



REVISTA CATALANA DE PSICOTERÀPIA PSICOANALÍTICA

ACPP

ASSOCIACIÓ CATALANA DE PSICOTERÀPIA PSICOANALÍTICA

La REVISTA DE PSICOTERÀPIA PSICOANALÍTICA és una publicació de l'ASSOCIACIÓ CATALANA DE PSICOTERÀPIA PSICOANALÍTICA.

Consell Directiu de l'ACPP 2012-2016

PRESIDENT: Jesús Gracia Alfranca

VICEPRESIDENTA: Coralí Rodríguez Papa

SECRETÀRIA: Montserrat Martínez del Pozo

TRESORERA: Pilar Barbany Falo

VOCALIA D'ADMISSIONS:

Presidenta: Elizabeth Llorca Serrano

Vocals: Angels Codosero Medrano, Cèlia Montañés Virgili, Teresa Pont Amenós i Pere Jaume Serra Renom

VOCALIA CIENTÍFICA; Pilar Barbany Falo

VOCALIA DE PUBLICACIONS, PREMSA I WEB: Montserrat Martínez del Pozo, Àngels Codosero Medrano, Coralí Rodríguez Papa i Raquel Vidal Arandes

VOCALIA DE FORMACIÓ CONTINUADA: Laura Hernández Vázquez

Consell de redacció (en ordre alfabètic): Jordi Arévalo, Pilar Barbany, Montserrat Bassols, Núria Daudé, Olga Ibáñez, Montserrat Martínez, Albert Montaner, Olga Prada i Raquel Vidal.

La REVISTA DE PSICOTERÀPIA PSICOANALÍTICA DE L'ACPP està destinada a la publicació de treballs en llengua catalana sobre psicoteràpia psicoanalítica en qualsevol de les seves vessants i aplicacions. Admetrà també articles a propòsit de qualsevol altre tema, sempre que sigui en relació més o menys estreta amb la psicoteràpia psicoanalítica o la psicoanàlisi, amb la gènesi de la salut i amb l'etiologia de la patologia. La Revista és oberta als membres de l'ACPP i també a altres col·laboradors.

L'ACPP és l'associació que representa a l'AEPP (Asociación Española de Psicoterapia Psicoanalítica) i l'EFPP (European Federation of Psychoanalytic Psychotherapy) a Catalunya. També és membre de la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas).

L'ACPP aplega psicoterapeutes d'orientació psicoanalítica.

Entre els seus objectius hi ha:

- Aprofundir en les diverses facetes del procés psicoterapèutic, en les diferents tècniques i en tots aquells factors que contribueixen a l'evolució de l'individu i de la societat i, també, en la comprensió de la patologia.
- Formar nous psicoterapeutes i donar formació continuada als professionals.
- Estimular i potenciar la investigació en psicoteràpia i les seves aplicacions.
- Establir lligams interdisciplinaris.



Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanalítica

Pl. de la Bonanova, 11 Entresòl 2ª

08022 Barcelona

Tel: 93 212 78 96 Fax: 93 417 45 57

SUMARI:

El trastorn de dèficit d'atenció amb hiperactivitat, TDA-H.

Pilar Barbany 5

Trets autístics en nens i adults: trastorns d'aprenentatges, fòbies, crisis de pànic.

Josefina López 18

L'adolescència, la construcció d'un jo.

Francesc Brull 27

A propòsit del Trastorn Límit de Personalitat.

Antonia Forteza 35

Evocació sensorial i addiccions.

Rosa Bartomeus i Sans 52

Narcisisme i vincle idealitzat en les tecnologies actuals.

Teresa Barceló 61

L'actuació de la psicopatologia a través de les addiccions.

Araceli Baïllo 76

El llop mai no es cansa. Els contes i la clínica.

Maite Basañez, Pilar Barbany, Isabel Bretones, Cristina Gómez, Fernando Lacasa, Eulàlia
Masachs i Montse Plana, Grup Clínica i Cultura de l'ACPP 86

Depressió i culpa. A propòsit d'un cas.

Susana Marcos Serralta 96

Ressenyes:

*Recensió del llibre Psicopatología y test gráficos de l'autor Pere Barbosa. Barcelona: Colección
Salud Mental, Fundació Vidal i Barraquer, Herder.*

Teresa Pont 116

*Recensió del llibre Psicodiagnòstic diferencial amb test gràfics de l'autora Teresa Pont Amenós.
Madrid: Síntesis.2012.*

Pere Barbosa	120
Informació del Màster Semipresencial en Psicoteràpia Psicoanalítica i del Màster en Perfeccionament de Psicoteràpia Psicoanalítica. Curs 2015-16.	126
Introducció al Seminari de l'Atenció a la Petita Infància i el de la Tècnica d'Observació de Nadons.	141

EL TRASTORN DE DÈFICIT D'ATENCIÓ AMB HIPERACTIVITAT, TDA-H

Pilar Barbany Falo



Resum:

L'article explica la visió del TDA-H des del model cognitiu-conductual, els símptomes, el diagnòstic i el tractament que actualment és predominant, per després explicar-lo des de la perspectiva psicodinàmica.

Es posa èmfasi en la necessitat d'observar i comprendre les causes que originen la simptomatologia, i que les dificultats viscudes en les primeres relacions solen estar presents en els infants que plantegen aquest tipus de símptomes.

Es considera molt important fer al diagnòstic diferencial amb d'altres patologies que s'expressen amb senyals semblants. S'il·lustra amb dos casos clínics .

Paraules clau: *contenció, dèficit d'atenció, hiperactivitat, impulsivitat, mentalització, dificultats de simbolitzar.*

**Conferència presentada en la Jornada La Psicopatologia Avui. Ascó, juny de 2012*

Resumen:

El artículo explica la visión del TDA-H desde un modelo cognitivo-conductual, los

síntomas,

el diagnóstico y el tratamiento que actualmente predomina, después se explica desde la perspectiva psicodinámica.

Se hace hincapié en la necesidad de observar y comprender las causas que originan los síntomas, y que las dificultades que aparecen en las primeras relaciones suelen estar presentes en los niños que plantean este trastorno.

Es importante hacer el diagnóstico diferencial con otras patologías que tienen manifestaciones similares. Se ilustra con dos casos clínicos.

Palabras clave: *contención, déficit de atención, hiperactividad, impulsividad, mentalización, dificultades de simbolizar.*

Abstract:

This article explains the cognitive-behavioral perspective of ADHD, symptoms, diagnosis and treatment that currently prevail. This is also explained from a psychodynamic perspective. It emphasizes how important is observing and understanding the causes that give rise to symptoms, furthermore, difficulties that occur in early relationships are often present in children who have such symptoms.

Performing a differential diagnosis with other pathologies that display similar signs is very important. Two clinical cases are shown to illustrate it.

Keywords: *contention, attention deficit, hyperactivity, impulsiveness, mentalizing, symbolizing difficulties.*

No hi ha cap dubte que el diagnòstic d'aquest trastorn genera controvèrsia entre professionals de diferents marcs teòrics, com passa també amb d'altres trastorns mentals. Així, manifestacions com la manca d'atenció, la inquietud motriu o les conductes d'oposició en els nens, que des del model dinàmic es veurien com a senyals de malestar psíquic i que podrien estar causades per una multiplicitat de factors, cada cop és més freqüent que tant pels pares que ens consulten com pels mestres amb els que tenim coordinació, siguin uns símptomes amb els que configuren ràpidament un

diagnòstic: TDA-H, la qual cosa obstaculitza les possibilitats d'explorar la subjectivitat del nen i les seves relacions familiars.

La *Guia de tractaments psicològics eficaços* (2009) (Ed. Pirámide) per a la hiperactivitat (marc teòric cognitiu-conductual) diu el següent sobre aquest trastorn: Segons el DSM-IV, el TDA-H apareix en els primers anys de la infància i es caracteritza per la presència de tres símptomes fonamentals: dèficit d'atenció, impulsivitat i hiperactivitat. En els primers anys predomina la hiperactivitat i la inatenció i a mesura que s'acosta l'adolescència, disminueixen aquests símptomes i augmenten les conductes impulsives.

Tot i que segons els criteris del DSM-IV no s'ha de diagnosticar abans dels 7 anys, els pares dels nens hiperactius detecten dificultats en els seus fills des que són molt petits, sobretot quan observen que no s'entenen amb res i reclamen excessivament la seva atenció. Referent a la tipologia de la hiperactivitat, predominen tres perfils de nens:

- L'hiperactiu- impulsiu, que és el més conflictiu.
- El que predomina el dèficit d'atenció, més freqüent en nenes.
- El tipus combinat: in-atent i hiperactiu, el més freqüent.

Quan a la comorbiditat, aquesta guia considera que els problemes que s'associen a aquest trastorn són freqüents i variats, els més importants són els trastorns de conducta, sobre tot l'oposicionisme, les dificultats d'aprenentatge i els trastorns emocionals, en especial l'ansietat i la depressió.

Els trastorns de conducta s'expliquen, des d'aquest model teòric, perquè els nens hiperactius presenten moltes dificultats per captar adequadament les demandes socials de l'entorn i suprimir comportaments impropis, com molestar als companys o interrompre. Aquests nens solen ser molestos, la qual cosa genera experiències socials negatives i rebuig. El nen amb TDA-H té menys oportunitats d'aprenentatge social i general que els nens que no pateixen aquest trastorn.

Les dificultats d'aprenentatge gairebé estan sempre presents en aquests nens. Les matemàtiques i la lecto-escriptura són les més afectades pel dèficit d'atenció i per les estratègies d'aprenentatge poc pràctiques que utilitza el nen hiperactiu.

En referència als trastorns emocionals que pateixen aquests infants, la *Guia* diu que el comportament molest que presenten, fa que amb el temps es vagin acumulant molts retrets i comentaris negatius sobre la seva conducta, i el que és pitjor, sobre la seva persona. El nen hiperactiu va configurant una opinió negativa de sí mateix com a resultat del que els altres li expressen. Així, la depressió, sol ser el resultat del dèficit d'autoestima, dels canvis d'humor, de la irritabilitat i de la poca tolerància a la frustració, així com del rebuig o aïllament a l'escola del qual és objecte. Altres problemes emocionals en aquests nens són les respostes d'ansietat i les alteracions psicossomàtiques així com una tendència molt alta a patir accidents.

Respecte de l'epidemiologia, segons la *Guia* les taxes de prevalença d'aquest trastorn són d'entorn al 5% de la població. Si el diagnòstic es fa amb criteris de la CIE-10 baixa aquesta taxa i se situa a nivells de l'1 al 2% de la població. Si les dades provenen de pares i professors, el percentatge pot augmentar fins a un 20%.

Quant a la distribució per sexes, la ràtio nens/nenes és de 4 a 1. La taxa de prevalença en adults s'estima en un 2% i, al contrari del que es pensava, hi ha un grup de pacients que continua sent hiperactiu a la vida adulta.

Quant al tractament, la *Guia* diu que s'ha de centrar en el nen, els pares i l'escola. En els nens s'instaurarà un tractament farmacològic i cognitiu-conductual individualitzat, pautes educatives pels pares i tècniques cognitiu-conductuals per aplicar a l'aula.

Fins aquí, he intentat resumir el model que s'està imposant actualment.

Com entenem aquest trastorn des de la perspectiva psicodinàmica

El TDA-H és un conjunt de símptomes que són senyals, manifestacions de diferents patologies psíquiques o, si es vol, de diferents funcionaments mentals, i pot ser més o menys greu depenent de si interfereix molt o poc en el creixement mental del nen, si el va bloquejant, empobrint, i de com es vegin afectades les relacions familiars.

Als clínics d'orientació psicoanalítica, ens preocupa que avui dia la psicopatologia en general i també la infantil estigui formada per diagnòstics que fonamentalment són un conjunt d'enunciats descriptius, que porten a que el pacient sigui catalogat pel símptomes que presenta i d'aquesta manera perdi la seva subjectivitat. En comptes de dir que tal nen o tal pacient no para quiet, o què hi ha alguna cosa que no el deixa tranquil, que es baralla amb els companys a classe, que no sembla interessar-li el que li expliquen, o què el veiem trist, té dificultats per..., etc. etc., i preguntar-nos el per què d'aquestes conductes, es passa a dir: al nen amb TDA-H o al nen amb un TGD (trastorn general del desenvolupament), li passa tal cosa o tal altra.

Sabem també, que per a la psicologia dinàmica el símptoma és comunicatiu, és un senyal, que ens permet obrir una sèrie d'interrogants i, quan tractem nens, fer hipòtesis sobre el què li podria estar passant al pacient i a la seva família. D'alguna manera els símptomes ens guien en la nostra funció comprensiva de les conductes i de les dificultats de les què ens parlen. Aquesta part comunicativa del símptoma que ens posa en alerta, com passaria amb la febre, de que quelcom no va a l'hora i cal explorar què passa, queda obturada, bloquejada, si el que s'intenta és fer ràpidament un diagnòstic, classificar al pacient dins un determinat trastorn, pensant en les conductes i no en el que les ha originat, passant per alt el patiment del nen.

L'etiologia del trastorn és desconeguda, però el que sí sabem és que hi intervenen varis

factors d'ordre biològic, intrapsíquic, familiar i social que s'interrelacionen entre ells. D'una banda, podem trobar que el nen presenti una immaduresa cerebral pel que fa a les estructures del còrtex prefrontal, que fa que predomini tot el més emocional i impulsiu sobre el que és reflexiu. D'altra banda, les dificultats del medi que té cura del nen, és a dir la funció parental que conté i filtra els seus impulsos. Aquests dos factors (biològic i ambiental) estan interrelacionats i es reforcen entre ells. Podem veure com qualsevol anomalia de tipus cerebral, encara que no sigui molt greu, desencadena molta ansietat en el medi i fa més difícil pels pares l'exercir les seves funcions de contenció. La resposta d'ansietat pot tenir forma de sobreprotecció: una mare que dóna atenció omnipotent i no permet que el nen vagi tolerant la frustració mica en mica i generant pensament; o bé forma de bloqueig: la mare angoixada i deprimida que no pot donar resposta a les demandes del seu fill.

En unes condicions ambientals "suficientment bones" el nen va tolerant poc a poc la frustració i pot anticipar en la seva absència l'objecte de satisfacció en forma de representació, i això és l'origen del pensament. Quan no és així, la conducta és la única via per evacuar l'ansietat.

Hi ha consens en que els casos que podem conceptualitzar d'hiperactius tenen els seus orígens en la problemàtica que apareix en les primeres etapes del desenvolupament, i comparteixen juntament amb els quadres psicossomàtics i les psicosis, dificultats en l'establiment dels primers vincles.

Les investigacions de Peter Fonagy (2004) conclouen:

1. Que el trastorn del vincle produeix discontinuïtats en l'estructura del *self* i per tant discontinuïtats en la identitat.
2. Quan hi ha una pobre mentalització dels pares, freqüentment també la trobem en els fills i la interacció es dóna en termes físics i corporals.
3. Quan no existeix la funció de mirall en la mare, reflectint els estats mentals del fill, predomina l'evacuació de les tensions en forma somàtica i/o motriu.

La dificultat de l'hiperactiu de passar de la representació de cosa a la representació verbal, que és la comunicació amb connotació simbòlica, fa pensar que la funció interpretativa materna no va assolir el seu objectiu. Les causes poden ser varies, el cas és que s'inscriu un dèficit d'experiència emocional. L'ansietat no continguda, ni elaborada, provoca un buit, l'acció no cobra sentit ni significat, no deixa empremta que pugui conduir a la simbolització.

Aquest vincle precari amb l'objecte, fa que l'ansietat de separació present en el desenvolupament normal, sigui més intensa i difícil d'elaborar. Arriba un moment en que les fantasies d'abandonament s'incrementen, estimulades també perquè els pares no aguanten el fill i li ho verbalitzen de diferents maneres. Això fa que s'instauri un cercle viciós molt característic, en el que l'ansietat del nen provoca conductes massives, a les quals els pares responen amb violència i rebuig, la qual cosa incrementa la desesperació i l'angoixa del nen.

També es pot contemplar la hiperactivitat com un fracàs de la posició depressiva i una defensa maníaca. S'erotitza l'excitació corporal, dificultant l'elaboració edípica. La descàrrega motriu pot ser una sortida que permet al nen evitar l'amenaça del pensament.

El símptoma de dèficit d'atenció

Segons el diccionari, *l'atenció* és un estat pel qual un individu augmenta la seva eficiència en concentrar alguns continguts psicològics, seleccionant algunes parts i inhibint d'altres.

Per tant, és un procés actiu, que protegeix del caos del món extern i de l'intern, permetent il·luminar una part i deixar en penombra la resta.

Què li pot passar a un nen que té dificultats en anar construint aquesta capacitat?

Beatriz Janine (2004) contesta aquesta pregunta, enumerant diferents tipus de nens:

- Els que centren l'atenció en les sensacions i no en les percepcions i els afectes. Poden anar del replegament absolut, el cas de l'autisme, a nens que es fixen de manera làbil en les olors, sabors i passen amb facilitat d'un objecte a un altre.
- Els que atenen en relació a l'afecte però no al coneixement. Són nens que busquen l'aprovació afectiva del mestre, però que no el poden escoltar i per tant no saben de què tractava el tema explicat.
- Els nens en els quals predomina el desig de ser mirats, estan atents a que l'altra els miri i despleguen tota l'activitat buscant satisfer aquest desig.
- Aquells que no toleren la frustració i per tant, només atenen a allò que saben que és fàcil i no fracassaran.
- Els que es refugien a un món de fantasia. Els nens que somniem desperts i es construeixen un món més plaent que el que troben a fora.
- Nens que estan en estat d'alerta permanent, a vegades perquè han viscut situacions de violència. Molts nens adoptats que han passat per experiències traumàtiques en institucions, queden en aquest estat.
- Desatenció per desorganització greu del pensament. Hi ha nens que estan fent una estructuració psicòtica. És molt important en aquests casos fer el diagnòstic diferencial.
- Nens que no atenen perquè estan fent un procés de dol.

La importància del diagnòstic diferencial

Estic molt d'acord amb el que diu la *Guia de Pràctica Clínica sobre el TDA-H (2012)* que van elaborar professionals de la Fundació Eulàlia Torras de Beà, els quals es qüestionen si hi ha algun nen susceptible de ser diagnosticat de dèficit d'atenció i hiperactivitat, que explorat més enllà d'aquesta simptomatologia, no pateixi dificultats en l'organització i diferenciació del seu pensament, un jo làbil i excessivament vulnerable, una identitat difosa, així com dèficits en la vinculació i/o carències en les primeres etapes de la vida o en el decurs de la mateixa.

Consideren imprescindible fer un diagnòstic diferencial que investigui la vessant estructural de la personalitat, donat que sota la mateixa presentació fenomenològica

podem trobar:

- TGD, nens psicòtics o amb nuclis psicòtics.
- Trastorns afectius, nens deprimits o amb ansietat.
- Nens que han crescut sense límits o aquests han estat inadequats, incoherents o posats sense empatia.
- Trastorns emocionals d'expressió somàtica.
- Carències afectives greus.
- Trastorns neurològics.
- Trastorn límit de la personalitat a partir dels 15 anys.

I es pregunten si les anomenades comorbiditats no seran patologies que causen els símptomes descrits en el Trastorn per dèficit d'atenció amb o sense hiperactivitat.

Exposo breument a continuació dos casos clínics per il·lustrar el què acabem de dir.

Cas Jonatan

En Jonatan, tenia uns 9 anys quan els pares van consultar per indicació de l'escola, on es preguntaven si podia presentar un TDA-H. Els deien que era un nen insegur, que no parava quiet, que es distreia amb els companys xerrant, que no estava aprenent com caldria esperar, que ja des de primer els havien alertat.

En el moment de la consulta estava fent quart de primària. La mare el veu nerviós com ella i molt infantil. De seguida em parla d'uns antecedents complicats.

Abans de quedar embarassada d'en Jonatan, va tenir dos avortaments espontanis de 9 setmanes de gestació per causa desconeguda. Va passar tot l'embaràs angoixada per si el perdia i va néixer per cesària als set mesos de gestació. Recorda que en el moment del part, es va adormir per l'anestèsia sentint als metges dir que anessin ràpids, sinó la criatura podia morir.

Al despertar-se, el nen estava a la incubadora, en el mateix hospital però en una altra planta i no el va poder conèixer fins al cinquè dia. Durant tot aquest temps ella no creia que fos viu.

Del primer any de vida, recorda les malalties: bronquitis i vòmits.

Als 5 anys van anar a una logopeda perquè li costava parlar bé i va millorar.

Explicava també que el nen tenia pors, que li va costar molt dormir al seu llit, ja que es despertava dient que somniava coses que li feien por, però no sabia explicar el què.

Menjava molt, i a la mare li semblava que això també podien ser nervis.

El que jo vaig observar era que el nen manifestava una inquietud motriu, tics, es mossegava les ungles, i tenia un joc molt dispers. No sabia perquè venia, a ell no li passava res, però no em va donar la sensació de que es defensés negant, sinó de buidor, com si ell no tingués noció que era una personeta, un nen, i com a tal li podien passar coses, bones, dolentes... i ens ho podíem parlar.

No jugava, ni dibuixava espontàniament, esperava que jo li manés de fer alguna cosa i llavors intentava complaure'm amb molta inseguretat. Semblava com si el seu món intern, les fantasies, els desigs, -és a dir, tot allò més genuí-, estès per construir.

Podem veure que la primera vinculació estava tenyida d'unes ansietats de mort importants. Podem entendre què difícil li podia ser a aquesta mare poder contenir les ansietats de separació del seu fill quan, per ella, separar-se era equivalent a poder morir. Pensem en els avortaments i en el part de risc. Per altra banda, el pare era una figura poc present, i això dificultava el procés de triangulació necessari per a construir la personalitat del nen.

De fet, al llarg de les entrevistes mantingudes durant el tractament, es va poder veure com la mare mantenia una dependència i una sobreprotecció extrema envers al fill, i

això generava inseguretat a Jonatan i li dificultava poder anar construint una identitat separada de la mare amb la que podés sostenir el desig d'aprendre i desenvolupar l'aparell de pensar per a frenar o contenir l'acció, la impulsivitat.

Cas Jordi

La mare em ve a veure després d'haver fet un llarg recorregut per diferents consultes. A l'escola li han dit que el seu fill té TDA-H perquè no para quiet, no fa cas a la mestra, i no està atent, cosa que està comprometent els seus aprenentatges.

Aviat me n'adono que li costa explicar-me coses del seu fill que ara té 6 anys. Porta molts informes, dels diferents professionals i de l'escola, però ella queda com bloquejada quan jo li demano que em parli d'ell. Quan se sent més confiada em pot dir que és un nen molt nerviós, com ella, que també perd els nervis quan no fa cas, que no expressa el què sent encara que creu que és molt emotiu i sensible. És esquerp i no es mostra gelós envers al germà més petit, però intueix que n'està de gelós.

Quan va començar l'escola bressol, se'n anava amb tothom. Reconeix que ha sigut després de néixer el segon fill, amb el qual es porta quatre anys, que s'ha adonat, al comparar-los, que no era normal el que li passava en Jordi.

