlos de una forma distinta en el «juego» general: se precisa, pues neutralizar al inadaptado haciéndolo entrar —como tal inadaptado— en una categoría ideológica que debe, al mismo tiempo, definirlo (por lo tanto, continuar produciéndolo en la forma exacta necesaria) y controlarlo. El inadaptado como problema real (que pone en evidencia el punto débil del capital (en tanto que rechaza sus valores o expresa su parcial inoperancia) debe convertirse en el problema del inadaptado, en el sentido de las características ideológicas reales de todo problema «científico», que reclama técnicas e ideologías adecuadas para resolverlo. De este modo se consigue cambiar al inadaptado como expresión del punto débil del capital por el problema del inadaptado como una de tantas caras del capital vencedor, en el sentido de que se le integra como problema técnico para el que están preparadas las soluciones técnicas más apropiadas. Ver al respecto las técnicas utilizadas por el psicoanálisis, por la psiquiatría social, etc., que, nacidas como respuesta a exigencias prácticas, se han ido transformando progresivamente en instrumentos de manipulación».

— Es sabido que las sociedades en que la elaboración de bebidas alcohólicas representa un alto índice de ingresos para el país, son aquellas que en relación directamente proporcional, más intentos médicos de solución de la problemática alcohólica presentan. Es en este sentido que la OMS en su último informe sobre la cuestión llegó a la conclusión de que las soluciones preventivas a nivel primario del alcoholismo no deben fundamentarse en teorizaciones médicas sino económicas.

El hecho de la consumición habitual de alcohol con todas sus consecuencias ha sido en cierto sentido manipulado en las últimas décadas por médicos, psiquiatras y psicólogos quienes, conscientes en su mayoría de las profundas implicaciones sociales han atajado el fenómeno mediante la creación del concepto de «enfermedad alcohólica», enclaustrando así en el recinto de lo individual (individuo enfermo) un hecho social, que si bien es en ocasiones explicitado como tal, encierra al mismo tiempo connotaciones de responsabilidad personal, transmitiendo e imponiendo un «rol» más o menos verbalizado de **enfermo** al individuo que lo alivian de cierto tipo de tensiones y culpabilizaciones moralistas y éticas mediante el trueque médico por un defecto patológico que mueve a cierta forma de compasión.

Repetimos que no pretendemos cuestionar las posibles realidades biológicas y psicológicas de la adicción sino sacar a la luz algunos aspectos de esta pequeña y en general preferida, como mal menor, «manipulación» del hombre alcohólico.

La revisión histórica de la evolución de la terapéutica en grupo de alcohólicos, realizada por Ruth Fox, nos pone al corriente de la fase de medicalización posterior de los primeros inicios, nacidos en el seno de A. A.

«Hasta la aparición de los A. A. el ambiente médico norteamericano consideraba al alcoholismo como «una falta de moral, una degeneración, debilidad de voluntad, etc., siendo apenas digno de su interés y ayuda.

Reconocen los médicos que indiscutiblemente, su cambio de actitudes respecto de este particular se debe a que los A. A. demostraron en varios hospitales de U. S. A. que los alcohólicos eran pacientes que respondían y eran accesibles a un tratamiento. Posteriormente, esta aceptación se manifestó a través de los esfuerzos educacionales del «National Council on Alcoholism», «The North American Association of Alcoholism» y «The Yale Center of Alcohol Studies» (primera clínica exclusiva para alcohólicos creada en 1944 por la Universidad de Yale). Estos esfuerzos fueron muy efectivos, logrando sensibilizar el interés público, solicitando éste que se hiciera algo para «el ofensivo descuido de los alcohólicos». Se comprobó que entre los alcohólicos, la mayoría de ellos eran personas empleadas en negocios, industriales y profesionales, estando su grupo familiar muy angustiado por tener que enfrentar su enfermedad».

En el manual de Psiquiatría de Ph. Solomon y V. D. Patch, al hablar de los grupos terapéuticos directivos, hallamos: «A. A. es una forma **directiva e inspirativa** de terapéutica de grupo para el alcoholismo. Fue fundado en 1935 en los EE.UU. por dos alcohólicos, Bill y el doctor Bob, médico cirujano este último, habiéndose iniciado esta actividad tras una «conversión religiosa» a consecuencia de haber Bill establecido contacto con el Grupo Oxford, movimiento Evangelista no relacionado con ninguna religión».