De la història destaco que la mare va passar por a perdre'l durant l'embaràs ja que havia tingut un avortament espontani abans. Durant els quatre primers mesos del nen es va sentir molt deprimida, insegura, incapacitada i sense forces per tirar endavant. La seva mare havia mort dos anys abans i el dol per la seva pèrdua el va reconèixer al néixer el seu fill. Es va alleugerir d'aquests sentiments al portar en Jordi a la guarderia als 4 mesos.

Quan el nen tenia 2 anys va morir l'avi matern.

El pare, en aquest cas sí que estava força implicat en el tractament, estava preocupat pel comportament impulsiu, perquè no feia cas dels límits que se li posaven i pels rendiments escolars compromesos en aquells moments. En canvi a la mare el que més li preocupava era que li costava molt vincular-se amb aquest fill que sentia tant distant.

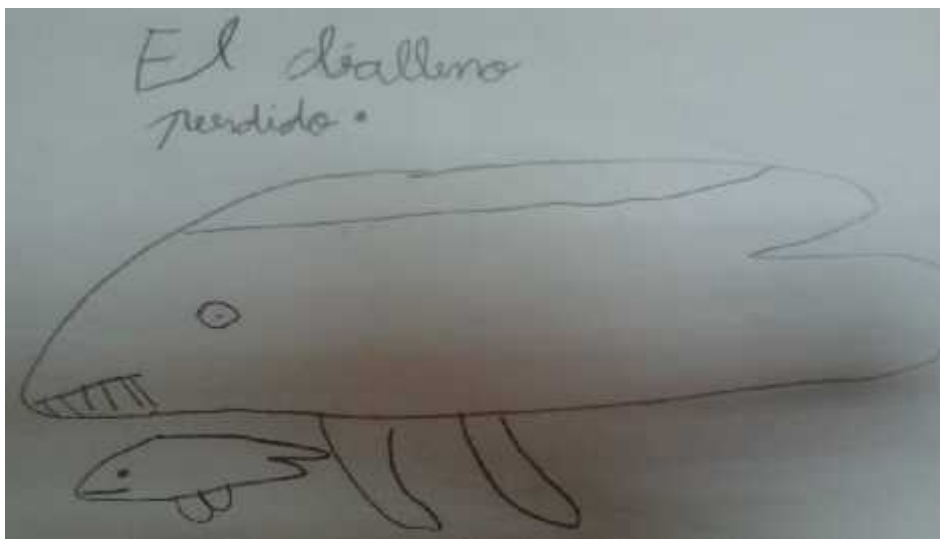
Aquest distanciament el vaig viure en el tractament durant força temps. En Jordi entrava a les sessions i ràpidament es posava a jugar amb les seves joguines i no em tenia en compte per res. Jo posava paraules, descrivia el que jo veia i em mostrava interessada pel que ell feia.

En aquest cas, penso que sota els símptomes de dèficit d'atenció i hiperactivitat hi havien ansietats molt primitives que no havien pogut ser elaborades en la relació amb la mare, probablement a causa de la depressió que aquesta estava patint. Aquest nen es defensava de la manera que havia pogut: allunyant les emocions, desconnectant-se del patiment, ignorant a l'altre: pare/mare/mestra/terapeuta, tal com deuria sentir-se ell, inconscientment: Ignorat.

Les entrevistes periòdiques amb els pares i el tractament individual amb en Jordi van anar bé i un dia va fer un dibuix d'una gran balena amb un balenó petit i va explicar la següent història:

Hi havia una vegada un balenó que es va perdre menjant peixets, i li va preguntar a un dofí on estava la seva mare, i li va dir: A la esquerra, i no la veia; i li va preguntar a un altra peix, i també li va dir: A l'esquerra, i tampoc la veia; i finalment va trobar un altra peix que li va dir: Allà baix!

Gràcies a tu, dofí, i als dos peixos, mamà estàs aquí!



Podem pensar que aquest nen ara ja es podia adonar quan estava perdut, i havia trobat recursos, demanava ajuda als peixos i al dofí quan necessitava recuperar la mare, en lloc d'anar d'un lloc a l'altre movent-se per l'oceà sense saber què buscava.

Bibliografia:

Mabres, M. (Comp.) et Escardíbul, M., Lasa, A., López, A., Martínez, B., Miró, M.T., Montaner, A., Moya, J. & Segú, S. (2012). *Hiperactividades y déficit de atención. Comprendiendo el TDA-H*. 1a. edició Barcelona: Ed. Octaedro.

Fonagy, P. (2004). *Teoría del Apego y Psicoanálisis*. Barcelona: Ed. Spaxs.

Janin, B. (2004). *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. Buenos Aires: Ed. Novedades educativas.

Lasa A. (2001) *Hiperactividad y trastornos de personalidad. Sobre la hiperactividad*. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. Bilbao: Revista SEPYPNA, num 31 y 32.

Pérez, M., Fernández, J.F., Fernández, C. & Amigo, I. (2009). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Infancia y adolescencia. Madrid: Ed. Pirámide.

Sanfeliu, I. (2011). *La Hiperactividad, la acción inagotable*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

TRETS AUTÍSTICS EN NENS I ADULTS: TRASTORNS D'APRENTATGES, FÒBIES, CRISIS DE PÀNIC

Josefina López i Moreno

Resum:

A través d'aquest treball es pretén mostrar breument que en psicopatologies lleus hi poden haver alguns trets propis dels Estats Autístics, tant en infants com en adults. En el cas dels infants es comparen algunes característiques de criatures que presenten dificultats en l'aprenentatge de la lectura i de l'escriptura amb alguns trets propis dels Estats Autístics.

Es diferencia l'Autisme dels Estats autístics i de trets propis d'Estats Autístics.

En el cas de pacients adults, es parla breument, a través d'un cas d'una dona, de fòbies i de crisis d'ansietat, psicopatologies molt actuals, també com a trets propis d'Estats Autístics, a partir del pensament de Frances Tustin i de Júlia Coromines.

Paraules Clau: *Autisme, dislèxia, fòbies, crisis d'ansietat*

Resumen:

A través de este trabajo se pretende mostrar brevemente que en psicopatologías leves podemos encontrar algunos rasgos propios de Estados Autísticos, tanto en niños como en adultos. En el caso de niños se comparan algunas características de niños que presentan dificultades en el aprendizaje de la lectura y de la escritura con algunos rasgos propios de los Estados Autísticos.

Se establece una diferencia entre el Autismo, los Estados Autísticos y los rasgos propios de los Estados Autísticos.

En el caso de pacientes adultos, se habla brevemente, a través del caso de una mujer, de fòbies y de crisis de ansiedad, psicopatologías muy actuales, también como rasgos propios de Estados Autísticos, a partir del pensamiento de Frances Tustin i de Júlia Coromines.

Palabras clave: *Autismo, dislexia, fòbies, crisis de ansiedad.*

**Conferència presentada en la Jornada La Psicopatologia Avui. Ascó, juny de 2012*

Abstract:

This work intends to show briefly that in slight psychopathologies it is possible to find some features of the Autistic States, both in children as well as adults .

In children's cases we can compare some children's features that present difficulties to learn how to read and write with some Autistic States features.

This differentiates a distinction among Autisme, Autistic States and features of the Autistic States.

In the adults patients case, in this paper we will speak briefly through a woman's case with phobia and anxiety crisis present psychopathologies as well as Autistic States features.

This hypothesis is based on the work and books by Frances Tustin and Júlia Coromines.

Keywords: *Autism, dyslexia, phobias, anxiety crisis.*

Frances Tustin té un llibre publicat el 1986 per Karnac Books, que en anglès es titula: "Autistic Barriers in Neurotic Patients" , que traduït vol dir: Barreres Autístiques en Pacients Neuròtics.

A la primera part del llibre es dedica a parlar de l'autisme infantil, mentre que a la segona part s'ocupa de pacients neuròtics que mantenen el que ella anomena "Estats Autístics" que és diferent de l'autisme pròpiament dit (terminologia de Meltzer) però que serveix per poder diferenciar els que anomenem autistes dels que, mantenen algunes característiques pròpies de l'autisme però de forma més suau i que poden tenir un funcionament força corrent en molts aspectes.

En els primers temps de vida, el nadó viu en un estat d'autosensorialitat: sent a través de les sensacions que percep mitjançant el cos i també respon corporalment a través de plors, defecació, vòmits, còlics, dermatitis, etc.

E. Bick (1968) va parlar de la funció contenidora de la mare , o de qui en fa les funcions, que a través de la seva cura física i del seu contacte corporal amb el nadó; de les seves carícies ajuda el nounat que totes les parts del seu "self" (sí mateix) puguin sentir-se

contingudes i integrades, i així pugui anar desenvolupant la consciència d'una pell que el limita i el conté. Aquesta funció contenidora constitueix la base per a la presa de consciència d'espai intern i espai extern, és a dir, de "dintre" i "fora" i això, de mica en mica l'ajudarà a prendre consciència de diferenciació "self"-objecte primer a nivell corporal i més endavant a nivell mental.

Però la insuficient funció contenidora per part de qui fa les funcions maternes o per dificultats de la criatura de poder-la aprofitar, donarà lloc a dificultats de contenció que poden desembocar en el que anomenem "ansietats catastròfiques".

D.Winnicott (1963) emprà el concepte de mare prou bona ("good enough mother") per referir-se a la funció materna capaç de fer-se càrrec del nadó i de poder anar posant paraules a les sensacions i vivències corporals del seu fill. Aquesta funció permetrà a la criatura anar passant de les sensacions a les emocions i al pensament, que podrà expressar-se a través del llenguatge.

Un cop recordat això per als que ja tenen una formació psicoanalítica i explicat per a altres professionals, recordarem també les característiques pròpies dels Estats Autístics:

- Indiferenciació "self"-objecte
- Desmantellament
- Identificació Adhesiva o Equivalències adhesives
- Bidimensionalitat
- Simbiosi
- Ansietats catastròfiques

Aquestes característiques poden presentar-se de forma que invaliden totalment el desenvolupament emocional i cognitiu fins a formes que a primera vista poden passar desapercebudes, així doncs, el "demanellament" pot presentar-se en forma d'ecolàlies, aleteig, manierismes... en els casos més greus, que són els que anomenem "autistes", però també pot presentar-se com una característica obsessivo-compulsiva.

En aquest sentit hem d'estar alerta perquè a vegades podríem qualificar com una neurosi obsessivo-compulsiva, allò que és una defensa de tipus autístic emprada per

pacients neuròtics. De fet, el desmantellament esta al servei d'evitar emocions i sentiments, que poden produir ansietats catastròfiques.

Tractarem de veure de forma ràpida com els trastorns que presenten alguns nens que no aconsegueixen llegir i escriure a l'edat que es considera normal, els nens que es diu que pateixen dislèxia, conserven formes lleus d'alguns trets propis dels Estats Autístics.

Eulàlia Torras de Beà, ja l'any 1977 ens deia que els nens que pateixen trastorns dislèxics presenten dificultats de:

- Diferenciació del que és essencial i del que és secundari.
- Dificultats d'organització en l'espai i el temps
- Dificultats de simbolització
- Dificultats de relació
- Dificultats per transmetre els seus pensaments i sentiments, que en alguns casos és degut a no prendre consciència de les situacions que viuen.

Però els nens que presenten trastorns dislèxics també tenen dificultat per unir i separar correctament les paraules. Així alguns infants poden escriure: "lanenamenja" en comptes de "la nena menja" . Aquest error mostra la dificultat per entendre que l'objecte no viu únicament per al "self" sinó que l'objecte manté relacions amb altres. Així, el mot "nena" també es pot relacionar amb altres mots i no només amb "la", per exemple:

Una nena menja – aquesta nena menja – aquella nena canta

Per il·lustrar aquesta afirmació de forma més clara i intel·ligible puc posar l' exemple d'una nena que anomenarem Blanca que, segons F. Tustin podria considerar-se que patia un autisme confusional, durant una època de tractament va presentar un mutisme a les sessions psicoterapèutiques i pretenia que la psicoterapeuta endevinés el que ella pensava. Quan es va adonar que això no era possible perquè ella no era un nadó i podia pensar i desitjar moltes més coses que un nadó, expressava per escrit els seus desigs però ho escrivia amb totes les paraules enganxades i quan arribava al final d'una línia girava el full a posició horitzontal per continuar escrivint sense haver de separar les paraules. En aquells moments, per altra banda copiava els gestos, les paraules de la

psicoterapeuta i àdhuc si aquesta duia monyo i ella el cabell deixat anar se'l recollia o a la inversa .

A mesura que se li va anar mostrant a través de la psicoteràpia que ella i la terapeuta no estaven enganxades, indiferenciades, sinó que es tractava de dues persones diferents amb característiques pròpies, va poder anar separant les paraules correctament.

Com podem veure, un dels trastorns dislèxics que és el de no poder separar adequadament les paraules té a veure amb una de les característica dels Estats Autístics que és la **“indiferenciació “self”-objecte”**. Aquesta indiferenciació que és total i normal al principi de la vida i pròpia dels Estats Autístics més greus, quan la criatura fa un desenvolupament adequat i va evolucionant, ja no es tracta d'una indiferenciació total sinó que la criatura pot concebre la mare com un ésser separat que li proporciona atencions i cures, però com algú que només viu per a ella. Això és el que M.Mahler anomena **Simbiosi** . Més endavant la criatura que ha fet un desenvolupament adequat ja pot adonar-se que la mare manté altres relacions i també té altres interessos a part del seu fill.

Quan diem que els nens que pateixen dislèxia tenen Dificultats per Simbolitzar, volem dir que es mouen en el terreny del què és concret; que tenen dificultats per entendre les metàfores perquè se les agafen al peu de la lletra, això també és una característica dels Estats Autístics.

La Dra. Júlia Coromines en el seu llibre, Psicopatologia i Desenvolupament Arcaics (1991) ens parla de la dificultat dels nens autistes per simbolitzar i ens presenta tota l'evolució des dels estats més primerencs de la criatura fins a la simbolització.

I després ens ofereix el que ella va anomenar Esquema Psicopedagògic , que ens indica què és el que caldria per ajudar una criatura a simbolitzar i per tant per poder parlar i posteriorment escriure.

Respecte al 3er punt, hi ha un llibre de A. Lapierre i B. Aucouturier, que porta per títol **“LOS CONTRASTES y el descubrimiento de las nociones fundamentales”** (1974) que

precisament parla d'estimular inicialment les coses oposades per ajudar els nens amb trastorns dislèxics.

El que m'agradaria deixar clar és que autors com F.Tustin, D.Meltzer, J.Coromines i d'altres ens han mostrat que l'autisme seria l'aturada en un moment evolutiu per la causa que sigui, acompanyada de grans i greus defenses que fan difícil fer progressar les criatures que pateixen aquest trastorn. Quan l'aturada no es fa a tots nivells o quan aquesta no és massiva pot donar lloc a Estats Autístics que poden anar de més greus a lleus i que poden haver evolucionat en uns aspectes però no en altres.

Tornant a E. Torras de Beà, recordem que ens dóna com a dificultats dels nens que pateixen un trastorn dislèxic, podem recordar que la **"indiferenciació"** és una característica dels Estats Autístics; que l'organització de l'espai i el temps són funcions que ja s'inicia al poc temps de vida, per exemple quan volen agafar un objecte aprendran els que estan a prop i poden agafar i els que estan lluny i no hi arriben; que quan s'asseu ja té una perspectiva de l'entorn diferent de quan només està ajagut; que quan es desplacen la perspectiva del món és totalment diferent car, allò que està al davant pot estar a la dreta, a l'esquerra o al darrera; que quan es desplacen, s'adonen que l'altre no està enganxat a ells i que els cal un temps per recórrer la distància que els separa.

En relació a la simbolització, ja hem vist que per arribar a aquesta cal haver passat satisfactòriament per passos previs i que un pas anterior a la simbolització és la Identificació Adhesiva.

Pel que fa a les dificultats de relació i a les dificultats per transmetre els pensaments i sentiments, precisament els nens autistes i postautistes o T.E.A. la majoria de les defenses que desenvolupen estan al servei d'evitar la relació amb les persones i les emocions. Per transmetre emocions i pensaments primer cal tenir-los. No es pot explicar el que no s'ha conscienciat i pel que fa a les emocions, empren poderoses defenses per evitar-les, car aquestes els produirien unes ansietats catastròfiques terribles.

Actualment, unes de les psicopatologies que es veuen més a la clínica d'adults són les fòbies i les crisis de pànic o d'ansietat.

Frances Tustin , a través del seu llibre citat al principi: "Autistic Barriers in Neurotic Patients" (1986) ens mostra que en diverses psicopatologies neuròtiques actuals s'hi troben algunes característiques pròpies dels Estats Autístics, així en referir-se a les fòbies ens diu que " en els pacients fòbics s'hi troba que la separació corporal de la mare ha estat viscuda com una catàstrofe insuportable, Aquesta catàstrofe és també el nucli de la defensa maníaca" Pel que fa a les crisis d'ansietat ens diu que "aquestes equivaldrien a les "ansietats catastròfiques" que es manifesten a través de trastorns somàtics".

Em limitaré a exposar unes vinyetes d'una pacient que reunia els símptomes de fòbia a viatjar sola en metro i que alhora patia crisis d'ansietat i també faré alguns comentaris sobre el cas..

Leonor, una pacient de 29 anys, filla única, educadora social de professió, intel·ligent i de bon veure consulta per fòbies, crisis d'ansietat i somatitzacions. No podia anar en transport públic tota sola, ni assistir a molts llocs on hi hagués molta gent. Per altra banda "se li feia un nus" i no li passava el menjar. A vegades també li venien pensaments suïcides que rebutjava ràpidament. Quan uns sis anys abans havia mort una àvia amb la qual havia tingut molta vinculació, havia presentat un quadre d'ansietat amb mareigs i temors hipocondríacs ,així com el temor que els seus pares es morissin.

El quadre actual s'inicià quan se li va acabar el contracte temporal de la primera feina que havia aconseguit poc després d'acabar la carrera. També va coincidir amb el trencament d'una relació de parella. Havia manifestat: "sóc filla única, però molt feliç, potser consentida i aviciada. He tingut tot el que he volgut fins ara. El meu primer gran disgust va ésser la mort de l'àvia. Tots els meus cosins es guanyen molt bé la vida; viuen en parella i ja n'hi ha dos que tenen criatures. Jo, en canvi, no tinc ni feina ni parella. Els meus pares han format una família i m'agradaria poder reproduir el model". En referir-se als símptomes que presenta quan va en transport públic, explica que es comença a posar molt ansiosa i que li venen ganes de cridar i de pegar la gent i, aleshores, quan intenta contenir-se per no fer-ho, és quan li ve el mareig i té por de caure.

A mesura que avançava el tractament van anar apareixent noves comparances entre ella i altres persones que considera felices perquè tenen feina i parella i, de mica en mica, se la podia connectar amb el fet que això li feia ràbia, tanta ràbia que els pegaria. Això se li interpreta a nivell transferencial, és a dir, tenint en compte com es dóna en la seva relació amb la psicoterapeuta dintre del tractament, en adonar-se que la psicoterapeuta té preparació i capacitat per ajudar-la, mentre que ella se sent necessitada, això li provocava tanta ràbia que li pegaria, però, alhora sentia el temor de perdre-la. En una sessió, després que ja havia anat millorant i podia viatjar sola, explicà que el dia anterior, quan anava en metro, aquest anava força ple i a ella li faltava espai, i va tenir por que li tornessin els símptomes. Poc després va parlar dels pares, que considerava que li estaven molt al damunt i que no li deixaven prou espai perquè ella pogués fer les coses a la seva manera.

En realitat en aquesta pacient coexistien, d'una banda, el desig que els pares li ho continuessin solucionant tot, i d'una altra banda, el desig d'autonomia: dit en altres paraules: el desig de romandre en un cert nivell d'indiferenciació, però, alhora, poder-ne sortir per poder viure una vida diferenciada, que és el que li havia permès d'evolucionar en la vida i anar millorant a través del tractament. En el moment en què van aparèixer els símptomes va prendre clara consciència que ni ella no era omnipotent i que hi havia coses que els pares no les hi podien resoldre, sinó que se les havia de resoldre ella mateixa o tolerar que hi havia coses que no era possible fer-les canviar, i això va forçar la seva diferenciació, la qual cosa li va fer viure ansietats catastròfiques que van presentar-se en forma de fòbies i crisis d'ansietat, alhora que ràbia i agressió contra els pares, als quals per altra banda estimava molt i és per això que sentia por que es poguessin morir. Romandre indiferenciada equivalia a manca d'espai entre el "self" i l'objecte (entre sí mateix i els altres) i això la privava del desig que per altra banda sentia de poder viure la seva pròpia vida, de tenir el seu propi espai. La pacient havia desplaçat el conflicte cap a l'exterior, "la gent" i això li permetia no entrar en el conflicte de sentir que odiava a aquelles persones a qui tan estimava, els pares.

Bibliografia:

Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *Inter. J. of Psychoan.* – Vol.46, 2-3, p. 484

Corominas Vigneaux, J. (1991) . *Psicopatologia i Desenvolupament Arcaics*. Barcelona: Ed. Sspaxs

Coromineas Vigneaux, J. (1997). *Esquema Psicopedagógico, Planteamiento, elaboración y aplicaciones*. Jornadas Técnicas sobre parálisis cerebral

Lapierre, A. i Aucoutourier, B. (1974). *Los Contrastes . y el descubrimiento de las nociones fundamentales*. Barcelona: Ed. Científico-Médica

Meltzer, D. (1985). *Maladie psychotique de la petite enfance*. Lieux de l'Enfance, 3 – Toulouse.

Torras de Beà, E. (1977). *Dislexia. Aprendizaje – Pensamiento*. Barcelona: Ed. Pediátrica

Tustin, F. (1986). *Autistic Barriers in Neurotic Patients*. London: Karnac Books

Winnicott, D.W. (1945). Primitive Emotional Development . *Int. J. of Psychoan.* Vol. 26 – 1045

L'ADOLESCÈNCIA, LA CONSTRUCCIÓ D'UN JO

Francesc Brull i Fornt

Resum:

L'adolescència és un moment de canvi, oportunitat i creixement personal, no exempt de malestar i moviments personals, familiars i/o comunitaris. Aquest procés ha de permetre la construcció d'un Jo capaç de generar significats psicològics. Aquest Jo no neix d'un no res, ben al contrari, neix d'altres Jo. L'adolescència permet observar aquest Jo en relació amb els objectes i com cerca un espai que permeti la seva individuació i desvinculació. En molts casos l'hem d'ajudar en la reconstrucció o construcció d'ell mateix. L'article permet valorar consideracions pràctiques vinculades en aquest procés, així com elements que ens han de facilitar una millor comprensió en el desenvolupament i creixement personal de qualsevol individu.

Paraules clau: *adolescència, Jo, construcció, comprensió, individuació i desvinculació, psicoanàlisi, creixement personal, Bion, Freud i Klein.*

Resumen:

La adolescencia es un momento de cambio, oportunidad y crecimiento personal, no exento de malestar y movimientos personales, familiares y/o comunitarios. Este proceso permitirá la construcción de un Yo capaz de generar significados psicológicos. El Yo no nace de la nada, nace de otros Yo. La adolescencia permite observar este Yo en relación a los objetos circundantes y como éste busca un espacio que permita su individuación y desvinculación. En muchos casos tenemos que ayudar a la reconstrucción o construcción de los mismos. Este artículo ofrece consideraciones prácticas vinculadas a este proceso, al igual que ofrece elementos que nos facilitarán una mayor comprensión del desarrollo y crecimiento personal del individuo.

**Conferència presentada en la Jornada La Psicopatologia Avui. Ascó, juny de 2012*

Palabras clave: *adolescencia, Yo, construcción, comprensión, individuación y desvinculación, psicoanálisis, crecimiento personal, Bion, Freud y Klein.*

Abstract:

Adolescence is a period of changes, opportunities and personal growth, although each individual might experience dissatisfaction and personal, family or community movements. This transitional period must allow the construction of the self and generate psychological meanings. The self comes from other selves. We can observe how the self looks for a space that enables its individuation and untying. In most cases, we need to help in the reconstruction or construction of the selves. The article allows us to assess both the practical considerations related to this process and the necessary elements for a better understanding of the development and personal growth of each individual.

Keywords: *adolescence, self, myself, construction, understanding, individuation and untying, psychoanalysis, personal growth, Bion, Freud, and Klein.*

Com es pot resumir més de 15 anys d'adolescència ? La literatura psicològica i psicopatològica de l'adolescent ens ofereix eines per ajudar a la construcció del jo. L'adolescència ens permet observar com el jo gestiona el conjunt de pulsions plenes de significat psicològic.

Què s'entén com a jo des d'una esfera psicoanalítica?

Segons Thomas H. Ogden (1989), jo és un aspecte de la personalitat capaç de generar significats psicològics, conscients i inconscients, que inclouen significats perceptius, cognitius i emocionals.

El jo de Freud (de la segona tòpica i de la teoria estructural) (1932), vindria a ser una porció de l'allò modificada per la proximitat i influència del món exterior, el qual està regit pel principi de realitat, i manté l'equilibri entre altres instàncies.

Aquest jo no neix durant l'adolescència, de vegades tampoc coincideix amb el naixement del nadó, ni en la vida intrauterina; aquest jo neix en la ment dels futurs pares i pot ésser tenyit per la il·lusió del nen/a que esperen o al contrari, per la culpa, el malestar del seu naixement. Ambdues antípodes poden ésser determinants en l'esdevenir d'un jo.

L'ideal del jo dels pares i el desig cap aquest no és aliè a la construcció del jo en la vida intrauterina del recent nascut, de l'infant i de l'adolescent. Podríem parlar de la famosa motxilla viatgera intergeneracional on es dipositen tantes i tantes coses dels altres i pròpies. La manca de desig, la manca d'ideal tenyeix les primeres vinculacions entre el futur nadó i la mare. L'existència d'un desig i ideal suficientment bo permetrà al nadó establir les primeres vinculacions i, de retruc, percebre i sentir-se contingut, sentir-se estimat en un sentit ampli.

Moltes vegades hem de recordar a molts pares que s'estimen més el fill que haguessin volgut, que no pas al fill que tenen.

La pràctica clínica posa en evidència la importància del món de les relacions (relacional), projeccions, introjeccions, mecanismes de defensa i ansietats que configuren la construcció d'un jo i determinen com cada individu s'enfrontarà al creixement i com efectuarà els passos necessaris cap a la salut mental. Aquest creixement no és aliè als altres subjectes i/objectes que formen part del món relacional del nadó.

És precisament en l'adolescència quan es torna a reconstruir un jo amb els elements que ens han permès evolucionar fins al moment, juntament amb les ansietats i els respectius mecanismes de defensa necessaris en el nostre dia a dia.

Hi ha diferents disciplines en molts camps de la ciència que expliquen molt bé l'esdevenir de l'adolescent: la medicina, la biologia, la sociologia, l'antropologia, la psicologia, etc. ofereixen la possibilitat d'observar-lo des de diverses finestres i posicions i expliquen el canvi i el pas adolescent. En tots els casos enriqueixen i formen part d'un tot necessari per comprendre allò que s'esdevé en el trànsit adolescent.

A tall d'exemple, l'antropologia ens ha permès entendre com en determinades cultures i societats tribals, adaptades i integrades a altres entorns, l'adolescència no és vista com un moment crític, conflictiu, fins i tot negatiu, si és que créixer és negatiu; en aquestes cultures l'adolescència és vista com un repte vers un moment evolutiu. Els rituals de pas són extensos i permeten donar a l'adolescència i l'adolescent un significat esperançador. *Tòtem i Tabu* de Sigmund Freud descriu algun d'aquests rituals.

La psicoteràpia psicoanalítica i la psicoanàlisi ofereixen un corpus teòric intens al voltant de l'adolescència, una mica diferent: **la comprensió** de l'adolescent, de la família de l'adolescent i del seu entorn més immediat. La psicoanàlisi ens permet comprendre allò incomprendible, l'allò que es pot pensar i sentir.

Parafraçant a Wilfred Bion (citat a Grinberg, L. & Sor, D. & Tabak de Bianchedi, E. (1972)) l'actitud analítica és d'obertura i de descobriments, que fomenta el pensament i la comprensió, que ajuda a pensar i a digerir aquells elements que impedeixen l'evolució de l'individu.

El període que abasta l'adolescència és dels 8 als 23 anys, ara bé, això no vol dir que hi hagi adults amb trets adolescents i viceversa; però estrictament el període oscil·la entre aquestes edats, fins i tot m'atreviria a dir que una mica més.

Des de la perspectiva de la psicoanàlisi diversos autors parlen del període adolescent com una recapitulació de les investidures libidinals infantils, en la mesura que inclou i actualitza elements de les fases de desenvolupament prèvies. Tot i que no hi hagi paràmetres fixos, l'evolució de les fases mantenen una successió lògica entre elles i una seqüència ordenada.

Des d'una nomenclatura més kleiniana em decantaria a parlar d'un moviment constant de posicions en latència o hibernació que es reprenen de nou amb l'objectiu constant

de la supervivència en el món dels adults. L'adolescent de Bion (citat a Grinberg, L. & Sor, D. & Tabak de Bianchedi, E. (1972)) està en construcció del seu endoesquelet i ha d'utilitzar nous mecanismes per comprendre i digerir els elements beta i convertir-los en alfa.

Els canvis que es produeixen durant l'adolescència es poden resumir en tres estadis:

- **Adolescència primerenca:** en línies generals direm que el que caracteritza aquesta fase és la **irrupció de la tensió genital i el canvi de l'esquema corporal**. Aquest procés de desenvolupament corporal i sexual, visiblement biològic, tindrà efectes i implicacions considerables en l'aparell psíquic, que constituïran un element important en la construcció del jo.
- **Adolescència mitjana:** els elements que caracteritzen aquesta fase són la **desinvestidura del vincle amb els pares i la troballa d'objectes exogàmics**. En aquest procés l'adolescent haurà de travessar un canvi en l'ús de les defenses, perquè ara farà **un procés de dol** que en la fase anterior no era possible. Aberastury (1972) l'ha descrit com el dol per al cos infantil, el dol per als pares infantils (la caiguda de l'ideal dels pares i el dol per la identitat perduda).
- **Adolescència tardana:** consolidació de les fases anteriors.

Elements que afavoreixen el pas adolescent

- Comprensió vers criticisme i hostilitat.
- El grau de diferenciació : individuació i desvinculació de l'individu vers indiferenciació (dependència i vincle).
- El grau de supervivència simbiòtica de l'individu.
- Cert grau d'investiment narcisista.
- Haver experimentat objectes suficientment contenidors i càlids.
- Fomentar el pensament en contra de l'antipensament.
- Resolució edípica que garanteixi un continent suficient estable per sostenir el

contingut.

Com podem ajudar a construir un jo

El què significa per l'adolescent assistir a un psicòleg dependrà altra vegada de les construccions socioculturals a les quals està exposat el seu medi, així com també s'instaura en ell el discurs familiar. La construcció del seu jo està novament pensant per si mateix.

L'adolescent típic és un subjecte que es troba en ple procés d'individuació, de recerca i construcció d'una identitat més enllà dels seus progenitors, per això sempre que es pugui s'ha de preservar la individualitat en l'atenció.

Un dels criteris que s'utilitzen per determinar si un pacient és necessari posar-lo en teràpia familiar o individual, és l'existència d'un jo fort mínimament investit de narcisisme o dèbil. L'existència d'aquest jo fort ens podria fer determinar la indicació d'una psicoteràpia individual, la qual cosa estaria força vinculada amb la capacitat de resiliència.

Per tant haurem de tenir en compte la relació i les relacions establertes internament i externament.

Joan Coderch (1990) cada cop dóna més importància a la relació terapèutica, fins al punt que presenten més bona evolució els que realitzen psicoteràpia individual que psicoanàlisi.

Quins aspectes tindrem en compte per valorar un tipus d'intervenció terapèutica o una altra:

- S'ha de valorar **el grau d'individuació i desvinculació** i observar quines han estat les dificultats en el procés d'individuació. La individuació baixa implica tenir moltes dificultats a l'hora de tolerar opinions diferents i el que suposa aquest fet.
- Model **de supervivència simbiòtica** (SLIPP). Què necessito de l'altre per sobreviure, les meves mancances les compensa l'altre, o les projecto vers l'altre, i el nucli familiar funciona com una mena d'argamassa rígida en la que uns es complementen als altres. De diversos individus en fan un.

- **Fragilitat narcisista.** Ens trobem davant d'un individu en el qual no hi ha un nucli, un *self* amb introjecció suficientment forta que li permeti tenir una identitat estable respecte els altres, és a dir l'existència d'una identitat que permeti la relació amb els altres de forma independent des d'un punt de vista relatiu.
- **Xarxa de col·lisió.** Tot plegat duu a una relació de xoc, de discussió.

En molts casos necessitarem un tractament individual, dual i paral·lel, però els eixos de treball han de contemplar intervencions com: comprendre les situacions conflictives, senyalar les identificacions projectives, les projeccions, trencar aquells falsos mites, ajudar a crear pensament i defugir l'antipensament, potenciar l'adolescent (l'adolescent té un cap, boca, orelles i és capaç de generar opinió)... Cal potenciar, segons Bion (citat a Grinberg, L. & Sor, D. & Tabak de Bianchedi, E. (1972)), que en un tractament familiar o individual se centri en grup de treball i no en grup de supòsit bàsic.

Tot plegat, i no exempt de dificultats, pot ajudar que el trànsit adolescent no es quedi aturat ni retorni a estadis més primerencs de relació.

Bibliografia:

Aberastury, A. i Knobel, M. (1972). *La Adolescencia Normal*. Argentina: Paidós.

Blos, P. (1978). *Psicoanálisis de la Adolescencia*. México: Joaquín Mortiz.

Blos, P. (1996). *La Transición adolescente*. Argentina: Amorrortu Editores.

Coderch, J. (1990). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.

Freud, S. (1932). *La división de la personalidad psíquica* (vol. III). Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. *Obras completas de Sigmund Freud. Volumen XIII - Tótem y tabú, y otras obras (1913-1914)*. Traducción José Luis Etcheverry. Buenos Aires & Madrid: Amorrortu editores.

Grinberg, L. & Sor, D. & Tabak de Bianchedi, E. (1972). *Introducción a las ideas de Bion*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Jones, E. (1979). *Vida y obra de Sigmund Freud (vol. I)*. Buenos Aires: Hormé.

Meltzer, D. (1990). *Desarrollo Kleiniano*. Buenos Aires: Spatia.

Meltzer, D., Harris, M. (1998). *Adolescentes*. Buenos Aires: Spatia

Ogden, T. (1989). *La Matriz de la mente: las relaciones de objeto y el dialogo psicoanalítico*. TECNIPUBLICACIONES SA, 1989

Schmid Kitsikis, E. (2001). *Wilfred R. Bion (Vida y pensamiento psicoanalítico)*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Segal, H. (1965 (2002)). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Traducción: Hebe Friedenthal. Barcelona: Editorial Paidós

A PROPÒSIT DEL TLP: APUNTS SOBRE EL DIAGNÒSTIC

Antònia Forteza Brandi

Resum:

En aquest article se repassen els conceptes bàsics en el diagnòstic dels trastorns límits de la personalitat. Partint de la història psiquiàtrica, s'abordaran els criteris diagnòstics. Els aspectes fenomenològics ens endinsaran a conceptes clau per l'abordatge psicoanalític. Narcisisme, transferència i contratransferència. Anàlisi descriptiu i estructural seguint O. Kernberg. Per finalitzar, breus pinzellades clíniques.

Paraules clau: *Trastorn límit de la personalitat, narcisisme primari i narcisisme secundari, narcisisme versus objectalitat, capacitat de revêrie , transferència, contratransferència, labilitat joica, procés primari, organitzacions defensives arcaiques.*

Resumen:

En este artículo se repasan los conceptos básicos del diagnóstico del trastorno límite de la personalidad. Partiendo de la historia psiquiátrica, se abordarán los criterios diagnósticos. Los aspectos fenomenológicos nos permitirán llegar a conceptos clave para el abordaje psicoanalítico. Narcisismo, transferencia y contratransferencia. Análisis descriptivo y estructural siguiendo a O. Kernberg. Para finalizar con breves pinceladas clínicas.

Palabras clave: *Trastorno límite de la personalidad, narcisismo primario y narcisismo secundario, narcisismo versus objetividad, capacidad de revêrie, transferencia, contratransferencia, labilidad yoica, proceso primario, organizaciones defensivas arcaicas.*

Abstract:

In this article the basic concepts about diagnosis of borderline personality disorder are reviewed. Based on the psychiatric history, diagnostic criteria are addressed. The phenomenological aspects allow us to reach key psychoanalytic concepts: narcissism, transference and countertransference. Descriptive and structural analysis according to O. Kernberg. To conclude this brief clinical breakdown.

**Conferència presentada en la Jornada La Psicopatologia Avui. Ascó, juny de 2012*

Keywords: *Borderline personality disorder, primary and secondary narcissism, narcissism versus objectality, capacity for reverie, transference, countertransference, ego lability, primary process, archaic defense organisations.*

INTRODUCCIÓ

Aquest concepte és d'origen psicoanalític, i sorgeix de la necessitat de categoritzar alteracions estructurals que permaneixien al ben mig entre les neurosis i l'eclosió psicòtica.

Aquest és un trastorn que recentment s'ha incorporat a la nosologia psiquiàtrica, i ja és considerada la principal aportació després de Schneider (1923 /1950), autor que és considerat el més important pel que fa als trastorns de personalitat, i del qual permaneixen els altres tipus de trastorns de personalitat més importants. Considera la personalitat "làbil", que sovint i de forma ràpida pateix els canvis del seu estat d'ànim.

Las personas lábiles presentan un cuadro de pereza, de inestabilidad social. Experimenta súbitamente malestar, inquietud...

Como grupo social... los más irritables suelen tener problemas con su violencia impulsiva y los más incostantes pierden todo tipo de oportunidades.

Adolf Stern (1938) és el primer que se planteja una patologia boderline basada amb les característiques de la transferència. En la què predomina el narcisisme i s'estableix una relació de forta dependència, juntament amb fenòmens de gran idealització que arriben a pertorbar la realitat. Els anomena "grup límit de la neurosis".

Rapaport (1945) titularà un article com "estructura preesquizofrènica de la personalitat" o altres autors de l'època que escriuran sobre "esquizofrènia ambulatoria", "esquizofrènia pseudoneuròtica", "psicosis latent".

Del treball de 1.952 de Robert P. Knight "Boderline States" neix la nova entitat. Parla de "pacient esquizofrènics fronterers" i a partir de Knight els analistes anglesos i d'EEUU lliguen els quadres fronterers a l'esquizofrènia i a les personalitats esquizoides.

En canvi d'altres que segueixen la línia de Jean Bergeret emmarquen aquests quadres dins de nosologies afectives (psicosis maníaco- depressiva). El pacient fronterer no arribarà a la genitalització de la libido sinó que se mantindrà dins de alts nivells de dependència que fan que bàsicament se defensi de la depressió. En aquesta línia Grinberg al 1977, distingirà els pacients esquizoïdes dels melancoloides dins dels pacients fronterers.

Al 1.967 Otto F. Kernberg assenyala la importància clínica d'aquests pacients considerats "calaix de sastre", anomenant organització fronterera de la personalitat. Més tard tornarem a Kernberg per la importància que ha tingut en el desenvolupament del tema que ens ocupa.

El 1968 Grinker realitza un treball empíric amb 51 pacients, joves adults amb hospitalitzacions curtes, bon funcionament en general. De base comú a tots troben

- la ira com principal afecte
- els defectes en les relacions afectives
- l'absència d'indicadors d'identitat pròpia
- la soledat depressiva.

I descriuen 4 menes de tipus de personalitat límit:

- 1- Límit psicòtic, amb comportaments inadequats i negatius.
- 2-Límit fonamental, manifestant ira, i sense una identitat pròpia consistent.
- 3- Afectivitat molt baixa, sense empatia i embotat afectivament
- 4- Límit amb la neurosis, amb defectes en l'autoestima

A hores d'ara i donada la importància de la clínica ens trobem que resulta un quadre que ha anat prenent forma per sí mateix, amb força. La prevalença, segons fonts del CatSalut, és entre l'1'1 % i el 4'6 %, situant-se a Catalunya en el 2 % o sigui unes 120.000 persones, de les quals en 2003 se varen atendre un total de 1076 pacients en els CSMA i CSMIJ. Ens trobem doncs amb un diagnòstic que ja dobla el nombre de casos de

l'esquizofrènia. Una altra dada actual és la ratio 3:1 de dones diagnosticades respecte els homes amb TLP.

És un trastorn que sol començar a l'inici de l'etapa adulta, si bé ens podem trobar trets caracterials en adolescents i preadolescents, edats en les que no podem parlar de trastorn de personalitat doncs aquesta noció ja pressuposa una personalitat feta. S'ha de tenir en compte que els símptomes s'atenuen amb l'edat, i sobre els 40-45 anys declinen els que se relacionen amb la impulsivitat. En aquest punt de la vida la meitat de casos s'han estabilitzat però l'altra meitat s'aïllarà patint un sever deteriorament relacional i funcional. Entre els casos diagnosticats des de l'adolescència un 70% haurà fet algun intent autolític, fins i tot, un 50% ho haurà fet en diverses ocasions, i malauradament entre un 8 i un 10 % haurà aconseguit l'objectiu fatal.

La característica essencial del TLP és un patró persistent d'inestabilitat en les relacions interpersonals, l'afecte i l'autoimatge. I un escàs control d'impulsos. El TLP causa un malestar significatiu i genera desadaptació social, ocupacional i del funcionament en general. L'autodestrucció, amb els actes suïcides s'associa amb el TLP.

CRITERIS DIAGNÒSTICS

Els criteris diagnòstics seran:

- Patró de relacions interpersonals inestables i intenses caracteritzades per l'alternança entre els extrems d'idealització i de devaluació.
- Impulsivitat, altament nociva pel pacient (despeses, sexe, abús de drogues, conducció temerària ,etc).
- Impulsivitat afectiva, a causa d'una notable reactivitat de l'estat anímic (episodis d'intensa disfòria, irritabilitat i ansietat).
- Ira inapropiada i intensa. Dificultats per controlar-la, (mal humor constant, baralles freqüents, mal geni).
- Comportaments, intents o amenaces de suïcidi.

- Alteració de la identitat, inestabilitat acusada i persistent de l'autoimatge o del sentit de sí mateix.
- Sentiments crònics de buidor o avorriment.
- Esforços frenètics per evitar abandonament real o imaginari.
- Ideació paranoide transitòria relacionada amb l'estrès o símptomes dissociatius greus.

MODELS EXPLICATIUS

1. Models psiquiàtrics, com la classificació DSM o CIE.
2. Models psicològics de trets de personalitat, com les explicacions que consideren el TLP en un extrem dins de dimensions concretes, mesurables mitjançant qüestionaris validats de personalitat, com poden ser la dimensió neuroticisme-estabilitat, impulsivitat- control, necessitat de dependència.
3. Models cognitius, en els que el TLP seria el resultat d'esquemes cognitius disfuncionals, pensaments irracionals, etc. Un exemple serà la pautaada i reglada teràpia de Linehan pels TLP. L'autora suggereix que aquests tipus de pacient pateixen una combinació de vulnerabilitat emocional i una incapacitat per regular l'afecte. I conclourà que un element clau en el desenvolupament serà "l'entorn invalidant" que descriu com *la tendència familiar a respondre de forma caòtica o inapropiada a les experiències privades, i en particular a ser insensible... Ensenyen el nen a invalidar les seves pròpies experiències.*
4. Models biopsicosocials, que són intents holístics de comprensió del trastorn. Aquí anomenaríem a Millon, amb els postulats evolucionistes, integrant les escoles dinàmiques i cognitives.
5. Models psicodinàmics, en els que ens detindrem de forma més acurada.

DIAGNOSTIC PSICODINÀMIC DE LA PATOLOGIA BODERLINE

NARCISISME

Primer alguns conceptes bàsics per poder entendre millor el tema que ens ocupa.

Començarem pel **narcisisme**:

aludint al mite de narcís, o amor per la imatge d'un mateix, Freud va canviar el significat del terme narcisisme, des de la primera noció (1910) en que se reduïa a l'elecció d'objecte homosexual, a l'importantíssim article de 1914 "Introducció al narcisisme", en que *el narcisisme és el complement libidinós de la pulsio d'autoconservació* i desenvolupa el terme de narcisisme secundari envers el primari, considerant que la pulsio d'autoconservació serà el motor del narcisisme primari.

L'any 1915 canvia de forma de pensar en "Els instints i les seves vicissituds" i torna a parlar de narcisisme primari el 1923 amb "El Jo i l'Allò".

Les diferents escoles psicoanalítiques marquen grans diferències entre els dos conceptes, resultat entre d'altres coses degut a què el mateix Freud se va manifestar de forma contradictòria en el tema que ens ocupa, com heu vist.

Avui en dia, considerem que el **narcisisme secundari** serà el que desenvoluparà el trastorn narcisista, i el concepte de **narcisisme primari** estarà lligat a les primeres etapes de la vida. Al començament tot és "narcisisme", doncs el bebè se veu immers en l'estadi inicial de la vida en el què no hi ha objecte, no hi ha capacitat de pensar, tot se redueix a una necessitat -pulsio- corporal. Al començament el bebè té gana, necessita aliment, que encara no és processat com tal, doncs només hi ha la sensació de gana, el malestar dins del cos. Aleshores, el bebè precisa d'algú que pugui interpretar aquesta sensació en aquells moments tant confosos, algú que Winnicot defineix com la **mare suficientment bona**, o Bion com la mare amb **capacitat de revêrie**. Aquesta interpretació que al bebè li fan des de fora d'ell, però que ell encara no sap que està fora d'ell, serà fonamental pel desenvolupament normal. Aquests estats inicials en els que la confusió món intern-món extern seran els pròpiament narcisistes.