El mismo Bill en «Conceptos básicos sobre A. A.» nos dice: «...A. A. constituye una comunidad integrada por hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza de poder resolver el problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. Su fin primordial es mantenerse sobrios mediante la ayuda a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad.

Se funda en un conjunto de doctrinas y principios, incluyendo la creencia que el alcohol es una enfermedad específica; que el alcohólico será siempre un alcohólico, aunque no beba nunca más; que la sobriedad sólo puede mantenerse por medio de la abstinencia total y que se debe **reconocer y depender de un «Poder Supremo».**

La dinámica de los grupos de A. A. se funda en mecanismos de transferencia hacia el líder o líderes abstinentes, la identificación con los miembros del grupo, la idealización y la sublimación colectiva. La estruc-

tura de estos grupos se presenta a primera vista como **fraternalista** (en el sentido de Byon). En nuestra opinión no es así de hecho ya que a pesar de no existir líder sancionado, sí existen líderes operativos que, formando reducido subgrupo o aisladamente en ocasiones, conducen el caudal emocional de la totalidad.

El barniz ético-religioso de los grupos de A. A. en que los radicales de **culpa, expiación y dependencia de una figura autocritaria idealizada**, son explotados al máximo en una especie de sublimación colectiva del «despreciable hábito de beber», lo transforma el psicoterapeuta de grupo, mediante el científico y aséptico encalado de la medicina en un hecho patológico, cambiando la «conversión paulina de un degenerado» por la «curación médica de un enfermo».

Creemos pues, que por caminos diferentes, ambas estructuras persiguen idénticos fines, es decir, el proponer unas motivaciones **que el individuo vive como exteriores a él**, para lograr la abstinencia. Estas motivaciones, cuya latencia funcional sociológica analizaremos más tarde, son racionalizadas distintamente a nivel nóetico pero idénticamente forzadas a nivel emocional, mediante el sentido de pertenencia al grupo, trocando una desventaja personal desde el punto de vista de los valores culturales macrosociales (debe ser realmente fastidioso no poder beber una copa de vino como todo el mundo) en una cualidad positiva en el seno del subgrupo de enfermos alcohólicos. Es frecuente oír a uno de los miembros del grupo que llevan tiempo sin beber, comentar: «soy un ex-alcohólico», con el mismo orgullo y empaque con que otros nos informarían de su elevado rango social o laboral.

A nuestro modo de ver, lo que latentemente mueve los intentos de reintegración social del inadaptado alcohólico, no son propiamente los perjuicios individuales que del hábito se derivan (toda la gama de trastornos orgánicos de expresión física y psíquica que «prueban» médicamente las características de enfermedad) sino el hecho de que es una **conducta disfuncional** en el sentido sociológico mertoniano pues desintegra la coesión del sistema. Estableciendo un casi humorística paralelismo entre la ingesta de alcohol y la conducción de automóviles, hallaríamos que la creación de dependencias psicológicas y las potencialidades patógenas agudas y crónicas de tal comportamiento son prácticamente superponibles, y no existe hasta ahora, que nosotros sepamos la etiqueta de «enfermo conductor» ni el adecuado aparato terapéutico subsiguiente. En el fenómeno automovilístico, las posibles consecuencias patológicas (muerte, invalidez, incremento de las situaciones de angustia, etc.) son de índole marcadamente individual pero no desestructuran el sistema social sino que en último término contribuyen a su integración. El doble mensaje de refuerzo positivo y negativo a un tiempo encerrado en el «beba mucho... pero no sea alcohólico» tendría su equivalente en el de «compre coches más caros y potentes... pero no sobrepase la velocidad límite».

Gilles W. Thomas, en 1943, inserta en «Psychosomatic Medicine» una clasificación general de los grupos terapéuticos en una escala bipolar que va desde el máximo al mínimo carácter represivo de los mismos. En ella los grupos A. A. quedan categorizados como represivo-inspiracionales.

Del contexto deducimos que el hecho de su represividad radica en la posibilidad que el grupo otorga a sus miembros de alcanzar en algún modo el mismo nivel de solución a su problema a que el terapeuta podría llegar personalmente. No se pretende la formación de terapeutas en el sentido de la comprensión universal y totalitaria de los conflictos psicológicos de cualquier individuo, pero sí la de los propios. El hecho de que se llegue o no fácticamente a esta situación no es lo relevante sino las posibilidades apriorísticas de que esto ocurra.

Evidentemente, la dinámica de los grupos operatorios de alcohólicos, urdida en el ambiente psiquiátrico, descarta de entrada esta posibilidad de enrasamiento entre tratantes y tratados, pues el terapeuta se cuida muy bien de remarcar constantemente que aunque él sí puede beber alcohol, a ellos nunca les estará permitido y es justamente la interiorización y aceptación conformista de esta prohibición lo que el grupo persigue.

La estructura de este tipo de grupos recuerda la llamada «terapia exhortativa paternalista por el grupo» en una clara analogía con el pionero grupo de tuberculosos de Pratt. Tienen en común utilizar las emociones del grupo dirigiéndolas contra cada uno de los miembros en busca del impacto que introduzca una nueva escala de valores en su personalidad, pero sin pararse nunca a analizar la dinámica y producción profunda de estos contenidos emocionales.

El grupo funciona acercándose a la figura paternalista del líder con quien desea identificarse y a quien teme al mismo tiempo por ser la personalidad sancionada con mayor índice de salud psíquica y quien puede rechazar y castigar en alguna forma (expulsión del grupo mediante el grupo, internamiento en el hospital, etc.) al que se desvía de la norma.

Para aquellos a quienes la comprobación «científica» de la realidad les provea de seguridades cognoscibles en la aceptación de las ideas, citaremos a continuación la experiencia realizada recientemente en la Sección de Psicofisiología del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona: Mediante la medición del reflejo psicogalvánico se pretendía buscar en alcohólicos con prolongado tiempo de abstinencia la reacción ante el estímulo verbal del alcohol. Curiosamente, el nombrar sus bebidas preferidas no provocaba respuesta alguna; pese haber sido todos ellos tratados con alguna forma de técnica averisiva (faradizaciones, apomorfinas, etc.). Por el contrario, tras la mención del nombre del terapeuta de grupo, el psicogalvanómetro denunciaba reacciones ansiosas evidentes.

Atendiendo a la estructura y evolución de los llamados grupos de discusión de alcohólicos, creemos que ella misma niega la posibilidad de acceso a fenómenos terapéuticos más maduros y en algún sentido menos represivos. La característica de grupo abierto y el elevado número de miembros, forzado por un problema en último término económico (alto número de pacientes en relación al de terapeutas) impide la formación de una cultura de grupo; hallándose éste en una perenne y rígida fase de «institucionalización» en el sentido sartreano. En cada sesión la angustia de los recién llegados se vuelca en los niveles más primarios de conflicto, formando cada encuentro grupal en una «primera sesión».

Por otra parte, los «perros viejos» del grupo (uno de los líderes que asisten habitualmente a los tres grupos que de alguna forma se hallan vinculados al Hospital Clínico de Barcelona o a TERAL, lleva cerca de siete años de «dependencia del grupo») se cuidan de ensañarse con los recién llegados y de dismantelar entre jovial e irónicamente toda posible idea de aquellos de llegar a ser tan normales como el resto de la población. Creemos que su sola presencia ahí, tras años de abstinencia, es una demostración para los nuevos miembros, de que la única posibilidad de existir a partir de entonces es siguiendo vinculados emocional y físicamente al grupo.

No hay atisbos de una vía que lleve a la autogestión de la existencia. Todas las respuestas están preparadas para quien intenta en las primeras sesiones exponer lo que él cree, y posiblemente lo sea, en gran medida, su problemática personal directa o indirectamente desencadenante de su hábito. Los conflictos con la esposa, con su exiguo sueldo, sus sentimientos de incapacidad, su vida desprovista de alicientes, etc., son borrados de un plumazo con la fatídica sentencia: «¡Bah, amigo mío, eso son excusas, usted lo que tiene que hacer es no beber porque bebiendo no arregla nada!».