Se va arribar a l'estudi d'ells amb l'estudi del món psicòtic.

Del narcisime a la relació d'objecte

Resumint: podem considerar un continuum entre el narcisisme (primari) i l'estat de les relacions objectals, en què en el primer cas només existeix un mateix, o tot és un self, que a mida que se va desenvolupant va configurant diferents objectes (objectes=altres persones, o coses) amb qui se relacionarà d'una manera determinada.

Dit d'una altra manera, tots hem tingut narcisisme primari. Tots hem viscut l'experiència de no saber més que de nosaltres, però quan apareixen les dificultats precisament de saber de l'Altre, quan apareix la confusió self/objecte per indiferenciació (no saber què és part del self i què és part de l'objecte), o quan la identificació projectiva és massiva (les parts d'un mateix que se depositen a l'altre són de forma massiva) aleshores estem en quadres psicopatològics de patologia borderline. D'una altra banda, en totes les construccions psicodinàmiques inspirades en l'experiència clínica l'evolució sempre va des de la indiferenciació a la diferenciació o discriminació self / objecte. De les relacions narcisistes a les relacions madures.

Tornant a l'article de Freud del 1.914, Víctor Hernández ens explica que Freud dibuixava 2 línies de desenvolupament segons la diferenciació de líbido objectal o líbido narcisista. La retirada de la libido de l'objecte reforça el narcisisme primari i la línia psicòtica. L'investiment dels objectes en la fantasia, en canvi, reforça la línia neuròtica. En la personalitat psicòtica apareix una resta de narcisisme primari i una resta de relació objectal, o sigui que una part no té possibilitats de relacionar-se al ser màximament narcisista, i una altra sí busca la relació d'objecte (la part més sana). Aleshores Víctor Hernández explica la descripció del funcionament borderline i de la transferència borderline com una situació tranferencial en la què se barregen aspectes neuròtics i psicòtics. I com la patologia narcisista i la borderline se troben força lligades.

TRANSFERÈNCIA

La **transferència**, idea bàsica en tota la concepció psicoanalítica, fa referència a què:

tota forma de patiment relacional és una reproducció, una continuació o una desviació d'alguna forma de relació que ja ha existit abans, al llarg del desenvolupament de la personalitat.

És a dir, qualsevol forma de relació que hem viscut pot ser reproduïda en les relacions actuals, i en el nostre cas, en la relació terapèutica.

Si ens cenyíssim al significat literal de la paraula TRANSFERÈNCIA ens trobem, seguint el Pompeu Fabra, que està composta pel prefix TRANS- que s'usa per formar adjectius de lloc i mots que denoten posició o direcció. Així, per exemple TRANS-CRIURE serà escriure una còpia a un altre lloc, o TRANS-PLANTAR serà col·locar una planta a una altra torreta posem per cas. És aquesta qüestió de TRANS-FORMACIÓ, la que ens ocupa quan alguna persona ens demana ajuda. Aquesta demanda de canviar algun aspecte del seu psiquisme per poder continuar endavant. TRANS-FERIR, serà l'acció de TRANS-PORTAR d'un lloc a un altre.

Evidentment en el nostre cas, l'objecte de TRANS-MISSIÓ, serà psicològic.

Tornant a la bibliografia psicoanalítica, Klein i la seva teoria de les relacions objectals, qui farà més entenedora la transferència i la definirà com

*resultat de la projecció en el terapeuta d'un o més objectes interns per part del pacient, la qual cosa se definirà com **identificació projectiva**.*

El pacient, d'aquesta manera, desplaça emocions que pertanyen a representacions inconscients d'un objecte (provinents del món intern) al que està vivint en aquell moment (al món extern).

Klein, pionera en la idea que la transferència neix en el mateix tipus de processos que en les primeres etapes donen lloc al desenvolupament de les relacions objectals, sostindrà que l'amor, l'odi, les fantasies, les ansietats i les defenses, comencen de forma paral·lela a la vida humana. Tot el que embolcalla al nadó serà de vital importància en el desenvolupament psíquic d'aquest. I tot el que relaciona aquest embolcall i el nadó serà

el que desencadenarà la relació d'objecte. El tema tranferencial, entès en aquest punt no només en la relació terapèutica sinó en general.

Seguint Freud les persones neuròtiques serien les que conserven el judici de realitat, o capacitat de distingir entre món intern (fantasies, sentiments, desitjos, etc.) i món extern, a diferència de les persones psicòtiques que haurien perdut almenys parcialment aquesta funció tendint a confondre món intern del món extern esborrant els límits entre el que és subjectiu i el que és objectiu, entre el self i els objectes. Aquest bàsic Principi de la Realitat, serà el que distingeix de forma clara l'estructura psicòtica de la neuròtica, si bé a l'hora de la realitat les coses no resulten tant senzilles, doncs veiem com l'estructura neuròtica també distorsiona quan intervé la qüestió afectiva. De totes formes aquesta segona manera de distorsionar no serà tant grollera com la psicòtica, en la que la confusió perceptiva resulta demolidora. De pas, comentar en l'esquema simple, com el Principi del Plaer serà el que quedarà danyat en la patologia neuròtica.

Boderline: neuròtic en la vida normal, psicòtic en la transferència

Tornant a la patologia boderline, és una patologia a mig camí entre la neurosi i la psicosi, ens trobem la qüestió de com el pacient boderline resultarà un pacient neuròtic en quan a la seva vida quotidiana, en la vida del carrer doncs mantindrà el criteri de realitat força adequadament, però quasi bé d'entrada en la situació o setting psicoanalític és un pacient que sorprèn perquè recorda molt la transferència psicòtica.

La psicosi de transferència designarà la pèrdua de prova de realitat i l'aparició de material delirant dins de la transferència, que no afecta el funcionament del pacient fóra del context de tractament

Kernberg afegeix que en el pacient d'organització fronterera, com ell denomina el pacient boderline, és típic que davant d'una situació d'estrès o per efecte d'alcohol o drogues, se desenvolupin fenòmens psicòtics que resultaran transitoris.

Aquesta mena de transferència borderline, se centra en l'ansietat depressiva de separació i en una continua oscil·lació entre les defenses maníacques i esquizoparanoides

CONTRATRANSFERÈNCIA

Freud considera la resposta emocional del terapeuta als estímuls que provenen del pacient, com un obstacle si no s'exigeix al primer que els tingui plenament conscients, i no se deixi portar pel que el pacient li provoca emocionalment. Seran anys més tard Heinrich Racker a l'Argentina, i Paula Heimann en Londres els que de forma simultània els que faran de la contratransferència un paper important en el treball psicoanalític.

Altres conceptes importants són l'**empatia**, la qual Kohut la tractarà com essencial al 1959 (*el fet psicològic només se troba per introspecció o per empatia, que és una forma d'introspecció*) o Nora Barugel al 1984 distingeix entre empatia (se sent o se pateix dins del objecte em-phatos a partir de la identificació projectiva, a diferència de la simpatia en que se sent o se pateix amb l'objecte, sin – phatos).

La contratransferència resulta en definitiva, com una eina molt important en el treball del pacients límits per la quantitat de contratransferència negativa que genera aquests tipus de pacients. Veurem en l'exemple final el que estic dient.

ANALISIS DESCRIPTIU. SIMPTOMES (Otto Kernberg)

Quan se presenta el pacient fronterer el primer que te sols trobar és la simptomatologia neuròtica. Kernberg descriu com aquesta s'uneix a patologia caracterològica i descriu una sèrie de símptomes que ens podem fer pensar en la personalitat fronterera.

- Ansietat flotant, crònica i difusa.
- Neurosis polisimptomàtica: dels quals Kernberg demana que almenys se'n presentin 2 dels següents:

- Fòbies múltiples especialment les paranoïdes i les que provoquen inhibició social important.
- Trets obsessius – compulsius, especialment si s'han fet egosintònics. Per exemple, el ritual de rentar-se compulsivament les mans en un pacient, finalment racionalitza de la pulcritud, dels perills de la brutor, etc.
- Síntomes conversius grotescos, que moltes vegades s'arramben a al·lucinacions corporals.
- Hipocondria, en el nostre cas en quan sovint s'observa que els pacients fronterers presenten una exagerada preocupació per la salut, i un temor crònic a la malaltia.
- Tendències paranoïdes definides.
- Tendències sexuals perverso-polimorfes, com pot ser elevada promiscuïtat, exhibicionisme, etc. Com més caòtic, inestable o múltiple siguin les fantasies o conductes sexuals, més probabilitat de personalitat fronterera.
- Les clàssiques estructures de personalitat prepsicòtica: paranoïde, esquizoïde i hipomaníaca i organització ciclotímica.
- Tendències impulsives i addiccions. Personalitats en les que l'impuls està destinat a gratificar les necessitats instintives de forma crònica i repetitiva.
- Altres desordres caracterològics, com labilitat emocional, o la “ràbia narcisista” (concepte de Kohut), com l'afecte prominent en el pacient fronterer. La ràbia narcisista explicaria el alt poder autodestructiu del consum de tòxics.

ANALISIS ESTRUCTURAL (Otto Kernberg)

L'anàlisi estructural seguint Freud seria l'anàlisi dels processos mentals, és a dir des de la perspectiva de les 3 famoses estructures Jo, Superjo i Allò. En el nostre cas ens referíem a l'estudi de les estructures cognitives (relació entre el pensament i el procés primari, i el pensament i procés secundari) i les estructures defensives.

- Manifestacions inespecífiques de **labilitat joica**. Podríem incloure:
- la falta de tolerància a l'ansietat,
- la falta de control d'impulsos, o

- les dificultats per poder sublimar que se troben força lligades a les particulars capacitats cognitives del pacient.
- Predomini de **procés primari**, que seguint treballs de Rapaport en els què va estudiar mitjançant tests projectius aquestes personalitats, va concloure com no se detectaven alteracions formals en el procés de pensament. En canvi en els tests projectius i en resposta a estímuls no estructurats els pacients fronterers solen donar evidències de pensament de procés primari: és a dir de fantasies primitives. Funcionar en procés primari equival, seguint la terminologia freudiana, a funcionar amb principi de plaer, més que amb principi de realitat.
- **Operacions defensives arcaiques**, que Kernberg explica de forma clara: el bebè organitza el món segons si l'objecte és bo o és dolent, aleshores les primeres relacions objectals seran doncs bones o dolentes. Però a l'hora d'integrar tot plegat, la falta de capacitat d'integració farà que se desenvolupin uns mecanismes de defensa que volten sobretot al costat de l'escissió.
- **Escissió** que Kernberg fa servir en un sentit restringit, definint-la com un procés actiu de mantenir la separació entre introjeccions i identificacions projectives de qualitats oposades (bones – dolentes). És a dir, les fronteres el que fa és mantenir molt separats i de forma radical l'objecte totalment bo del objecte totalment dolent, la qual cosa fa que un objecte pugui passar de ser extremadament bo a extremadament dolent segons les sobtades necessitats del pacient.
- **Idealització primitiva**, (primitiva és un terme que utilitza Kernberg en aquests casos). La idealització primitiva crea imatges objectals molt bones, poderoses, però allunyades de la realitat i que en definitiva el que faran és obstaculitzar el desenvolupament de l'ideal del jo i del Superjo. Li és tant difícil la comprensió del bo i el dolent, que crea objectes bons fora d'ell, tan a fora que no els pot integrar dins.

- **Identificació projectiva** se caracteritza per la falta de diferenciació del sí-mateix i l'objecte, per la continuada vivència de l'impuls agressiu i el temor que aquest impuls se li retorni cara ell. La qual cosa li porta a la necessitat de controlar-lo.
- **Negació**, que típicament usa com “negació mútua” de dos àrees emocionalment independents de la consciència (la qual cosa reforça l'escissió). El pacient és plenament conscient que en un moment determinat els pensaments, les percepcions i els sentiments d'ell mateix o d'un objecte eren d'una manera determinada i ara son totalment oposats. Però aquest record no té l'impacte emocional per la qual cosa queda com un pensament, una percepció o un sentiment diferent al que ara té. No hi ha unitat coherent. No pot lligar els dos moments com quelcom que se refereix a la mateixa cosa.
- **Omnipotència i desvalorització**, resultat d'una enorme necessitat d'aferrament per una banda i d'estar ple d'objectes fortament idealitzats per l'altra.
- Es una **patologia de relacions objectals internalitzades**, es a dir, l'impossibilitat d'integrar imatges de l'objecte totalment bones i totalment dolentes fa que la integració del Superjo sigui realment complicada.

PINCEL·LADES CLÍNQUES

TRASTORN LÍMIT DE LA PERSONALITAT - VERTENT PSICOPÀTICA

(què us provoca aquest pacient?)

(Nota: aquest cas està explicat en castellà al ser la llengua materna del pacient)

1ª visita. Acude a petición del propio paciente porque presenta problemas de pareja que quiere resolver. Quiere que se visite a la mujer, pero T no le abre historia.

AP: - parece que no existe consumo de alcohol.

- no patología orgánica a destacar.
- No tratamiento farmacológico, pero estuvo en tto por psiquiatra privado en Barcelona, que dijo que no tenía nada.

AF: nada.

Psicobiografía: Ha vivido en Barcelona, lleva casado 11 años; no tenían hijos y adoptaron una niña que era la hija de unos amigos – conocidos . No resulta una adopción legal y les quitan la custodia, por lo que siguen pendientes del proceso legal viviendo con la niña que en ese momento tiene 5 años.

Tenían un negocio que prácticamente llevaba la esposa; les entran a robar y lo cierran. Hace meses que no trabajan.

Trastorno actual: A dice estar bien, y que en nuestro centro se lo confirmaremos. Que tiene la razón y no su mujer. Quiere arreglar las cosas entre ellos y no separarse. Refiere que su mujer siempre está en casa limpiando y no quiere salir por lo que él se va por las noches con un amigo. También se queja que su mujer no quiere tener relaciones sexuales. Su mujer le describe como una persona muy juvenil, poco maduro e irresponsable. Infantil, celoso (la grabó en una ocasión al pensar que ella se entendía con un amigo). Últimamente hay más insultos, agresividad verbal, amenazas de muerte. No hace nada en todo el día, excepto ver la tv y vídeos porno. Muy madrero, vive con ellos la madre de él.

Deja de acudir al psicólogo en 2 visitas.

Vuelve al año. Casi sin entrar empieza a soltar un sin fin de problemas. Vuelve a pedir consulta al presentar problemas con un pagaré. Refiere miedo a perder el control y ansiedad. Echa toda la culpa a la esposa de lo que le ocurre.

T. se plantea diagnóstico de TP. Querulante, desconfiado de todos, pero con buen contacto con la realidad. Trastorno caracterial grupo B (que agrupa el antisocial, límite, narcisista, histriónico y que agrupa pacientes dramáticos, emotivos e inestables)

Pendiente juicio de la empresa donde trabajaba.

Realiza diferentes absentismos, y el tto porque no lo necesita. Ya se encuentra bien.

3er intento de venir a consulta, a los 2-3 años del último: Hace 1'5 años que se encuentra mal (no presenta síntomas depresivos, ni ansiosos. Apetito normal, duerme bien. No observo ningún componente alucinatorio ni delirante); se sacó todos los carnets de

conducir, ha trabajado en diferentes lugares hasta un seguido de 7-8 meses. Siempre hay un “no me querían asegurar”, o “me tocaban todas las máquinas más viejas; un día se fue la luz y me piden que me quede y haga más horas. Y pienso sera solo un día, hice 5 de más seguidas, se rompió una pieza de la máquina y al acabar me dicen que me despiden”. Está pendiente de una nueva fábrica.

Vivencias de darlo todo y no ser correspondido.

Verborreico en ocasiones, sin prolijidad, querellante con su situación social y familiar. No acepta tratamiento farmacológico. Si bien las ideas obsesivas de perjuicio no constituyen un delirio de tipo paranoide, los rasgos de personalidad lo envuelven en una caracteriopatía inestable.

Test de Millon

Escalas validez: dentro de la normalidad.

Escalas de personalidad: escala 7 compulsiva = 89. Estilo pasivo, reservado. Conducta prudente derivada del conflicto entre la hostilidad que siente respecto a los demás y el miedo a la desaprobación social. Disciplina autorestrictiva. Oposicionismo, querulante en un segundo plano.

Escala 1 esquizoide = 79. Rasgos de indiferencia afectiva de apatía.

Escalas de síntomas: Ansiedad = 81. Histeriforme = 77 somatoforme.

Escalas de 2º grado = normales.

TRASTORN LÍMIT DE LA PERSONALITAT - VERTENT DEPRESSIVA

Dona X que se troba a la meitat de la vida adulta. Ingressa en diferents ocasions per intents d'autòlisis, per venòclisis, per sobreingesta farmacològica. Quan això passa habitualment te n'adones de la gran vulnerabilitat en la situació de crisi, ja pot ser de caire econòmic, o de caire familiar (separació). És habitual que hagi perdut la feina, i la unitat familiar s'ha acabat trencant.

Moltes vegades hi ha consum de substàncies, producte de les recaigudes constants de l'estat d'ànim, de la gran fragilitat joica. El consum de porros de forma diària, o de cànnabis, o alcohol, o tot mesclat, sol ser malauradament massa habitual, i afegeix el component autodestructor que més difícil fa el tractament psicoterapèutic.

La nostra pacient X refereix apatia i sensació de buidor vital, que a hores d'ara se troba atemporitzat, presenta poc compromís i poca iniciativa de comunicació si bé en ocasions sí precisa més parlar i la tasca de contenció que em demana resulta quelcom més gratificant a l'haver demanda per part d'ella. En tot cas, el compromís al canvi resulta força dèbil. La soledat l'acompanya de forma cada vegada més abrupta i tant atterradora que no serà capaç de resistir-la, sense adonar-se que moltes vegades resulta de les seves dificultats en mantenir la vinculació amb l'altre.

No presenta alteracions en el contingut ni en la forma del pensament. No hi ha aspectes delirants, ni desconexió del món real que l'envolta. No hi ha deteriorament cognitiu, i sap perfectament què li passa i què se pot trobar si continua així.

L'entorn familiar està carregat de problemes: provinent de família desestructurada en el comportamental, ens podem trobar una mare que s'alia més aviat amb el marit que amb ella, una mare que ja tenia prou maldecaps en resoldre els conflictes amb el seu propi marit que per la tasca de fer de mare de X. Un pare que pot resultar força temperamental en una estructura de personalitat immadura.

RETOC FINAL

Per acabar i donat que fa poc vàrem celebrar a Móra la Fira del Llibre Ebrenç, us volia llegir un part d'un poema d'una escriptora de les nostres terres, la Imma Pena, que va arribar a les meves mans, i que he pensat que podria ser un bon final per una, personalitat límit.

*Voldria parlar avui sense estridències,
amb un to mesurat i sense presa,
regalimant els sons de mot en mot,*

*copsant, a poc a poc tota saviesa,
i, pas a pas, com qui no vol fer via,
pas a pas, arribant
al to dolç, que recorre la penombra
i odora minuciós cada bri d'herba
com qui no vol fer via.*

“D'un temps a mitja veu”

Bibliografia:

Etchegoyen, H. (2.005) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica* (2a ed). Buenos Aires: Ed Amorrortu.

Freud, S. (2.012). *Introducción al narcisismo y otros ensayos*. Madrid: Alianza Editorial.

Hernández, V. (1991). Patología Narcisista y Borderline. *Monografies (Fundació Vidal i Barraquer) nº 2*.

Kenberg, O. (2.001) *Desórdenens fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Millon, T. (1.999). *Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Ed Masson.

Penna, I. *D'un temps a mitja veu*. Móra d'Ebre: Ed. Societat Ateneu Musical de Móra d'Ebre.

EVOCACIÓ SENSORIAL I ADDICCIONS

Rosa Bartomeus i Sans

Resum:

L'evocació prové de la memòria per la necessitat de reactualitzar en el present elements emocionals i pràctics. Rememorar és una herència que es va acumulant i se'n depèn per viure. Aquesta herència és un condicionament de milers d'anys. Es planteja si hom es pot deslliurar d'aquest condicionament i relacionar-se d'una manera nova, diferent.

Paraules clau: *Evocació, memòria, condicionament, addicció, acumulació.*

Resumen:

La evocación tiene su origen en la memoria por la necesidad de reactualizar en el presente elementos emocionales y prácticos. Rememorar es una herencia que se va acumulando y de la que se depende para vivir. Esta herencia es un condicionamiento de miles de años. Se plantea si el ser humano se puede librar de este condicionamiento y así relacionarse de una manera nueva, diferente.

Palabras clave: *Evocación, memoria, condicionamiento, adicción, acumulación.*

Abstract:

Evocation comes from memory because of the need to update just in time practical and emotional elements. Remembrance is an accumulated heritage we depend on to live. This heritage is a thousand years conditioning. It's considered if one can get free from this conditioning and so relate in a new and different way.

Keywords: *Evocation, memory, conditioning, addiction, accumulation*

**Conferència presentada en la Jornada La Psicopatologia Avui. Ascó, juny de 2012*

L'EVOCACIÓ és una conducta de memòria en sentit estricte. El subjecte s'en recorda clarament o no d'un esdeveniment passat o d'un objecte sigui aquest intern o extern,

percebut previament i amb modalitats sensorials diferents. En l'actualitat, el subjecte té incorporat aquest record i vol reactualitza-l'ho mitjançant l'evocació. Això, ho fa gràcies a la SENSORIALITAT, o sigui, a la sensibilitat d'experimentar impressions físiques de l'exterior (percepcions) que el duen a sentiments, que són l'acció i efecte del sentir. Amb l'evocació, el moviment de l'ànima va des de la passió al pesar o l'afflicció.

Són sinònims d'evocació: Rememorar, commemorar, recordar, invocar, cridar.

Quan nosaltres evoquem, és que alguna cosa es vol actualitzar. Aquest evocar és un moviment de la memòria, intervé un record actiu segons sigui aquesta memòria: inconscient-preconscient-conscient.

Evocar ho fem tots, si no hauríem d'aprendre cada dia les mateixes coses. Va des d'un guió com fer-nos un cafè pel matí, fins a evocar certes emocions i sensacions que creen un estat emocional.

Aquesta necessitat d'evocació genera una recerca de sensacions mitjançant estímuls interns i externs, on podem trobar-nos amb un ventall de possibilitats que depenen dels gustos, necessitats i tendències (més psicològiques a més físiques) de cadascú, i de la moda social del moment, ens aproximem a uns estímuls o a uns altres.

Aquest anar de sensació en sensació mitjançant l'evocació, perquè ho fem?.

Tothom repeteix o rememora una experiència que l'ha dut a sentir-se bé, o que no ha estat gratificant. Però, si es fa fins el punt que comporta una compulsió a la repetició, amb la consegüent alienació i confusió, i en el cas de l'addicte a la destrucció psíquica, social i en molts casos a la pròpia mort, cal que hi pensem!!!!

Quan una sensació s'ha acabat s'en busca una altra, i una altra, fins que cada sensació enforteix l'hàbit de buscar més sensacions.

Ens podríem preguntar si la memòria és un avantatge i/o un inconvenient i si es pot fer res fora d'ella.