En las mujeres, la dependencia de la asistencia al grupo reconoce otros matices concausales de índole más social. En nuestra cultura, la mujer de status socio-económico medios o bajos se ve en mayor grado que el hombre privada de la posibilidad socialmente aceptada de reunirse periódicamente con otras personas. Para ellas el grupo es un estímulo que las motiva y las autoriza dos tardes por semana a cuidar de su aspecto personal y llenar las necesidades psicológicas de aceptación y comunicación por y con los demás. Hemos oído algunas de ellas cuando les hemos planteado que a nuestro juicio se hallan suficientemente motivadas para proseguir por sí mismas en la abstinencia, respondernos: «Doctor, es que si me quedo en casa ahora que los hijos son ya mayores, y tengo poco trabajo, me siento sola».

El concepto hasta ahora manejado de enfermo alcohólico, que en el grupo se interioriza mediante proyecciones e identificaciones recíprocas, niega al individuo la posibilidad de sentirse sano de por vida: «Nos-

otros nunca estaremos curados, siempre podemos caer en la tentación»; «hoy no bebo, mañana no sé». Siempre el alcohólico vive con la espada de Damocles sobre su cabeza y en cierto sentido despersonalizado, pues nunca llega a sentirse con plena capacidad de gobernar sus actuaciones. Teme constantemente que algo dentro de sí, pero al mismo tiempo vivido como ajeno a su esfera volitiva («siempre puede venir la tentación») vaya a empujarle a beber de nuevo.

Después de todo, no hace más que repetir lo aprendido a través del grupo quien no deja de tratarlo como a un niño que piensa constantemente en volver a beber, pero que no lo hace por el temor al castigo real o interiorizado, en una suerte de **motivación pasiva, exterior a su núcleo decisorio** (\*). Opinamos que es necesario atajar esta escisión entre «mi lado bueno y mi lado malo» y desde el primer momento en que el individuo empieza a concienciar su dependencia hacia el alcohol le sugerimos que puede sentirse curado, pues es él quien está decidiendo beber o no hacerlo a través de un proceso de reflexión sobre sus contenidos biográficos. ¿Consideraríamos al abstemio como enfermo porque por una serie de motivaciones personales se siente inclinado a rechazar el alcohol?

Otro factor que creemos influye negativamente sobre este tipo de terapia grupal es el económico. En general, los grupos de alcohólicos no exigen del individuo asistente que subvencione en la medida de sus posibilidades su tratamiento, ni directamente ni indirectamente a través de sus cuotas laborales al S. O. E. (es sabido que la Seguridad Social se desentiende en gran medida del problema alcohólico, quizás porque no ha descubierto aún la rentabilidad que en último término de una actividad terapéutica se desprendería). Esto da un barniz caritativo al grupo que coacciona y contribuye a la alienación del individuo mediante mecanismos no concienciados de gratitud con la consecuente imposibilidad de manifestar sus verdaderos sentimientos emocionales en la relación terapéutica.

C) En cuanto al papel del terapeuta, nos parece que asume una figura autoritaria y controladora de forma sistemática y deliberada, dado que el método estimula la identificación del paciente con el terapeuta. Citando a Grinberg - Langer - Rodrigue: «...Por un lado, activa en forma controlada la aparición de sentimientos de rivalidad, emulación y solidaridad en el grupo; por el otro el terapeuta asume el papel de una figura paternal idealizada». De alguna manera, el terapeuta idealizaría

---

(\*) Un alcohólico, abstinente desde hace dos meses, comenta en el grupo: «Ayer, mi esposa se enfadó porque yo estaba cantando y pensé: ¿Sí?... pues me voy a tomar unas copas. Pero no lo hice porque pensé: ¿Qué dirán en el grupo?». La misma connotación tiene el slogan mil veces oído: «Soy alcohólico y no puedo beber nunca más», en lugar de: «Soy alcohólico y no quiero beber nunca más». Ambos son ejemplos de esta motivación pasiva que comentamos.



racionalmente la imagen del Supremo Poder de quien A. A. precisan sentirse dependientes para proseguir su existencia de no bebedores. No obstante el citado proceso de identificación y acercamiento, nunca se verá concluso, pues el alcohólico sabe que **el líder sí puede beber**. Opinamos que esto último explica la facilidad con que el terapeuta evita inconscientemente esta realidad angustiante, cediendo su puesto directivo a los líderes funcionales que van apareciendo entre los propios alcohólicos y que actúan de pantalla reflectante frente al resto del grupo, quien puede aceptar entonces la identificación con quien tampoco puede beber.