Quan cerquem estímuls que provoquin més sensacions, no serà perquè, el desig, les expectatives, i les fantasies són altres?. I que quan no es compleixen, es va a la recerca de més?. Així, és com un es manté a un nivell superficial d'existència.

Quan el desig, les expectatives i les fantasies, són poc realistes, res del que fem ens satisfà. Aleshores, el present no té importància, ens sembla poca cosa, és esmorteït. Si es fa una cosa no se'n pot fer una altra, acceptar aquesta realitat costa quan es viu en el passat i en el futur. Això, du que un s'acabi confonen amb una ment àvida de sensacions mantinguda per la trilogia desig-fantasia-expectatives, que anomenaré "tril.lusió", pel com estan de connectades amb la il.lusió, quan aquesta està molt lluny de la realitat.

Aleshores, quan el present no existeix, quan queda desvaloritzat, du a l'individu a un empobriment de si mateix, i la insatisfacció, a repetir compulsivament la recerca de sensacions.

Rememoritzar, recordar, va implícit en l'existència de l'ésser humà, però, el que intento plantejar és com ho fem i en quina mesura. I si això, no és un entorpiment amb el que es viu en un moment donat, o sigui, en el present.

Què és reactualitza?

L'addicte, què reactualitza?

Al meu entendre, el contingut que expressa un pacient és el mitjà i l'oportunitat per poder veure què va crear aquest tipus de contingut, com ho va metabolitzar i com s'ha configurat internament, tenint en compte la predisposició caracterial en néixer. Aleshores, ens trobem ineludiblement com van ser els primers mesos i anys de vida, quan el nadó – els primers mesos sobretot- està relacionant-se amb el món (intern-extern) a un nivell pre-sensorial i sensorial. Ens trobem com d'important és la qualitat

de relació que es va establir especialment amb la mare i el pare; el tipus de vincle; la cura; el tracte i la contenció que va rebre tan a nivell físic, emocional i mental.

Aquestes primeres relacions determinen a l'individu per a la resta de la seva vida, i el que es reactualitza en una psicoteràpia són aquestes primeres relacions, però, en el present i mitjançant el/la terapeuta.

La repetició en el procés terapèutic és necessària, i cabdal, ja que es repeteix des de molts angles una mateixa situació viscuda en el passat, i això, és curatiu. D'aquesta manera, el pacient al rebre una nova contenció, reverir i mirada per part del terapeuta, l'ajuda a flexibilitzar el seu funcionament que repeteix rígidament, automàtica i/o compulsiva.

En aquest punt veig la conveniència de saber l'origen etimològic d'addició, perquè puguem repensar una mica aquest terme.

Començaré per intentar definir la paraula addició en el sentit de dependència i diferenciar-la d'addició - sense una "c" - que vol dir sumar i adició – sense una "d" i "c" - que és un terme jurídic d'acceptació d'una herència.

Els tres conceptes comencen per l'arrel: "AD", que acompanyar a les paraules addo, addere, que provenen del llatí i volen dir afegir.

Etimològicament: "expressa de per si la idea d'afegiment o de direcció cap a la cosa a la qual hom n'adheria una altra". (J. Coromines)

Així, si agafem les tres paraules tenim que :

ADICIÓ = HERÈNCIA

ADDICIÓ = SUMAR

ADDICCIÓ = DEPENDÈNCIA

Cadascuna té components bio-psico-socials i ens diuen quelcom d'acumular i d'afegir.

Aleshores, podríem reformular les addiccions com una HERÈNCIA, que es va acumulant i a la que, cada cop, s'hi van SUMANT més elements. És torna tant complexa que es fa difícil de discernir i diferenciar-se, perquè en gran part és inconscient. Aleshores, apareix l'automatisme en l'hàbit, i la DEPENDÈNCIA quan s'és capturat, agafat com passa en les addiccions.

Podem sortir-nos d'aquesta acumulació i condicionament de milers d'anys d'existència humana?.

Som uns éssers condicionats, i si agafem aquest punt de partida, ens pot ajudar a entendre com la repetició inconscient del que hem heretat, ja sigui genètic, social o psicològic, dificulta poder canviar alguna cosa.

L'ésser humà va canviant a mida que existeix en un pla material (cos), per la interrelació en el medi (social-ambiental) i la construcció de pensament mitjançant el llenguatge que expressa les sensacions, emocions i sentiments.

Les paraules, els conceptes, són una representació, una aproximació a una emoció, a un sentiment o a una idea. Són un conveni, un llenguatge d'una cultura determinada. En aquest sentit, les paraules, els conceptes s'amplien, canvien, van de la mà de l'evolució social, i els seus significats també canvien.

Així, abans, el terme addicció va ser utilitzat per denominar una inclinació forta cap a un determinat tipus de conducta ja fos bona o dolenta. És relativament recent que el terme addicció es refereix a patrons d'abús de les drogues, i en l'actualitat el terme addicció sovint s'utilitza per mencionar una utilització no desitjable – i habitualment il·legal- de les drogues. Per exemple, en èpoques passades els alcohòlics i els usuaris de drogues eren considerats com subjectes moralment depravats, i és a finals del S-XIX que se'ls consideren malalts (Eysenck Hans J).

De la mateixa manera el substantiu addicte ha perdut el seu significat denotatiu de persones dominades per certs hàbits saludables, i s'ha convertit en una etiqueta estigmatitzadora, que implica un subjecte amb una malaltia.

Hi ha addiccions o hi ha addictees?.

Podríem dir que l'addicció no existeix com a tal, si no que depèn de la relació que l'individu ha establert amb allò que vol obtenir per consumir. Curiosament consumir ve del llatí *consumere*, que vol dir: destruir i cremar.

Destruir i cremar, Déu n'hi doiiii

Qualsevol cosa – depenent del tractament que se li doni- té implícitament un potencial de crear una HABITUACIÓ, element que comparteixen l'hàbit i l'addicció.

Tot el que s'adquireix o s'aprèn és perquè hi ha hagut la repetició i l'efecte és que un s'hi acaba acostumant.

Aleshores, es pot dir que el que és destructiu en l'addicció i l'hàbit (quasi addictiu), és la dificultat a deshabituar-se.

Si poso l'addicció i l'hàbit, o sigui, l'habituació en una línia, i l'addicte, l'habituat, o sigui, l'habitat en un altre, sabent que hi han diferències entre aquests conceptes, però, que estant íntimament relacionats, ens trobem que :

L'addicció i l'hàbit, o sigui, l'habituació, són manifestacions externes.

L'addicte, l'habituat, o sigui, l'habitat, són manifestacions internes a les que anomeno psicopropiocepcions (*)

La primera línia, és el que es pot veure, el que s'exterioritza. La segona és com **se** sent i es viu internament l'individu i com està d'habitat per l'habituació.

Voldria entrar en el segon grup, el psicopropioceptiu, el que és intern plantejant algunes qüestions :

() Psicopropiocepció, és el sentit i capacitat d'un individu a captar-se internament.*

Què o qui manté una determinada estructura de funcionament?

Quin és el moviment que ho provoca?

Per què costa tant deshabituar-se?

Per poder deshabituar-se en un hàbit o en una addicció, intervé la voluntat. Sembla que com menys control voluntari més dificultat per fer un canvi. Així, si una persona s'ha acostumat a una substància, tindrà més dificultats, perquè, una dependència física crea seriosos conflictes amb la voluntat, fins a fer-la inexistent, en la majoria dels casos.

Aleshores, es pot establir que la diferència en la deshabitució entre addicció i hàbit, depèn de la quantitat de voluntat. És a dir, com més addicció menys voluntat i deshabituar-se és més difícil. Com més hàbit la voluntat és més alta, i per tant deshabituar-se és més fàcil.

Actualment es parla de molts tipus d'addiccions - a banda de les drogues i les substàncies legals i il.legals- les anomenades "addiccions sense substàncies" que són: al cos, a les pantalles, compres, el joc, al sexe, les guerres, el menjar...i podríem no acabar.

Per què el terme d'addicció pot estar relacionat amb tantes coses?.

Per què sempre se'n vol més?

L'ésser humà, té una tendència a L'ACUMULACIÓ, per resoldre d'una manera flexible i plàstica situacions internes i externes que es troba en la seva existència. Per tant, com més elements tingui, millor podrà adaptar-se a la realitat sempre canviant.

L'acumulació de coneixements porta a canvis en l'estat de consciència, així com, les substàncies o drogues, siguin opiàcids o fàrmacs provinents des de fora. Però, també, hi

han experiències implícites de la vida, com són: des d'anar a l'escola, el treball, les relacions socials, les pèrdues, les morts, la malaltia...etc; que amb tot el ventall d'emocions que susciten fan que segreguem hormones i neurotransmissors, que ens ajuden a adaptar-nos i també comporten un canvi en la consciència.

Veure que la necessitat, la tendència a acumular i a consumir prové de quelcom intern, és relativament fàcil. Però, veure i acceptar com és un, requereix una major implicació i responsabilitat.

Podria l'hom relacionar-se amb sí mateix i amb el món d'una manera nova, diferent?

No n'hi ha prou a viure el present?

Si observem com anem d'una sensació a una altra, pot dur-nos a un estar més presents, adquirir més profunditat i mostrar-nos alguna cosa més de nosaltres.

El fer és tan automàtic, que no hi som, no existim. Cal l'espai per poder veure què manté aquest fer automàtic.

La diferència entre una addicció, hàbit (quasi addictiu) i hàbits saludables, és que els dos primers, hi ha submissió (sotmetiment), pèrdua d'autonomia i una relació sadomasoquista. En canvi, amb els hàbits saludables, hi ha entrega, que és molt diferent a la submissió (sotmetiment).

Què podem canviar?

Es poden canviar poques coses, però, adonar-nos d'aquesta realitat, comporta ja un canvi. Perquè, encara que en un primer moment domini i sorgeixi allò al que s'està habituat, ens permet pensar en fer-ho d'una altra manera, si s'escau.

Veiem que si un es pot distanciar, es pren el seu temps per fer-ho, l'ansietat baixa no només perquè ha pogut tolerar-la més, si no perquè, ha pogut escoltar-se, diferenciar-se, i decidir. Amb tot aquest procés hi ha creació i autoconeixement.

Bibliografia:

Coromines, J. (1991). *Diccionari etimològic i complementari de la llengua catalana*. Volum 1. Barcelona: Curial edicions catalanes.

Dorsch, F. (1981). *Diccionario de psicología*. Ed. Herder.

Eysenck, Hans J. (1994). *Tabaco, personalidad i estrés*. Ed. Herder.

Pey, S. (1970). *Diccionari de sinònims i antònims*. Ed. Teide.

Roland, D. i Parot F. *Diccionario Akal de psicología*. Madrid: Ediciones Akal

NARCISISME I VINCLE IDEALITZAT EN LES TECNOLOGIES ACTUALS

Teresa Barceló Montalà

Resum:

El present article tracta d'aportar unes reflexions sobre els canvis que van esdevenint en els vincles que es realitzen a través de les noves tecnologies (TIC's), mitjançant vinyetes de la pràctica clínica i un recull de pensaments basats en autors psicoanalítics.

Es procura explicar perquè aquesta nova forma de vinculació resulta diferent. La seva immediatesa, comoditat, presència virtual i mecanització, entre altres aspectes, fan variar constantment i amb rapidesa l'adaptació de l'ésser humà a l'actualitat i el seu entorn canviant.

Lluny de ser una crítica cap a les noves i profitoses eines amb què comptem avui dia, es pretén aportar com esdevé una nova forma de relacionar-nos les persones. De vegades, a través de la idealització de l'altre i també d'un mateix en la seva presentació, es pot fomentar la indiferenciació fusional, generant defenses narcisistes patològiques i addiccions.

Paraules claus: *narcisisme, vincle, idealització, defenses, TICs (tecnologies de la informació i comunicació), addicció, dependència emocional.*

Resumen:

El presente artículo trata de aportar unas reflexiones sobre los cambios que van sucediendo en los vínculos que se realizan a través de las nuevas tecnologías, mediante viñetas de la práctica clínica y una recopilación de pensamientos basados en autores psicoanalíticos,

Se intenta explicar porqué esta nueva forma de vinculación resulta distinta. Su inmediatez, comodidad, presencia virtual y mecanización, entre otros aspectos, hacen variar constante y rápidamente la adaptación del ser humano a la actualidad y su entorno cambiante.

Lejos de ser una crítica a los nuevos y provechosos instrumentos con los que hoy en día nos manejamos, se pretende aportar cómo éstos se convierten en una nueva forma de relacionarse de las personas. A veces, mediante la idealización del otro e incluso de

uno mismo en su presentación, se puede fomentar la indiferenciación fusional, generando defensas narcisistas patológicas y adicciones.

Palabras claves: *narcisismo, vínculo, idealización, defensas, TICs (tecnologías de la información y comunicación), adicción, dependencia emocional.*

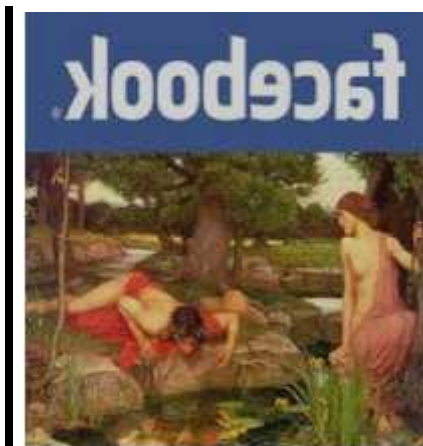
Abstract:

This article tries to provide some reflections, illustrated with clinical vignettes and some references from the main authors of psychoanalytical theories, about the evolution of the bonds that are created within the new technologies.

These new kinds of bonds become different. Immediacy, convenience and virtual presence mechanization, among other traits, develop a fast and constantly human adaptation to the actuality, and even to the own environment.

This is not a critical opinion of the ICT's, which we use daily. The article attempts to explain how these links and nets become a new interaction between people. Sometimes, by the idealized picture on the presentation of oneself and the other, the fusional indifferenciation can be fomented, generating pathological narcissistic defenses and addictions.

Keywords: *narcissism, link, idealization, defense, ICT (information and communication technologies), addiction, emotional dependence.*



En relació al títol i com a introducció de l'article, s'apleguen tres conceptes:

Narcisisme. En al·lució al mite de Narcís, amor a la imatge de sí mateix, atrapat, enganxat al seu propi reflex.

Víncle idealitzat. La recerca en l'altre del retorn d'una imatge, Ideal del Jo.

Noves tecnologies. Grans avenços caracteritzats pel predomini d'imatges i de rapidesa.

Es farà referència a vinyetes clíniques, de fragments de sessions amb una pacient on sovint la relació amb el món extern es dona a través d'aquestes, especialment del mòbil. Arriba a la consulta l'@nn@, una "noia" de 35 anys, amb fortes crisis d'ansietat i un estat depressiu arrel del trencament d'una amistat, pseudo parella virtual, amb qui ella deia "sortíem a volar els caps de setmana, amb ala delta, i estàvem 24h junts al what's".

El temps que ens ha tocat viure es caracteritza per canvis molt ràpids de la realitat que ens envolta, propiciat pels avenços tecnològics, generant en el nostre quefer quotidià "un abans i un després". Sense anar més lluny per exemple a tots se'ns fa estrany actualment sortir de casa sense mòbil, i hi ha qui necessita tornar perquè sense es sent desprotegit, incomunicat, quan fa no pas tants anys prou que anàvem sense i si calia usàvem cabines, ara ja objectes gairebé inexistents i obsolets...

És ben cert i no hi ha dubte que les noves tecnologies ens fan grans aportacions que ens faciliten molt la vida. L'adaptació als canvis ràpids ens beneficia, però alhora és costosa i sovint té un preu.

Paradoxalment al funcionament individualista de la societat, l'individu està cada vegada més influït per l'entorn social i el context històric, sovint en detriment dels lligams familiars, que cada cop queden més diluïts en les relacions externes.

Sovint la psicopatologia esdevé un indicador precís de les condicions on s'ubica la persona, convertida en producte de les contradiccions històriques del seu moment.

La psicopatologia és una expressió dels canvis cada vegada més ràpids que es produeixen en tots els terrenys (social, polític, tecnològic i indubtablement subjectiu).

Com fou la histèria psicopatologia emblemàtica de temps passats, ara ens trobem amb narcisismes, depressions, anorèxia, bulímia, addiccions... inclús quadres que semblen

dins la normalitat per ser adequats o convenients al moment que vivim o les condicions externes.



Enquadrant al nostre temps, que val a dir que darrerament la incertesa predomina i qüestiona els models establerts fins el moment, però l'anomenada **cultura del narcisisme** està centrada en l'individualisme competitiu, basat en premisses econòmiques que impulsen tan sols el triomf dels millors, on fàcilment s'estableix una lluita de tots contra tots per tal de destacar i sobresortir.

Dut al terreny personal esdevé una frustració constant que es procura dissimular sustentant-se i acontentant-se en les aparences i en l'extern (en l'exterior), que acaba resultant efímer i de baixa durada per tal de mantenir l'estatus social. Hi ha un culte constant a la "personalitat destacada" que fomenta una lluita amb freqüents trencaments de vincles i tot sovint acaba resultant un fracàs entre l'obtingut i el desitjat.

La societat contemporània ofereix constantment objectes que representen l'estatus i la pretensió de destacar, ser mirat pels altres de forma especial...i que amb gran rapidesa queden antiquats i substituïts en el mercat competitiu, duent la necessitat consumista i de fàcil devaluació personal.

Com a "calmants" de la nostra cultura trobem els mitjans de difusió massiva, els electrònics en particular, que compleixen quotidianament la tasca d'oferir diversions i "satisfaccions substitutives" que generen addicció a les pantalles, a la tecnologia en general, sense menystenir-ne els avantatges i beneficis que ens aporten. Es

converteixen en “calmants” de les ansietats vitals quan esdevenen un culte, a Internet, als ordinadors, als mòbils, a la velocitat, als cotxes sofisticats, a les cremes miraculoses, etc...perquè representen allò que no som i es valora externament. Tot el consum va dirigit a generar la il·lusió de poder ser un altre del que som.

Es viu l'individualisme que no individuació, al contrari ja que genera una dependència cada vegada més gran respecte els altres, de qui s'esperen els resultats del narcisisme. Sobresortir i destacar, com únic objectiu, fomenta una dependència cap a l'aparença fictícia que aporta buidor i conseqüències psicopatològiques.



De fet guanyar i triomfar no és possible per tots ni en tot. Sembla que dissortadament inclús ja no té importància si es fan trampes o es malbarata, o s'estafa per ser el millor, en la societat que vivim, es critica però al final gairebé passa impunement... es prioritza ser el vencedor. Sota el lema vèncer i no perdre, l'elaboració de pèrdues i dols no està de moda, al contrari s'enalteix l'eterna joventut i tenir-ho tot sense fi. Així que inevitablement s'acaba en un estat de dol permanent de pèrdua constant i tristesa per allò anhelat mai aconseguit.

Les característiques actuals de les relacions de parella i amistat també es veuen afectades per aquesta necessitat de ser valorats per tants altres i les pretensions d'èxit. Els vincles sovint no tenen la força dels temps passats perquè actualment no es dedica el temps que requereixen per ser sòlids i créixer amb profunditat.

Apareix increment de tendències esquizoides enfront la cada vegada major fragmentació en els àmbits de la nostra vida. Aïllament per evitar la competència directa en els vincles, augmentant la superficialitat i la mecanització dels afectes.

Veiem un augment de passivitat, en la constant recerca de comoditat. També i en l'altre extrem la tendència a la compulsivitat a fer coses, fugint de connectar amb el si mateix. Paradoxalment en una època signada pel desenvolupament de la comunicació tecnològica, cada vegada augmenten els nivells quantitius i qualitius de soledat.

Whats i xats... són un fals acompanyament continuat i immediat virtual que no real, on no es desenvolupa una relació d'encontre sinó idealitzada, narcisada i depenent.

Ja des de la "Introducció al narcisisme" (1914) i en obres posteriors Freud aporta la importància del **vincle de l'home amb la temporalitat**. El temps pot ser entès com la circumstància on l'home es subjectivitza. Les diferents temporalitats aporten l'ocasió d'afrontar les pròpies mancances, les pèrdues afectives o la finitud de l'ésser.



Des de ben petits les presències i absències de la mare marquen l'existència d'un temps, fet de ritmes i discontinuïtats, que permet dibuixar un espai pel desig, que no és altre que el temps de l'espera del rencontre. L'acceptació de la frustració i la decepció permet postergar la satisfacció immediata. Per tant en aquest sentit el narcisisme atacarà l'elaboració de dols, de les pèrdues viscudes, sense poder retenir el que desapareix, sense integrar el record. El record no tan sols memoritza l'absent, si no que aporta coneixement d'un mateix, és la memòria de la pròpia identitat. Només es podrà accedir a un temps propi i singular en reconèixer els inevitables límits que l'altre i la realitat imposa.

En la recerca d'informació per la xarxa sobre les addiccions a les noves tecnologies hi trobem termes com l'addicció al "bebé", referint-se a la BlackBerry per les seves inicials, BB. Curiosament coincideix el terme "el bebé", nadó, que és l'ésser humà quan neix i que es troba en estat de dependència absoluta.

Usuaris que diuen coses com el “bebé” és una extensió de la mà que els governa. Quan el sistema cau es senten morir i caminen perduts com morts vivents, sota l’amença d’anihilació de la seva identitat enxarxada i de cop no sostinguda.

Usuaris que viuen enganxats amb la necessitat d’estar lligats, sostinguts virtualment, per evitar l’angoixa de separació.

Aplicacions com els xats, el what’s, facebook, messenger... aporten immediatesa i la possibilitat d’un vincle constant i estret respecte el desconegut, com un perfecte idealitzable sense traves tant, d’un mateix com de l’altre.



Darrera la pantalla no es confronta i la identificació és més fàcil, “si no et veig no veig les diferències”. Esdevé un tipus de relació on s’alimenta el narcisisme fusional i l’estat de no diferenciació.

Sorgeix la dependència afectiva perquè s’idealitza l’objecte. Genera un potencial addictiu per la immediatesa que ofereix entre altres aspectes. És un aparell que ens comunica, ni replanteja ni ens confronta, ens obeeix... L’abús va en detriment del contacte amb els altres i amb un mateix.

Aporta control sobre l’entorn i l’altre, sentiment de poder omnipotent que genera desprotecció, buidor sense l’aparell, com estri que simbolitza quelcom proveïdor de tot.

Per altra banda en ser una relació virtual i no internalitzada, no sosté el Jo i aboca circularment al sentiment d’abandó i soledat.

De fet “estan sempre on line però van perdre l’enllaç i no hi ha res més car a la vida que perdre l’abraçada dels qui ens van estimar”.

L'addicció va lligada a la incapacitat de regular els afectes, com un fracàs d'internalització de la capacitat d'autocura provinent dels pares (conceptes com sosteniment, "mare prou bona"... de Winnicott) i la conducta addictiva seria el mitjà per evitar l'experiència interna d'abandó.

La inestabilitat afectiva activa una necessitat constant i desesperada de ser consolat i tranquil·litzat per la persona idealitzada, propici en els xats.

Podrà influir en la subjectivitat de la persona, desencadenant anhels de velocitat, de ritme, d'imatges i sensacions que faciliten un estar amb els altres sense tenir en compte els altres, abstrets en les pròpies sensacions, permetre objectivar l'altre per fer-ne ús ocasional i efímer...però la subjectivitat no desapareix, i paga amb els seus malestars i símptomes, aquesta nova velocitat de la vida.

En responen els addictes i els depressius. Els addictes amb el seu anhel de suspendre la subjectivitat, alterar la consciència. Els depressius perquè en la seva fragilitat mostren la impossibilitat de viure sense il·lusions de futur. Malauradament quan s'opta per la il·lusió de la seguretat en l'eficàcia de l'aïllament, que són defenses emocionals, el conflicte pot no expressar-se o no veure's però no desapareix. La il·lusió de no ser, amaga dins seu un principi d'autodestrucció, anomenat per Freud pulsio de mort.

Serà l'amor el que preservi la vida, com advertí Freud "un fort egoisme preserva d'emmalaltir, però al final un ha d'estimar per no caure malalt, i per força emmalaltirà si a conseqüència d'una frustració no pot estimar".

El narcisisme són actituds i conductes mentals i relacionals dins les organitzacions defensives de la personalitat.

El nen va renunciant a l'omnipotència inicial d'estar fusionat amb la mare i de ser el centre de tot. Al sorgir identitat pròpia i diferenciada, se n'anomena **naixement psicològic** (Mahler 1975) i és un procés tan dolorós com el part biològic, essent més llarg, silencios i indefinit. Seria anar fent-se persona integrant la vida relacional amb criteri de realitat, capacitat de comprensió i empatia.

En la situació inicial d'indiferenciació fusional (narcisista) aquest procés és viscut com una amenaça, un perill a la seguretat il·lusòria omnipotent. Però si no ens diferenciem no som algú, no som ningú, perquè l'altre no potser un mateix. Cal poder viure l'alteritat de l'altre i també la dependència, com a necessitat de relació amorosa i constructiva, acceptant les limitacions d'un mateix.

En l'enamorament es projecta en l'altre l'Ideal del Jo, revestint-lo de totes les perfeccions aspirades com mitjà de satisfer el propi narcisisme. Si ens correspon ens sentim grandiosos, si es perd el vincle es pot produir, no tan sols tristesa i dolor, si no un empobriment del Jo amb característiques melancòliques o inclús depressives agudes. Quan malgrat la pèrdua de la relació es continua idealitzant l'altre, els sentiments hostils i persecutoris, l'altra cara de la idealització, es bolquen sobre el Jo.

Així que la decepció serà proporcional a la idealització.

L'@nn@, la pacient que us he esmenat a l'inici deia "no sé qui sóc, ni vull ser, no entenc perquè no em contesta, és com si fos mort. Quan vaig veure que m'havia esborrat...no podia respirar! Li posaria una bomba, però d'aquelles que porten els musulmans suïcides". Explica que l'altre era un home casat i malgrat seguir i fomentar el joc libidinal entre ells li deia clarament que no volia res amb ella, i que estimava la seva dona. En el fons a ella li anava bé circular en la fantasia d'aquesta relació protegint-se de la realitat i negant el desig de fusió. Així aportava la necessitat encoberta d'amor alhora que evitava comprometre's amb l'altre, per la por a reviure l'abandó. Afirmava "ja m'hagués estat bé viure tota la vida així amb ell, sense fer una família".

Es diu que l'amor és cec, perquè no veu l'altre. L'amor narcisista no accepta la individualitat, les diferències, virtuts i defectes de l'altre, en definitiva l'alteritat. L'enamorament en la seva fase inicial transita per una etapa passional de caire narcisista.

Lligat a aquest "no sé qui sóc" que deia la pacient, Winnicott es preguntà què fa que una persona pateixi fins al punt de sentir-se irreal. Explica que per sentir-se autèntic és necessari el reconeixement de l'altre, que sigui creat no tan sols per la pròpia projecció.

Es refereix a que en una “realitat compartida” és vital l’existència independent de l’altre. On es dona un respecte mutu i un reconeixement recíproc.

La necessitat de reconeixement condueix a la dependència. Aquesta genera una lluita pel control, però si assumim un control complet sobre l’altre, destruïm la seva identitat i voluntat, i llavors ens trobem en que no hi ha ningú que ens reconegui i al que puguem desitjar. Sense desig no hi ha vida.

Winnicott emfatitza la importància de poder estar sol, com una forma de poder estar amb un altre no intrusiu i que permet un espai propi.

En la pràctica clínica és freqüent trobar pacients que usen la **idealització** com a mecanisme de defensa que tendeix a provocar una distorsió de la realitat engrandint i realçant l’objecte psíquicament. Ja sigui sobreestimant l’objecte extern, com en l’ enamorament, o com en l’Ideal del Jo, on es sobreestima el que serveix al Jo com a model i amb el que es compara. Així amb l’Ideal del Jo s’estableix un vincle entre idealització i narcisisme.



L’@nn@ dient “des del primer minut la sintonia va ser fora de mida, perfecta, no calia parlar, ni mirar-nos, ens enteníem sense coneixe’ns. A mi ja m’estava bé que tingués dona, jo no serveixo com a parella, està vist, i no volia res amb ell”.

S’observa que la idealització pot comportar en la sobreestimació d’objectes amorosos, l’auto devaluació i la inhibició sexual. No es permet tenir relacions reals només

idealitzades, i llavors l'amor a si mateix mai es veu correspost, devaluant-se. Això genera aïllament, per tal d'evitar el contacte social donada la davallada d'autoestima.

Les noves tecnologies proporcionen un marc molt favoridor d'aquest funcionament de relacions efímeres i no reparables (quan deia "m'ha esborrat").

Explicava l'@nn@ que tot acabà abruptament als sis mesos de relació després d'un cap de setmana junts en un apartament. "Jo tenia molt fred i ell també. Em vaig posar al seu llit gelada. No va passar pas res. Crec que ell s'enfadà. No sabia on posar-me l'endemà. Allí s'està la llenceria negra amb les etiquetes posades, que vaig comprar perquè ell m'havia dit que li agradava. Quin fracàs... Però tan se val total a mi em queda fatal. Sóc ridícula, si algú em veies... ja faig bé de no sortir de casa.

Veiem com lliga **narcisisme i vergonya**. Quan s'evidencia la dependència respecte l'altre, un queda despullat, descobert en les seves insuficiències i immadureses, sorgint el sentiment de vergonya, que es contraposat a l'autosuficiència narcisista. Explicava Vives al segle XVI que Adam i Eva es tapaven els genitals no per vergonya a mostrar la sexualitat, si no perquè s'evidenciava la necessitat de l'altre, o sigui la pròpia incompletesa i vulnerabilitat.

De fet darrera la pantalla, un queda tapat, amagat, no vist... per això molts adolescents s'atreveixen a "mostrar-se o relacionar-se" sense vergonya. Poden donar una imatge molt parcial i seleccionada que s'ajusti al seu Ideal del Jo. Per ex en les fotos del seu perfil, o del que fan...

Quan l'idealitzat no respon a les expectatives queda desidealitzat, i la persona entra en una situació depressiva, rabiosa contra ell, amb desig de destruir per pal·liar el malestar del que ha estat frustrat dipositat en l'altre.

L'@nn@ detecta el vol ala delta d'ell sobre casa seva, curiosament amb "latitude" una aplicació que dona la posició en coordenades de l'altre, exerceix i satisfà el desig de control sobre l'altre. I reacciona, diu "vaig baixar les persianes i em vaig ajupir, ben quieta i amagada". Quan la realitat s'acosta a ella ho viu persecutòriament perquè està atrapada en el virtual, i necessita refugiar-se i aïllar-se defensivament.

D'acord a l'angoixa d'aniquilació i la projecció de sentiments agressius, es sent constantment amenaçada per les persones amb qui conviu.

L'@nn@ aporta constantment una mare criticada i desvaloritzada, "que em vol mal", companyes de feina que la menystenen i li criden, amigues que no li fan cas, només la utilitzen...

Un Jo molt fràgil requerirà contrarestar la sensació de fragmentació construint objectes idealitzats, atribuint qualitats que no posseeixen o exagerant trets positius. *L'@nn@ havia dit "som iguals, mai tanta sintonia amb ningú des del primer segon" fa ús de la identificació projectiva i la idealització.*

En el procés terapèutic caldrà recórrer a tres factors: el vincle terapèutic (interpretació de la transferència i esmenar carències afectives, afegeix Winnicott), processos psíquics d'elaboració (connectar amb la deformació de la realitat) i la llibertat individual (necessària per possibilitar canvi).

Tota psicologia individual està integrada en la psicologia social en tant que l'altre està integrat en un mateix.

La idealització està en els registres de la nostra essència grupal i social des que naixem. De fet la idealització vindria a ser un motor per engegar projectes i relacions, com un procés necessari per desenvolupar-se un mateix i la pròpia societat. Quan un organitza alguna cosa desitja i espera que sigui un èxit, si no ja no ho faria.

Així veiem com l'individu introdueix en el seu sistema de comunicació una tendència natural a hipervalorar a persones o situacions que puguin aportar benefici o satisfacció. I com més jove s'és, pel fet que s'han viscut menys frustracions, més tendència es dona a idealitzar i per tant a emprendre nous projectes i relacions, amb l'impuls de la il·lusió. Per això els adolescents s'enganxen encara més, per l'etapa de crisis a aquestes relacions i projeccions virtuals.

A més de la coincidència de l'era de la tecnologia actual on els joves també en resulten ser més protagonistes perquè hi han nascut i crescut, s'han criat en l'entorn extern amb aquesta mena de vincles. Cal insistir en que les noves tecnologies són l'estri, que influeix en el mètode i potencien algunes característiques que dificulten l'acceptació de la diferenciació, però que el contingut i l'afecte el posa cada ésser, cada Jo i cada altre.

Com em deia un pacient adolescent amoïnat pel desgast de créixer "enamorarse es un subidón pero te gastas un montón".

Per finalitzar i també en to d'humor llegeixo un relat d'un adolescent que explica:

Anoche, mamá y yo estábamos sentados en la sala hablando de las muchas cosas de la vida... entre otras, estábamos hablando del tema de vivir/morir.

Le dije: Mamá, nunca me dejes vivir en estado vegetativo, dependiendo de máquinas y líquidos de una botella. Si me ves en ese estado, desenchufa los artefactos que me mantienen vivo. ¡PREFIERO MORIR!

¡¡Entonces, mi mamá se levantó con una cara de admiración... Y me desenchufó el televisor, el DVD, el ordenador, Internet, el mp4, laPlay, la PSP, la Wii, el teléfono fijo, me quitó el móvil, el ipod, la Blackberry y me tiró todas las cervezas!!!

¡¡La madre que la parió!!...¡¡¡CASI ME MUERO!!!

Val a dir que he utilitzat totes les noves tecnologies que conec per aplegar el que he exposat i que n'estic molt i molt agraïda.

Bibliografia:

Bion, W. (1950). *The imaginary twin*. Llegit al British Psychoanalytical Society. Revisió (1967) London: Karnac Books.

Bowlby, J. (1989). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Tavistock professional book. London: Routledge.

Ellison, M. (productor) i Jonze, S. (director). (2013). *Her* [Pel·lícula]. Estats Units: Annapurna Pictures.

Freud, S. (1996). *Introducción al narcisismo*. (9ª ed.) Obras Completas, Vol. XIV, Buenos Aires: Amorroutu.

Galimberti, Fabio (2006). *Wilfred R. Bion*. Argentina: Ediciones Nueva Visión.

Grego, B. i Etchegoyen, H. (1992) *Notas para una lectura de Klein, Bion i Winnicott*. Buenos Aires: Tekné, 1998.

Grinberg, L., Sor, D., i Tabak de Bianchedi, E. (1973). *Introducción a las ideas de Bion*. Buenos Aires: Nueva visión.

Hernández, V. (2008). *Discusión del trabajo del Dr. Andrew P. Morrison 'Fenómenos Narcisistas y Vergüenza'*. Clínica e Investigación Relacional, 2 (1): 26-33.

Hernández, V. (2008). *Las psicosis. Sufrimiento mental y comprensión psicodinàmica*. Barcelona: Paidós.

Mahler, M., Pine, F., Bergman, A. (1975) *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires: Marymar, 1977.

Meltzer, D. i Harris, M. (1998). *Adolescentes*. Buenos Aires: Spatia.

Morrison, A.P. (2008) *Fenómenos narcisistas y vergüenza*. Clínica e Investigación Relacional, 2 (1): 9-25.

Winnicott, D.W. (1983). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

Winnicott, D.W. (1990) *Los bebés y sus madres*. Barcelona: Paidós.

L'ACTUACIÓ DE LA PSICOPATOLOGIA A TRAVÉS DE LES ADDICCIONS

Araceli Baílo Mompeán

Resum:

En el present article exposo com les addiccions es presenten com una forma d'actuar parts de la nostra psicopatología, en ocasions allò que no podem pensar sobre nosaltres mateixos i una forma de "auto curar" aquest sofriment al que no se li ha pogut donar un significat. Exemplifico l'exposat amb un cas on l'addició al menjar i a les compres es presenta com una defensa davant el sofriment que comporta la mort traumàtica d'un fill, on tot un treball d'elaboració i de simbolització del dolor i de la seva resituació al món, ajuda a la pacient a omplir el buit amb el record i l'amor vers el seu fill i no amb el menjar i amb les compres.

Paraules clau: Addiccions, Actuació, psicopatologia, vincles, pèrdua, trauma.

Resumen:

En el presente artículo expongo como las adicciones se presentan como una forma de actuar partes de nuestra psicopatología, en ocasiones aquello que no podemos pensar sobre nosotros mismos y una forma de "auto curar" ese sufrimiento al que no se le ha podido dar un significado. Ejemplifico lo expuesto con un caso donde la adicción a la comida y a las compras se presenta como una defensa ante el sufrimiento que conlleva la muerte traumática de un hijo, donde todo un trabajo de elaboración y de simbolización del dolor y de su resituación en el mundo, ayuda a la paciente a llenar el vacío con el recuerdo y el amor hacía su hijo y no con la comida y con las compras.

Palabras clave: Adicciones, actuación, psicopatología, vínculos, pérdida, trauma.

Abstract:

In this article I will show how addictions are presented by acting as parts of our psychopathology. On occasions those that can't think about themselves and attempt a form of "self-healing", suffer significantly less. This is exemplified in a case where the addiction to food and shopping is presented as a defence against suffering the traumatic death of a child. Where all development work and symbolisation of pain and its

resituation in the world, helps the patient to fill the void with remembrance and love towards his son and not with food and shopping.

Keywords: Addictions, acting, psychopathology, attachment, loss, trauma.

Introducció

Pensant en la psicopatologia avui dia, en el meu treball com a terapeuta, en els meus pacients, veig que les addiccions tenen una gran presència, addiccions en el sentit més ampli de la paraula (addicció a coses, substàncies, tecnologies, vincles, creences, sexe, treball, ideologies, grups, jocs etc.) encara que els motius de consulta són uns altres, l'addicció es presenta com una forma d'actuar parts de la seva psicopatologia, una forma d'actuar allò que no poden pensar sobre ells mateixos, una forma de "auto curar" aquest sofriment al que no se li ha pogut donar un significat. Jo diria que el 90% dels pacients que atenc tenen algun tipus d'addicció encara que, els que consulten per aquest tema solen tenir addicció a alguna substància, principalment a la cocaïna. En general no s'és molt conscient, en el tema de les addiccions de vegades la inconsciència ve en les dues direccions...

La inconsciència de l'addicte i la inconsciència del terapeuta

- Pacients i terapeutes compartim **una mateixa cultura** i un mateix **moment social**, tots dos estem immersos, subjectes i condicionats per la cultura i el moment social que vivim.
- En la nostra cultura existeixen **drogues socialment acceptades** i a més existeix **una divisió entre drogues dures i toves**, tot això contribueix al fet que li donem més o menys importància a unes drogues que unes altres i també a acceptar unes i a rebutjar unes altres.
- No mirem amb els mateixos ulls al que esnifa cocaïna, com al que fuma o al que treballa molt, ni tan sols es parla moltes vegades del tabac com una droga sinó com un vici.
- D'altra banda encara que cada vegada menys, **pacient i terapeuta** en ocasions som reduccionistes, quan pensem en el tema de les addiccions seguim pensant en la figura

del **lonqui**, i a més associem addicció amb alguna substància, com la cocaïna, l'heroïna etc. O amb alguna activitat com el joc.

- Tots dos tenim **una història de vida, un inconscient, una psicopatologia** etc., i en el millor dels casos els terapeutes ens hem tractat prèviament abans de tractar altres.
- Hi ha una ceguera comuna per la nostra cultura, la nostra societat i el nostre propi inconscient que emmascaren algunes addiccions.

L'addicció com a actuació

“Les addiccions (*a coses, substàncies, vincles, idees, creences, ideologies, grups, jocs etc.*) Es revelen com una **manca en l'elaboració psíquica i una falta de simbolització**, les quals estan compensades per un actuar d'índole compulsiu, que tendeix a reduir el dolor psíquic pel camí més curt” Joyce MacDougall (1972)

- Actuar és el contrari d'elaborar, pensar, connectar-se i digerir el que ens està passant, és també el contrari a la situació terapèutica.
- Actuem quan no podem donar un significat al que ens està passant.
- Elaborar els **aspectes depressius** que comporta el fet de viure i el dolor psíquic que comporta aquesta elaboració no és fàcil. Les addiccions proporcionen: l'acció, la descàrrega, el refugi, l'apaivagament i l'anestèsia a aquest dolor que no es pot manejar pels sistemes de defensa normals. (Evitació, desplaçament, negació etc.)

L'addicció com a símptoma

- **L'addicció és un símptoma**, és la part visible, i com a símptoma ens indica que passa alguna cosa dins de la persona, els símptomes tenen un llenguatge ocult que cal desxifrar, ja que procedeixen de conflictes nascuts de l'inconscient.
- Per tractar aquest símptoma caldrà examinar cada cas individualment, mostrar-li al pacient el significat sempre complex de l'objecte de la seva addicció, l'ús simbòlic que fa del mateix, analitzant i localitzant les seves defenses, la seva patologia, la culpa persecutòria etc..

- En termes generals podem dir que **vincular-se de forma addictiva o drogar-se és sempre una substitució de coses que falten** i que fallen a nivell intern en la persona.

Psicopatologia i dèficits en la personalitat de l'addicte

- **L'addicció** és un mètode “d'auto curació” **regressiu i pre-genital**
- **Pre-genital** perquè hi ha una dificultat per despullar-se dels **aspectes infantils** de la personalitat, i de superar la idealització d'un món infantil que ja van perdre i al que no poden renunciar.
- **Regressiu** perquè amb l'addicció tornem a funcionaments propis d'altres etapes del desenvolupament, tornàriem a una manera de funcionar propi dels primers mesos de vida que Melanie Klein descriu com la posició esquizo-paranoide.

Aspectes pre-genitals i regressius:

- **El pacient al vincular-se de forma addictiva (amb el que faci de droga) manté la fantasia de fusió amb un objecte absent**, és a dir, aquest objecte amb el qual s'ha vinculat addictivament, simbolitza en el nostre inconscient a aquesta mamà predípica, el pit bo que diria Klein, per exemple podem trobar en el vi al pit bo de la mare que calma, o en el treball, o en un grup, o en el sexe etc..

És per això que:

- **L'objecte que fa funció de droga** ens ajuda a retrobar-nos amb allò que una vegada vam tenir o vam creure tenir, amb aquest objecte tot poderós que calma, i que anestesia, que ara està materialitzat en una substància, o en una creença, un vincle etc.
- **La pèrdua d'aquest objecte** es viu com un buit i no com una pèrdua que es pot elaborar, per això és tan difícil deixar allò que funciona com a droga.

- **Judici alterat de la seva realitat** per excés o defecte de autovaloració.
- **Fallada en la capacitat de cuidar de si mateix** En tota vinculació addictiva hi ha alguna cosa autodestructiva i masoquista, el jo manté l'autoestima de forma artificial. Les drogues en el sentit ampli han d'omplir un buit que no pot ser omplert, perquè és el lloc dels pares amorosos que el subjecte no ha pogut mantenir.
- S'estableixen **males dependències o vincles addictius. I no vincles de dependència adequats i saludables.** Les persones som dependents, naixem en una situació d'extrema dependència i en diferent mesura ho seguim sent tota la vida, ens desenvolupem i ens construïm a través del vincle. La droga serveix, precisament per desfigurar la necessitat d'amor i de sana dependència de les persones i de les coses que ens fan créixer, substituint-les per altres d'immediata disposició.
- **Jo feble i Self fràgil, solen haver-hi fallades en els sistemes d'adaptació i anàlisi joics.** Darrere de qualsevol addicció existeix, una por, una sensació de minusvalidesa, un nucli fòbic i paranoic i una dificultat per saber col·locar-se en el lloc que a un li correspon al seu món circumdant.
- **Conducta compulsiva**, es torna a la droga de forma compulsiva, repetitiva i amb urgència.
- **Inestabilitat afectiva**
- **Pensament màgic actiu**
- **Fantasia de control** (tot el que projectem en l'objecte d'addicció, sobretot els aspectes dolents, creiem tenir un control sobre això)
- **Fallades en les sublimacions.** *“Enfront del dolor psíquic, a les seves divisions internes, als traumes universals i personals que els ha aportat la vida, les persones són capaces de crear una neurosi, una psicosi, una defensa caracterial, una perversió sexual, somnis, obres d'art etc..” Joyce MacDougall (1972)*
- **Confusió entre el bé i el dolent.** El pervers converteix el bo en dolent o el dolent en bo.
- **Falta d'identitat**, aquestes persones han tingut una identificació pobra amb el món dels seus pares. “L'objecte màgic” allò que funciona com a droga, omple

màgicament la distància que hi ha entre un ésser amb baixa autoestima, insegur i un ésser madur, segur i realitzat.

En definitiva podríem dir que l'addicció és un símptoma, una actuació i una manera de sobreviure i vincular-se al món.

CAS CLÍNIC:

Addicció a les compres, addicció al menjar davant un trauma

Dona de 31 anys, porta 3 anys en tractament amb mi.

Motiu de consulta:

Quan acudeix a la consulta per primera vegada feia un mes que havia mort el seu fill de 5 anys d'edat en un accident de trànsit.

Simptomatologia inicial:

- La pacient sofria un **trastorn d'estrès post traumàtic** molt greu que li dificultava l'elaboració de dol per la seva pèrdua. Revivia de forma obsessiva l'accident ocorregut.
- Sofria una forta **angoixa catastròfica** amb sensació d'estar tornant-se boja
- **Crisi d'ansietat** que cursaven amb pèrdua de control a nivell verbal i a nivell motor
- **Símptomes de despersonalització**, relacionats amb el seu alt nivell d'ansietat, on s'observa des de fora en diferents situacions: recordant el fet traumàtic o realitzant les activitats de la seva vida quotidiana.
- Tenia una **actitud negatòria** de l'ocorregut, la pacient refereix estar vivint un somni del que es va a despertar. (saber desconnectat)
- Presenta **trastorns del son**

- A més presentava un **risc de suïcidi** important.