Inevitablemente, estos líderes funcionales se institucionalizan y perpetúan en el grupo llegando a ser considerados como perjudiciales por el propio terapeuta, quien, después de todo, ha estimulado su formación y consolidado su rol de «abstinente responsable» a través de trocar una relación de dependencia hacia el alcohol por una hacia el grupo.

D) Evidentemente, como respuesta a conflictos personales y bajo el influjo de la presión cultural y social que al mismo tiempo que fomenta la ingesta alcohólica niega la posibilidad de una información adecuada al individuo, éste cae en la trampa alcohólica. He aquí un hecho de incontrovertible ante el que hemos de actuar quienes, bajo el azar de la diferencia de oportunidades, hemos tomado conciencia de ello. No negamos, pues, la necesidad de algún tipo de planteamiento frente al problema, pero sí criticamos la congelación de unos conceptos y técnicas, que, nacidos en un momento dado como respuesta a una necesidad fáctica, pueden quedar a nuestro modo de ver esclerosados en un alieneante juego de manipulación y dependencia como a lo largo de nuestra breve exposición hemos intentado apuntar.

Creemos que el papel eminentemente psicagógico e informacional de un grupo terapéutico abierto, debe cumplir una etapa de **duración previamente acordada entre pacientes y terapeuta** y en nuestra opinión de unos seis meses como máximo (contando con un nivel intelectual medio de los miembros). En estos grupos de discusión es en donde la figura del terapeuta inevitablemente presentará una actuación vivida por el grupo como directiva (en tanto intenta traspasar un caudal informativo y experiencial a los demás miembros). Al mismo tiempo, la estructura de grupo abierto permite y debe promover la asistencia de los familiares que conviven con el individuo pasando a analizar en el grupo las catarsis de todos los elementos del «juego del alcohólico», refiriéndome a la clarificación de las relaciones interpersonales entre cada uno de los miembros del grupo familiar, descentralizando en algún modo en la actividad terapéutica la imagen del individuo alcohólico en el que el ambiente vuelca todas las ansiedades y culpabilizaciones, sancionándolo como único responsable de todo lo malo que ocurre.

Tras este período, la decisión común, nacida del diálogo entre paciente y terapeuta, de la inclusión de aquél en un grupo cerrado, con una estructura terapéutica de mayor calidad analítica, donde se persigan objetivos más profundos, puede ser uno de los modos viables de evitar la perpetuación de «toxicómanos del grupo».

## BIBLIOGRAFIA

- ALEXANDER, Jack.—Alcohólicos Anónimos. Ed. Alcoholics Anonymous World Services, Inc. Nueva York. 1941.
- ALCOHOLICOS ANONIMOS Y LA PROFESION MEDICA.—Ed. Alcoholics Anonymous World Services, Inc. Nueva York. 1955.
- BILL, W.—Conceptos Básicos sobre Alcohólicos Anónimos. Ed. Alcoholics Anonymous World Services, Inc. Nueva York. 1972.
- COMPREHENSIVE IN GROUP PSYCHOTHERAPY.—Group Yherapy with Alcoholics pps. 652-689. Ed. The Williams and Wilkins Cia. Baltimore. 1971.
- GARCIA, R. - BASAGLIA, F.—Psiquiatría o Ideología de la Locura. Ed. Cuadernos Anagrama. 1972.
- GINER, S.—Sociología. Ed. Península. Barcelona. 1973.
- GOFFMAN, E.—Ritual de la Interacción. Ed. Tiempo Contemporáneo. 1970.
- GRINBERG, L. - LANGER, M. - RODRIGUE, E.—Psicoterapia frl Grupo. Ed. Paidós. 1971.
- LOUIS LINN, M. D.—Frontiers in General Hospital Psychiatry. Ed. International Universities Press, Inc. Nueva York. 1961.
- MUNNE, F.—Grupos, Masas y Sociedades. Ed. Hispano Europea. 1971.
- PIQUERAS, Dr.—Informe sobre el Alcoholismo. Ed. Naranco, S. A. Oviedo. 1973.
- PITTMAN, David J.—Alcoholismo: Un Enfoque Interdisciplinario. Ed. Horme. 1966.
- PHILIP SOLOMON - VERNON D. PATCH.—Manual de Psiquiatría. Ed. Manual Moderno. México. 1972.
- ROSENFELD, D.—Sartre y la Psicoterapia de Grupos. Ed. Paidós. 1972.