Tractament multidisciplinari:

Davant la gravetat del cas, derivo a la psiquiatria per medicació i a una companya perquè li apliqui E.M.D.R. que funciona molt bé en els casos de TEPT i amb mi comença un tractament psicoterapèutic de 3 vegades per setmana.

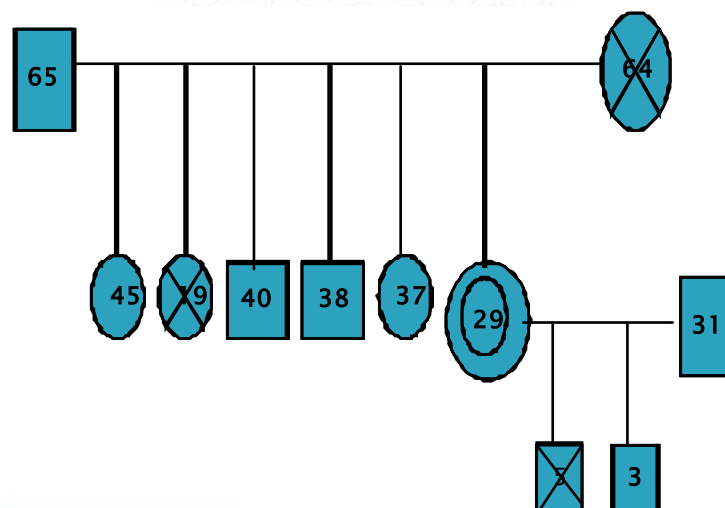
Els primers mesos de tractament van ser molt durs, la vivència obsessiva de l'accident, l'angoixa catastròfica i la culpa persecutòria per haver sobreviscut al fill i l'exigència omnipotent de no haver pogut salvar-lo era el que predominava en ella.

Contra transferencialment la meua sensació era la de tenir un nadó que plora desconsoladament i que res ho conté, res ho calma, res és el seu fill.

A poc a poc va disminuint el TEPT i la pacient comença a elaborar el dol i començar a connectar-se amb els aspectes depressius subjacents i desenvolupa una **forta addicció al menjar**.

Abans m'agradaria comentar-vos alguns aspectes importants de la seva història de vida i la vivència del seu fill mort:

GENOGRAMA



És la petita de 6 germans, 2 homes i 4 dones.

La pacient és filla de la mare i un dels seus amants encara que el pare l'acull com una filla més, això li crea una fantasia de venir d'alguna cosa dolenta, i fins i tot es viu a si mateixa com alguna cosa dolenta.

Havia viscut 2 pèrdues importants en la seva vida abans de la defunció del seu fill, una germana amb 19 anys en un accident de trànsit, la pacient tenia 6 anys i el seu pare amb 64 anys fa 7 anys. La pacient tenia 22.

Antecedents familiars i psicodinàmica:

Procedeix d'una família bastant desestructurada, un pare alcohòlic i maltractador (encara que la pacient parla d'un bon pare, ella no viu aquesta etapa del pare) i una mare amb una deterioració psíquica important, amb poca capacitat per cuidar.

La seva vivència dels pares és una mica esquizoide: mamà dolenta i papà bo. Sent molta ràbia cap a la mare, al pare ho rescata degut a que s'ha sentit cuidada i volguda per ell. Fantasia que l'acull com a una veritable filla.

En el seu tractament anem veient el seu **transfons depressiu**, una tristesa profunda que guarda dins de si mateixa i una **por a ser dolenta**, a no ser estimada, del que es defensa de **forma narcisista**, traduint aquests sentiments en omnipotència i auto exigència. Quan té el seu primer fill, aquesta por la transforma en **por a ser una mala mare**, com ella va sentir que era la seva pròpia mare té. Es defensa d'aquesta por amb una **formació reactiva**, per diferenciar-se de la mare interioritzada que sent dolenta, passa a ser una mare omnipotent.

Víncle amb el seu fill mort: relació fusional amb ell, no hi havia diferenciació, eren un,

per a ella el seu fill tot ho omplia i a més havia trobat el seu lloc al món i la seva identitat a través de ser mare, la gent la coneixia com la mamà de “Sergio” (m'invento el nom).

Addicció a les compres:

Una de les formes en les quals actua aquests aspectes és desenvolupant **una addicció a les compres**.

- **Amb aquesta addicció actua i manté la seva defensa, la formació reactiva**, omplint als seus fills massivament de tot el que la seva economia pot comprar, resolent a través d'ells les seves manques i substituint a aquesta mala mare interioritzada per la mamà omnipotent que és ella, una mamà idealitzada que tot ho omple.
- **Comprar en ella té una funció antidepressiva**, en moltes ocasions promoguda per la família, quan la veuen trista el seu marit i les seves germanes li deien: “anem-nos de compres”, és a dir “pren la pastilla”, segurament la seva tristesa connectava amb aspectes d'ells que no podien tolerar i així tots actuaven un sofriment que no es podia significar.
- En el seu tractament anem veient com el posseir pal·liava el seu sentiment de **buit afectiu**.

Addicció al menjar:

- A poc a poc va disminuint el TEPT i la pacient comença a elaborar el dol i comença a connectar-se amb els aspectes depressius subjacents, desenvolupa **una forta addicció al menjar**.
- Aquí el menjar intenta omplir aquest **buit amorós** que deixa la mort del seu fill, un buit que ve ja des de la infància.
- **La pèrdua és viscuda com un forat que res ho pot omplir** (no només perd al seu fill sinó que es perd a ella mateixa) que intenta omplir menjant compulsivament.
- Amb aquesta **ingesta compulsiva intenta anestesiar un dolor que res calma i una angoixa catastròfica que la trenca en mil trossos**.
- **Arriba a engreixar uns 25 Quilos**.

- En el tractament vam anar veient com estar tant **grassa l'ajudava a lluitar amb la seva culpa**, el cos li servia per ser el dipositari de tots els seus menyspreus, amb ell manté la idea defensiva que no se li podia voler per grossa i no per mala mare.
- També vam veure com el no sentir-se atractiva, el desfigurar el seu cos de dona la **defensava de les relacions sexuals** que no suportava posat que li produïen molta culpa.
- Es podrien dir moltes coses sobre aquest cas, jo m'he mantingut als **síntomes addictius**.

A mesura que anem fent tot un treball d'elaboració, de simbolització, del dolor, de la seva pèrdua, del seu lloc al món i va omplint el buit amb el record i l'amor envers al seu fill, no necessita fer-ho amb el menjar i amb les compres.

Bibliografia:

Klein, M. (1952). Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebè. Dins *Obras completas de Melanie Klein, Envidia y gratitud y otros Trabajos*, (Vol 3, pàg. 70-101). Buenos Aires, Paidós. 1987.

Rodríguez Piedrabuena, J.A. (1996) *¿Por qué nos drogamos? Del poder y otras adicciones, Estudio psicoanalítico*. Madrid: Ed. Biblioteca nueva

EL LLOP MAI NO ES CANSA: ELS CONTES I LA CLÍNICA

Grup Clínica i Cultura de l'ACPP

Maite Basañez, Pilar Barbany, Isabel Bretones, Cristina Gómez Minuè -Servei de Psiquiatria i Psicologia del Hospital Sant Joan de Déu-, Fernando Lacasa Saludas -Servei de Psiquiatria i Psicologia del Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona-, Eulàlia Masachs, Montse Plana.

Resum:

Aquest treball prové de la reflexió que el Grup Clínica i Cultura ha realitzat al voltant dels contes i els mites, com una eina que pot ser de gran utilitat en el procés psicoterapèutic. El vincle entre la clínica i els contes, s'il·lustra amb el cas d'un tractament psicoterapèutic en un nen de tres anys. En aquest tractament el conte dels tres porquets va tenir un paper important.

Paraules clau: *Contes, Mites, retard de llenguatge, joc simbòlic, objecte transicional, món intern.*

Resumen:

Este trabajo es el resultado de la reflexión que el Grupo Clínica y Cultura ha realizado en torno a los cuentos y mitos, como herramienta que puede ser de gran utilidad en el proceso psicoterapéutico. El vínculo entre la clínica y los cuentos, se ilustra con el caso de un tratamiento psicoterapéutico en un niño de tres años. En este tratamiento el cuento de los tres cerditos tuvo un papel importante.

Palabras clave: *Cuentos, Mitos, retraso en el lenguaje, juego simbólico, objeto transicional, mundo interno.*

Abstract:

The paper describes the work outcome of the Clinic and Culture Group around how myths and tales can be used as a tool in psychotherapy. The link between clinical process and tales is illustrated with the case of the psychotherapeutic treatment of a three years old patient where the tale of the "three little pigs" had a relevant role.

Key words: *Stories, myths, language delay, symbolic play, transitional object, internal world.*

EL LLOP MAI NO ES CANSA: ELS CONTES I LA CLÍNICA

Les semblances entre mites, contes, somnis, fantasies i jocs simbòlics es troben a tota la literatura psicoanalítica. Tots ells tenen en comú que són l'expressió de l'inconscient i, en especial, en els mites i els contes es busca la satisfacció de desitjos, la victòria sobre els rivals o la destrucció dels enemics.

Una diferència important entre conte i mite és la manera com s'explica i com es presenta la història: el mite comunica que el que passa és absolutament únic, que el que succeeix és grandios i no li pot passar a cap mortal; en canvi en el conte, els fets, malgrat que siguin insòlits, es presenten com a quotidians, com si ens poguessin passar en qualsevol moment. El final del mite és tràgic i el dels contes sol ser feliç.

A l'escoltar els pacients, el terapeuta pot contactar amb mites i contes i aquests l'ajuden a observar i entendre el seu patiment. En el cas del treball amb infants, els **contes**, en general, són un bon recurs per a potenciar espais de relació, satisfacció i aprenentatge.

Els contes:

- Fomenten la capacitat de pensar i obren un espai mental per la imaginació.
- Permeten la integració de canals multi sensorials: visual-tàctil-auditiu.
- Ajuden a focalitzar l'atenció en una activitat lúdica-educativa.
- Afavoreixen la relació intersubjectiva mitjançant el compartir el focus d'atenció, les intencions i els afectes.
- Desenvolupen en el nen la capacitat d'escoltar l'altre, principalment els pares, i de trobar maneres de relació i comunicació amb ell mateix.
- Contribueixen a assegurar el vincle del nen amb els seus pares i amb altres adults amb qui comparteix aquesta vivència.
- Ajuden al nen a fer ponts entre les seves experiències quotidianes i el món del pensament.

- Permeten l'expressió de les seves emocions i afectes.

Bettelheim en el seu llibre *Psicoanàlisi i Contes de Fades* deia que perquè una història mantingui de veritat l'atenció del nen, l'ha de divertir i ha d'excitar la seva curiositat. Però també ha d'enriquir la seva vida, ajudant-lo a desenvolupar-se intel·lectualment i a clarificar les seves emocions; ha d'estar d'acord amb les seves ansietats i aspiracions; li ha de fer reconèixer les dificultats al mateix temps que li suggereix solucions pels problemes que l'inquieta.

En aquest sentit, els contes clàssics solen plantejar problemes existencials, però ho fan de forma breu, clara i prototípica, simplificant les situacions perquè el nen no es confongui. Els personatges estan ben definits i les figures són típiques/paradigmàtiques en lloc d'úniques. El mal i el bé són omnipresents i prenen cos en els diferents personatges. No són ambivalents com ho és la realitat i com són en realitat les persones. Hi ha un germà llest i l'altre ruc, un progenitor bo i l'altre pervers, una germana honrada i treballadora i l'altra malvada i mandrosa... tot plegat té com a finalitat ajudar el nen a diferenciar el bo i el dolent, cosa que no podria fer si els personatges tinguessin la complexitat dels personatges reals.

El joc, i també els contes com una forma de jugar, posen en marxa la capacitat del nen de crear i utilitzar símbols, són l'hereu de l'objecte transicional? i de l'espai transicional? en terminologia de Winnicott. En l'espai dels primers jocs que el nen fa amb la mare, Winnicott el va anomenar "zona de l'espai transicional o tercera zona" i s'ubica entre el món intern i l'extern. Per tant, és intern i extern alhora. Aquesta zona es reinstal·la entre el nen i el terapeuta. Traslladat a la clínica, els contes són un punt de trobada entre pacient i terapeuta. Un espai creatiu i espontani en el qual el terapeuta també es deixa portar en funció de les propostes del nen en una associació lliure amb ell.

Mitjançant el conte o el joc en general, el nen pot vehiculitzar emocions, representar conflictes inconscients que d'una altra manera difícilment s'expressarien, perquè poden ser molt dolorosos. En l'espai terapèutic els nens expressen les dificultats de control dels

seus impulsos agressius mitjançant la selecció de contes i de personatges. Per crus que siguin, ajuden el nen a dominar i elaborar conflictes. Per exemple, un nen que necessita dominar la por pot escollir personatges temibles, ja que el dolent, en els contes, sempre és un perdedor. Els personatges són molt extrems i ben diferenciats i això permet al nen identificar-se amb el personatge que tria, sigui inventat o d'un conte conegut i li suposa una ajuda a l'organització mental.

La utilització de contes en psicoteràpia ajuda el terapeuta a mostrar al nen que té un món intern. La pròpia estructura del conte ajuda a entrar i sortir d'aquest món intern. Quan diem "Hi havia una vegada..." s'està entrant en un món de fantasia on tot és possible. Quan finalitzem amb les paraules "...vet aquí un gos vet aquí un gat i aquest conte s'ha acabat", o un "fi", obrim de nou la porta a la realitat.

Els Tres Porquets és el conte utilitzat en el cas que presentem més endavant. A continuació sintetitzem algunes de les idees que ens va suggerir la seva lectura. La primera idea és que el conte ens mostra els avantatges del creixement. Els tres porquets són tres germans que van a buscar fortuna, a viure sols i han de construir una casa per defensar-se dels perills. Només la casa de maons és prou forta per sobreviure i només un dels porquets, pot preveure i enfrontar el perill seguint el principi de realitat. El tercer porquet, que és el més gran, és el personatge fort que derrota el llop amb la seva intel·ligència i planificació.

La segona és que el nen comprèn de forma inconscient que hem de perdre determinats funcionaments per assolir-ne uns altres de més evolucionats. En aquest sentit els tres porquets també representen els diferents estadis del desenvolupament

L'edat dels porquets i els instruments musicals que descriuen en algunes versions, la flauta, el violí i el piano, tenen un paral·lelisme per donar-nos la idea d'evolució i creixement: la flauta, un instrument que requereix poc esforç per dominar-lo mínimament i és fàcil de portar; el violí que, malgrat que és costós, el seu domini també és lleuger; i, finalment, el piano requereix un esforç per poder-lo tocar bé i és un instrument sòlid i fort.

En tercer lloc, les accions dels tres porquets mostren el progrés de la personalitat, des de la dominada per l'allò fins a la influenciada pel superjò però controlada pel jo, pensant en termes freudians. El més petit dels tres porquets construeix la casa amb palla i sense cura, el segon amb troncs, però tots dos ho fan de pressa per poder jugar la resta del temps. Els dos petits busquen la satisfacció immediata, sense pensar en el futur ni en els perills de la realitat, representada pel llop. El porquet gran ha après a funcionar segons el principi de realitat, pot posposar el desig de jugar i actuar d'acord amb la seva capacitat per preveure. El llop salvatge representa els impulsos més destructius dels quals hem d'aprendre a protegir-nos. (Veure Il·lustració 1)



Finalment les tres cases no solament simbolitzen l'evolució individual, sinó que també apropa el nen al concepte de progrés de la humanitat. Des de la casa de palla, la més precària, la de fusta, una mica més sòlida, fins a la de maons, la més forta i protectora de totes. La destrucció de les cases és el que fa necessari anar un pas més enllà i construir una casa més forta, un pas més en l'evolució humana.

En Joan i el conte dels tres porquets.

En Joan té dos anys i mig quan la seva família consulta per iniciativa pròpia. La família està preocupada perquè el nen encara no parla, "encara que ho entén tot i assenyala amb el dit quan vol alguna cosa". Expliquen que no els fa cas, sembla que no escolti, que és molt tossut, que té dificultats per menjar i que està molt rebel des que ha nascut el germanet.

En les primeres observacions la terapeuta comprova que en Joan no parla gens i només comunica amb gestos, interaccionant amb l'adult a través de la mirada. S'interessa pel

material de joc, però es cansa aviat, passant d'una activitat a l'altra ràpidament. No coneix materials com ara la plastilina, els colors o els contes i davant les frustracions s'enfada, fa rebequeries i es tira a terra.

De les dades de l'anamnesi destaca que tot i que va néixer a les 41 setmanes de gestació, la mare ho va viure com si el part s'hagués avançat. Explica que ella va patir una depressió post-part. De bebè en Joan va ser cuidat per la mare i l'àvia materna. D'aquella època diuen que reclamava poc, no plorava, no menjava gaire i succionava amb poca força. Comuniquen que els canvis els havien de fer bruscament, perquè creien que així anava millor. El deslletament va ser total d'un dia per l'altre.

La terapeuta es planteja el diagnòstic inicial com un cas de dificultats de relació i comunicació, amb el dubte de si aquests trets són defenses molt primàries davant dificultats emocionals i de vincle o una patologia més estructurada. Proposa començar amb un treball en el que la mare estigui present, per tal d'ajudar-la a comprendre les necessitats del seu fill i enfortir així el vincle entre ells. En aquestes sessions la mare reconeix que li costa jugar amb el nen i desconeix quin és el material més apropiat per ell. Però es mostra interessada i demana pautes, que poc a poc incorpora a casa: llegeixen contes, el porten al zoo...

Al mateix temps d'aquest treball amb els pares, en Joan es comença a obrir a les sessions. És l'inici del llenguatge verbal i també de la possibilitat d'expressar les seves emocions com la gelosia envers el germà. Aquesta obertura d'interessos, llenguatge i comportament i una major capacitat comunicativa, comporta la decisió de continuar les sessions amb el nen sol i fer les entrevistes amb els pares en un altre espai.

En les primeres sessions individuals el joc d'en Joan és caòtic, no parla i espera que la terapeuta verbalitzi les accions que fa amb els animals. Aquesta situació inicial evoluciona i entra en una etapa en que comença a demanar contes i dibuixar. S'interessa per un material de joc que permet representar el conte dels Tres Porquets: les tres cases, els tres porquets i el llop (Veure Il·lustració 2)



Al principi agafa els porquets i els posa a dintre de la casa petita i aquesta dintre de les altres dos, de tal manera que els porquets queden molt amagats, protegits i no surten per res. Al mateix temps tortura el llop amb una actitud omnipotent, fins i tot, si els porquets apareixen, el peguen com si no tinguessin por. Sempre hi ha un més fort que guanya al llop, però aquest sempre torna a aparèixer, “el llop mai no es cansa” i sembla que no hi ha solució. Al Joan li espanta molt el llop i ni tan sols suporta que la terapeuta l’agafi per por a perdre’n el control. Fins i tot quan recull no pot guardar el llop i els porquets en el mateix lloc.

Amb el temps apareix en el joc, el personatge Sant Jordi, representat amb un cavall i un tornavís que fa de llança i es qui s’enfronta al llop. Aquest personatge ajuda en Joan a mitigar la por al llop. Sant Jordi sembla que és una primera solució al problema d’un llop que mai es cansa. Els porquets comencen a sortir de la caseta, en Joan els dona a la terapeuta perquè els cuidi. En el joc el llop continua apareixent, però sempre hi ha el sant Jordi o una ambulància per ajudar i tancar el llop a la presó. Comencen a aparèixer elements de contenció: presó, tanques, que contenen el llop perquè no s’escapi, i així els porquets poden sortir sense por.

En aquest moment, el llenguatge millora molt, fa frases cada cop més elaborades i és força espontani i fluid. Si la terapeuta no l’entén, el nen ho repeteix o ho explica d’una altra manera. Recorda coses de sessions anteriors i explica coses de l’escola

A les últimes sessions els porquets i el llop poden anar junts en un tren sense barallar-se. El tractament acaba quan en Joan té cinc anys i mig. En aquest moment el nen es

relaciona i comunica amb normalitat tant a les sessions com a casa i a l'escola, on segueix el ritme normal del grup classe.

Reflexions sobre l'evolució d'en Joan a través del conte

En el procés de tractament, i mitjançant el joc, el primer que observem és que el nen s'identifica amb personatges no agressors com els porquets, i col·loca l'agressor a fora. Es defensa amagant-se i tancant-se dins dels continents, fugint del perill, del llop i inhibint la seva agressivitat i posa els porquets dins les cases.

El conte de Sant Jordi representa un canvi important en la contenció i canalització de les ansietats. En Joan pot sortir del seu tancament, s'identifica amb un personatge fort i bo i s'atreveix a fer front al perill: el drac i el llop. Aquesta evolució coincideix amb la seva obertura verbal i social i amb la millora de la hipoacúsia.

El joc progressa en funció de la capacitat del nen de diferenciar realitat concreta i fantasia i poder identificar-se sense confondre's amb els personatges que escull. A l'inici el llop és tan perillós i tan real que necessita guardar-lo lluny dels altres personatges un cop ja ha acabat el joc. Evoluciona la seva capacitat simbòlica i per tant hi ha menys confusió i més separació de l'objecte

Pel que fa als pares, en un primer moment no poden tenir present la ment del seu fill, els seus desitjos, les seves ansietats. Tampoc poden adequar-se al seu llenguatge, ni als temps verbals, ni al seu nivell de comprensió. La teràpia els pot ajudar a tenir en compte al nen, a pensar en ell d'una altra manera, com un ésser mental amb desitjos, pensaments, interessos, ansietats i això permet afavorir el seu procés d'individuació. Pensem que va ser molt adequat que la terapeuta proposés a l'inici del tractament fer sessions conjuntes mare - nen. La identificació de la mare amb la terapeuta li permet anar trobant el moment adequat per utilitzar el conte com una eina de relació. Més tard es dona un espai individualitzat al nen que afavoreix la triangulació i l'obertura social.

El conte dels tres porquets ha ajudat a en Joan i a la terapeuta a organitzar un món intern, consistent i contenidor de les diferents pors, semblant a la casa de maons del porquet gran.

Conclusions

Els contes són una eina psicoterapèutica valuosa per vehicular el món intern dels nens en un espai contenidor. Mitjançant els contes el nen expressa emocions i va accedint al pensament simbòlic.

El cas proposat mostra la importància dels contes tradicionals en la psicoteràpia amb nens, perquè estan connectats amb el més profund del psiquisme humà.

Els contes són també un terreny comú entre pares i fills, més enllà del espai terapèutic, permetent la comunicació creativa en el joc compartit.

Per últim, per al grup de professionals de la ACPP Clínica i Cultura, el treball amb aquest cas ha estat una manera lúdica i enriquidora de compartir idees i de pensar sobre la clínica.

Bibliografia

Bettelheim, B. (1994). *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. Barcelona. Crítica

Bion, W. R. (1966) *Elementos de psicoanálisis*. Buenos Aires. Hormé

Freud, S. (1923). El yo y el ello. *Obras completas XIX*. Buenos Aires. Amorrortu.

Winnicott, D.W. (1982). *Realidad y Juego*. Barcelona. Gedisa.

DEPRESSIÓ I CULPA. A PROPÒSIT D'UN CAS

Susana Marcos Serralta

Psicòloga Clínica de l'Hospital de Dia d'Adults de Salut Mental, Centre Emili Mira, Parc Salut Mar; INAD, Santa Coloma de Gramanet, Barcelona i del Centre de Tractaments, Formació i Recerca Carrilet, Barcelona

Resum:

[Es realitza un breu recorregut teòric sobre el concepte de depressió, partint de l'existència d'un continuum entre les manifestacions d'aquesta entre la infància i la vida adulta. Així, autors com Freud, Abraham i Klein van situar l'origen de la depressió adulta en la infància, afirmant que les pèrdues adultes es viuen en funció de les pèrdues anteriors i revivint aquestes. S'aborda el concepte de malenconia segons Freud que va proposar l'existència d'una pèrdua desconeguda en tota la malenconia, que requereix d'un treball semblant al de la persona de dol. Es prossegueix tenint en consideració alguna de les aportacions de Klein a la comprensió de la depressió en la vida adulta. Segons aquesta autora, tota depressió adulta suposa reactivar i reviure la posició depressiva infantil. Klein interpreta l'existència de dificultats en el nen per a introjectar els seus objectes bons com un factor predisposant a la depressió adulta. S'intenta realitzar també una aproximació a la comprensió del fenomen de la culpa, diferenciant entre la culpa denominada de tipus persecutori i la depressiva. Així mateix, seguint les contribucions de Roberto Speziale-Bagliacca, qui parteix de les aportacions de Winnicott, es planteja la possibilitat de superar la "lògica de la culpa", el que al mateix temps, suposaria l'existència d'una tercera posició en termes de Melanie Klein. Finalment s'apliquen els plantejaments anteriors teòrics a les reflexions sobre un cas clínic.]

Paraules Claus: Ambivalència, culpa, depressió, dol, malenconia

Resumen:

[Se realiza un breve recorrido teórico sobre el concepto de depresión, partiendo de la existencia de un continuum entre las manifestaciones de ésta en la infancia y la vida adulta. Así, autores como Freud, Abraham y Klein situaron el origen de la depresión adulta en la infancia, afirmando que las pérdidas adultas se viven en función de las

previas y reviviendo éstas. Se aborda el concepto de melancolía según Freud quien propuso la existencia de una pérdida desconocida en toda melancolía, que requiere de un trabajo similar al de la persona en duelo. Se prosigue teniendo en consideración alguna de las aportaciones de Klein al entendimiento de la depresión en la vida adulta. Según esta autora, toda depresión adulta supone reactivar y revivir la posición depresiva infantil. Klein interpreta la existencia de dificultades en el niño para introyectar sus objetos buenos como un factor predisponente a la depresión adulta. Se intenta realizar también una aproximación a la comprensión del fenómeno de la culpa, diferenciando entre la culpa denominada de tipo persecutorio y la depresiva. Asimismo, siguiendo las contribuciones de Roberto Speziale-Bagliacca, quien parte de las aportaciones de Winnicott, se plantea la posibilidad de superar la "lógica de la culpa", lo que a su vez supondría la existencia de una tercera posición en términos de Melanie Klein. Finalmente se aplican los anteriores planteamientos teóricos a las reflexiones sobre un caso clínico.

]

Palabras claves: Ambivalencia, culpa, depresión, duelo, melancolía

Abstract:

[This paper provides a brief look into the concept of depression. It assumes the existence of a continuation between manifestations of depression in childhood and in adulthood. Authors like Freud, Abraham and Klein place the origin of adulthood depression in childhood. They claim that the way losses in adulthood are experienced is dependent on the losses which occurred during childhood. These childhood losses are later re-lived in adulthood. This paper also addresses the concept of melancholy according to Freud. He proposes the existence of an unknown loss in all forms of melancholy. He claims that to overcome loss a process similar to the mourning process is needed. This paper continues by considering the contributions of Klein to the understanding of adulthood depression. According to Klein, all adulthood depression involves reactivating and re-living the infantile depressive position. Klein interprets difficulties children experience in the introjection of good objects as a predisposing factor for adulthood depression. This paper also looks at the phenomenon of guilt. It differentiates between persecutory guilt and depressive guilt. Furthermore, this paper examines the contributions fo Roberto Speziale-Bagliacca. Speziale-Bagliacca departs from the conclusions of Winnicott and suggests

the possibility of going beyond the “logic of guilt”. This in turn supposes the existence of a third position to be included in Klein’s theory. Finally, we apply the above theoretical claims to a clinical case.]

Key words: *Ambivalence, guilt, depression, grief, melancholy*

Depressió en la infància i la vida adulta. Un continu a explorar

Les manifestacions de la depressió tant en el nen com en l’adult són molt variables, tot i no ser l’estat anímic que les acompanya sempre revelador de la situació existent. Aquest últim aspecte pot observar-se fàcilment en el cas de la depressió infantil, la qual es presenta de formes diferents de la depressió de l’adult. De manera que no necessàriament existeix un sentiment aparent de tristesa ni una expressió verbal del mateix, sinó que es manifesta principalment a nivell comportamental i/o psicossomàtic. Aquest fet ha portat fins i tot a diversos autors a qüestionar-se l’existència de la depressió infantil. Per exemple, Sandler i Joffe (1965) es referien únicament a “reacció depressiva a la infància” entenent-la com una reacció davant un ambient que deprimeix, donada l’absència de fonts de satisfacció en ell i negant, per tant, l’existència d’algun conflicte intern en el nen. Així doncs, aquests autors relacionen la depressió infantil amb la pèrdua d’una situació de benestar. De manera que defensen que fins que la constància de les relacions d’objecte no s’estableixi amb més fermesa, la pèrdua de la situació de benestar adquireix un paper més rellevant que la pèrdua de les relacions d’objecte (concepció molt diferent a la sostinguda per Klein).

No obstant, avui en dia existeixen suficients signes clínics que demostren l’existència de la depressió a la infància, malgrat manifestar-se de formes clarament molt diferents a les de l’adult. De fet, si partim de la concepció de Freud de que el JO és als primers moments predominantment corporal, el cos serà llavors el vehicle d’expressió de les emocions primitives. Així doncs, a mesura que prossegueix el desenvolupament, les manifestacions emocionals van adoptant noves formes d’expressió. El mateix succeeix amb la depressió, que progressivament va expressant-se amb més claredat, no solament a través del cos i del comportament, sinó també a través de la fantasia, l’estat d’ànim i

les verbalitzacions. De la mateixa manera, en funció de l'estadi del desenvolupament evolutiu, varien també les manifestacions defensives predominants.

En aquesta mateixa línia, i amb la intenció de concretar alguns dels criteris diagnòstics establerts per a la depressió infantil, esmentaré la proposta de Weinberg et. al. (1973). Aquest autor destaca com criteris diagnòstics, l'existència d'un estat d'ànim disfòric i d'idees de desaprovació d'un mateix. No obstant, tal i com he esmentat, aquests dos criteris diagnòstics poden faltar, però seria suficient l'existència de dos o més dels següents símptomes per poder parlar de depressió infantil:

1. Conducta agressiva.
2. Trastorns del son.
3. Canvis en el rendiment escolar.
4. Canvis en l'actitud cap a l'escola.
5. Disminució dels contactes socials.
6. Pèrdua d'energia.
7. Malestars somàtics.
8. Canvi inusual en l'apetit o el pes.

Com pot observar-se aquests símptomes (que deuen estar presents al llarg d'un mes o més), es basen principalment en la conducta del menor. De la mateixa manera, també han sigut descrites altres manifestacions comportamentals que poden encobrir la depressió infantil com la hiperactivitat i els trastorns de l'atenció, que han sigut considerats defenses maníacques davant la depressió.

Per una altra banda també han sigut explorades aquelles situacions que apareixen com principals desencadenants de la depressió infantil. Així, a més de la pèrdua d'un dels pares o de la separació d'aquests, apareix com un factor important la carència o privació. Es considera privació que un nen no sigui objecte de les atencions físiques i emocionals necessàries pel seu benestar. De fet, sembla que els efectes de la privació arriben a ser molt més devastadors que la mort d'un dels progenitors. Això es així perquè la privació dóna lloc a un retard en totes les àrees del desenvolupament, i en particular, la de la

llengua i les relacions d'objecte. De fet, moltes depressions a la infància s'associen a una història de contacte humà insuficient, essent la privació en èpoques primerenques un element fonamental com predictor d'una futura depressió.

S'han dedicat el paràgrafs precedents a explorar la depressió en la infància, incidint en algunes de les diferències existents entre aquesta i la depressió en l'adult. No obstant, no pot oblidar-se que la depressió infantil suposa la base de la depressió adulta, existint un continu entre ambdues. Així, tant Freud com Abraham i Klein situaren l'origen de la depressió adulta en la infància, afirmant que les pèrdues adultes es viuen en funció de les prèvies i revivint aquestes. De la mateixa manera, a partir de les etapes de desenvolupament psicosexual de Freud, Abraham va explicar la psicopatologia adulta com retirades o fixacions a alguna de les etapes prèvies del desenvolupament. En aquesta línia, Abraham va situar l'origen de la malenconia i la psicosi maniacodepressiva a l'etapa oral-sàdica; l'origen de la fase depressiva de la psicosi maniacodepressiva a l'etapa anal-expulsiva i el de la depressió neuròtica a l'etapa fàlica.

La malenconia segons Sigmund Freud.

Segons Sigmund Freud, la **malenconia** (terme sota el que s'inclou el que actualment sol denominar-se estats de depressió) es caracteritza per la presència de neguit, falta d'interès pel món extern, pèrdua de la capacitat d'estimar, inhibició de la productivitat i pèrdua en l'autoconcepte. A més a més, es materialitza en forma d'autoretrets i autodenigracions i pot arribar fins a l'espera delirant de càstig.

Abans de prosseguir, cal mencionar que Freud, igual que Abraham i Klein, va estudiar els estats depressius i malencònics en relació a les reaccions normals de dol. Entenent per dol la reacció que esdevé davant la pèrdua d'una persona estimada o de qualsevol objecte, abstracció o situació que faci aquesta funció. De fet, segons Freud, el dol mostra el mateixos trets que la malenconia, a excepció de la pertorbació en el sentiment d'un mateix. De forma que una persona en dol experimenta una pèrdua de l'interès pel món exterior -en tot allò que no recordi el difunt-, perd la seva capacitat de triar un nou objecte d'amor -perquè manté els seus esforços centrats en el difunt-, no realitza cap treball productiu que no tingui relació amb la persona morta, etc. Freud interpreta

aquestes característiques com una entrega incondicional al dol que no deixa espai per a altres propòsits o interessos. Però, en què consisteix exactament aquest treball del dol segons Freud?

Per a Freud, la persona en dol ha d'adaptar-se a la nova realitat, una realitat en la que l'objecte (sobre el que la persona havia dipositat la seva libido) ja no existeix i, per tant, ha de renunciar a ell. No obstant, les persones solem resistir-nos a aquest procés, vivint amb estranyesa la nova situació i podent arribar fins i tot a voler retenir l'objecte mitjançant una psicosi al·lucinatòria de desig. Tot i així, el més habitual és que prevalgui l'acatament i l'adaptació a la realitat.

Què esdevé doncs en el cas de la malenconia? Per a Freud en tota malenconia existeix sempre una pèrdua. Malgrat tot, es tracta d'una pèrdua desconeguda, una pèrdua que queda al marge de la consciència i serà, per tant, aquesta pèrdua desconeguda la que requereixi d'un treball interior semblant al de la persona en dol. D'aquí, la inhibició pròpia de la malenconia i la incomprensió de l'observador que desconeix què és el que absorbeix per complet a la persona.

Una altra característica important ja esmentada de la malenconia, fa referència a les importants reprimendes i denigracions que la persona dirigeix cap a ella mateixa. No sols el món està empobrit i buit, també un mateix. Segons Freud, no hem de descuidar aquestes reprimendes perquè en algun sentit tenen raó, i ens ajuden a comprendre la situació psicològica de la persona. A més, per a Freud, aquestes autorreprimendes constitueixen en realitat repulses dirigides cap a un objecte d'amor, però que des d'aquest, han rebotat fins al propi JO acompanyades d'autorreprimendes genuïnes que ajuden a encobrir les altres o impossibiliten el coneixement de la situació. En aquesta mateixa línia explica Freud la manca de "vergonya" del malencònic. En el sentit que solen mostrar aquestes reprimendes als altres, ja que en realitat tot allò que es retreuen a sí mateixos ho diuen en el fons dels altres. D'aquestes premisses es dedueix, per tant, que existeix en tota malenconia la pèrdua d'un objecte d'estima, però que aquesta acaba mudant-se en una pèrdua del JO. De manera que el conflicte entre el JO i la persona estimada acaba transformant-se en un conflicte entre el JO crític de la persona

(el que posteriorment Freud denominarà SUPERJÒ) i el JO de la persona alterat per identificació de l'objecte.

Un altre aspecte que Freud destaca de les persones malencòniques és l'existència de certa base narcisista en elles, ja que si fracassa la investidura de l'objecte, aquesta acaba dirigint-se cap a un mateix i així pot seguir mantenint-se el vincle amb l'objecte estimat. Freud arriba a considerar l'existència d'aquest nucli narcisista com una predisposició cap a la malenconia.

Un altre aspecte important, segons Freud, de la malenconia és que aquesta permet observar l'ambivalència existent entre els vincles d'amor. De fet, aquest conflicte d'ambivalència, d'origen més aviat extern a vegades, més aviat constitucional uns altres, ocupa un paper rellevant en la malenconia. Així, si l'estima existeix cap a l'objecte es refugia en la identificació narcisista amb ell, també l'odi dirigit cap a l'objecte s'acarnissa amb l'objecte substitutiu (el JO). Per tant, esdevé en la malenconia igual que en la neurosi obsessiva, on la satisfacció de tendències sàdiques que recauen sobre un objecte experimenta un retorn cap a la pròpia persona. Malgrat tot, en ambdues afeccions el malalt aconsegueixen mostrar la seva hostilitat indirectament, entregant-se completament a la seva condició de malalt i descuidant l'ambient més immediat (on segons Freud es troba habitualment la persona que va provocar la pertorbació afectiva). El suïcidi és entès seguint aquesta mateixa línia de satisfacció de tendències sàdiques. De forma que per a Freud "cap neuròtic registra propòsits de suïcidi que no siguin el retorn contra sí mateix de l'impuls de matar a un altre".

Un altre assumpte que es planteja Freud respecte a la malenconia (i que de nou comparteix amb el dol) és que passat cert temps desapareix sense deixar greus seqüeles. En el cas del dol sembla que pot explicar-se pel fet que el JO requereix d'un temps per poder adaptar-se a l'ordre precedent de l'examen de la realitat. En el cas de la malenconia Freud suposa un treball anàleg.

Finalment, Freud també s'ocupa de la relació existent entre malenconia i mania. Per a Freud "la mania no té un contingut diferent al de la malenconia i ambdues afeccions

pugnen amb el mateix complex, Però el JO probablement sucumbeix en la malenconia, mentre que en la mania l'ha dominat o l'ha deixat de costat" ¹, negant-lo.

1 Vegeu Freud, Sigmund "Dol i malenconia" 1917

Aportacions de Melanie Klein.

Segons els plantejaments de Melanie Klein, sempre que existeix un estat de depressió a la vida adulta, resorgeixen les ansietats, sentiments de malestar i mecanismes de defensa característics de la posició depressiva infantil. La posició depressiva infantil es caracteritza pel fet que el JO comença a comprendre la magnitud del seu sadisme (concepte molt important a l'obra de Klein, el qual maneja a través de la projecció i introjecció va estructurant el món interior de l'individu). Aquesta major comprensió, junt amb la visió/comprensió...dels objectes de forma total (i no parcial; objecte bo versus objecte dolent), fa que el JO senti angoixa respecte la possibilitat de danyar els seus objectes i que senti dubtes respecte a la seva capacitat de restaurar el dany infringit. De la mateixa manera també apareixen sentiments de culpa i responsabilitat de protegir l'objecte, així com la tristesa per la pèrdua inevitable del mateix.

Així doncs, segons Klein, l'adult deprimit reactiva i reviu la seva posició depressiva infantil. De manera que resulta imprescindible explorar els sentiments depressius i pèrdues experimentats pel nen durant el desenvolupament, perquè seran aquests els que, de nou, seran reviscuts a la vida adulta. Per a aquesta autora, els sentiments depressius que experimenta el nen arriben al seu punt culminant durant el deslletament, moment en el que el nen sent que la pèrdua d'aquest pit bo que el satisfà és el resultat de la seva voracitat i dels seus impulsos destructius cap a la mare. Si durant el deslletament el bebè fracassa en l'establiment de l'objecte estimat dins d'ell (introjecció), llavors viurà una situació de pèrdua que Klein equipara a la de l'adult malencònic. Això mateix ocorre davant altres situacions doloroses per al nen com el cas de la situació edípica, moment en el que el cercle d'objectes estimats que són atacats a la fantasia, i que, per tant, té por de perdre, augmenta. De fet, Klein interpreta aquesta

fallida del nen a l'hora d'introjectar dintre d'ell els seus objectes bons, com el factor predisposant de la depressió adulta i relaciona aquesta falta d'incorporació en el JO dels objectes bons, amb el fet que molts nens i adults deprimits tenen el temor d'acollir en el seu interior objectes morts o moribunds (especialment els pares) i de que el seu JO s'identifiqui amb ells.

Seguint amb aquesta mateixa línia dels processos d'introjecció, Klein defensa que són aquests mateixos processos els que progressivament van conformant el SUPERJÒ del nen. Per a aquesta autora, en les primeres etapes del desenvolupament, existeix un SUPERJÒ rígid caracteritzat pel seu elevat sadisme; SUPERJÒ que Klein equipara al de les persones malencòniques. Així mateix, també afirma que quant major sigui l'ansietat del Jo per temor a perdre els seus objectes estimats, major és també la lluita del Jo per salvar-los i més estricta també es converteix el SUPERJÒ.

Fent referència concretament als autoretrets propis del depressiu, Klein comparteix amb Freud que es tracta de reprimendes dirigides en realitat a una altra persona i no al JO. Per a Klein, es tracta de retrets dirigits a l'objecte dolent que emmascara també l'odi a l'ALLÒ, perquè en ell existeix amor i odi (de nou el conflicte d'ambivalència) i en qualsevol moment l'ALLÒ pot dominar el JO, el que provoca ansietat, dolor, culpa i desesperació, pilars de la tristesa. A més a més, Klein afegeix que el dubte al voltant de la bondat de l'objecte estimat, prové del dubte del nostre propi amor.

En el cas de les reaccions de dol, Klein equipara el dol adult amb alguns estats mentals que el nen travessa durant el desenvolupament. De nou, són aquests dols primerencs els que es reviu durant la vida adulta. Klein afirma que la pena per la pèrdua real de la persona estimada es veu augmentada per fantasies inconscients d'haver perdut també els objectes interns bons. Així, la persona sent que predominen els objectes interns dolents i que el seu món intern està en perill de desintegrar-se. La pèrdua de la persona estimada condueix a reincorporar dintre d'un mateix la persona que s'ha perdut, així com a reinstal·lar de nou tots els seus objectes bons internalitzats. Klein arriba a la conclusió de que en el dol normal la persona acaba reinstal·lant dintre de sí mateix l'objecte estimat perdut, així com la resta d'objectes interns bons que sentia que

havia perdut. En canvi, el subjecte malencònic fracassa en aquest intent, aspecte que s'atribueix a no haver sigut capaç durant la seva infància d'establir objectes interns bons i de sentir seguretat en el seu món intern. De fet, proposa que mai van superar la posició depressiva infantil.

Per una altra banda, Klein defensa l'existència d'una connexió genètica entre la paranoia i la malenconia. De vegades, si s'ha arribat a la posició depressiva, poden donar-se regressions a l'estat paranoic (posició esquizoparanoide), d'aquí que puguin coexistir clínicament la depressió i la paranoia greu. De fet, el temors paranoïdes poden constituir una defensa envers la posició depressiva que queda encoberta, degut a l'ansietat extrema que aquesta produeix.

Finalment, Klein també considera la mania com un mecanisme de defensa per a escapar de la malenconia. Estat en el que es nega la importància dels objectes bons, així com els perills dels objectes dolents i on l'ALLÒ intenta dominar i controlar tots els objectes. Aquests control es basa en la negació de l'enorme por que la persona sent.

La culpa.

Abans de començar a reflexionar sobre el fenomen de la culpa, sembla necessari explorar amb major profunditat què entenia Klein per posició depressiva i posició esquizoparanoide. Klein escull el terme de posició perquè vol distanciar-se de Freud, que parlava de fases i estadis que se succeeixen. Per a Klein, cada posició es caracteritza per un cúmul d'angoixes, impulsos i defenses característics. El procés que porta des d'una posició a l'altra no és ni simple ni lineal.

No obstant, la posició esquizoparanoide ve en primer lloc i es caracteritza perquè el nen petit lluita envers els seus propis impulsos destructius innats (pulsió de mort), servint-se per a això d'uns mecanismes de defensa particulars (escissió, projecció, identificació projectiva, idealització i negació, principalment). Una altra característica fonamental de la posició esquizoparanoide és que l'altra persona és dividida i viscuda com un objecte

bo per un banda, i dolent per l'altra. Es tracta d'un recurs utilitzat quan l'ambivalència, és a dir la convivència de sentiments d'estima i odi es fa insostenible. De manera que els impulsos destructius del nen són dirigits únicament cap a l'objecte dolent, que viu de forma diferent i separada de l'objecte bo.

Per la seva banda, la posició depressiva sorgeix quan el nen és capaç d'assumir que les dues parts (la mare bona idealitzada i la totalment dolenta), que abans estava obligat a tenir separades, són en realitat les dues cares d'un mateix objecte (en aquest cas la seva mare). La percepció dels objectes de forma total, junt amb la presa de consciència del nen de la magnitud dels seus impulsos destructius, fa que apareguin en el nen sentiments d'angoixa i culpa, així com el temor a perdre els seus objectes bons. Així mateix, segons Klein la culpa i l'angoixa experimentades pel nen són proporcionals a l'agressivitat que aquest sent.

Per tant, aquest procés de transició entre la posició esquizoparanoide i la posició depressiva és laboriós i dolorós, donant lloc a sentiments de pèrdua i de culpa. Per a Klein se sent "culpa depressiva" quan es comprèn que el sofriment de la persona estimada està causat pels nostres mateixos impulsos negatius i conseqüentment apareix el desig de reparació.

No obstant, si el Jo sent una culpa prematura que encara no és capaç de suportar, aquesta s'experimentarà com una persecució i l'objecte que la suscita es transforma en el perseguidor. Aquest últim tipus de culpa és el que ha sigut denominada com "culpa persecutòria", la qual tot i que tingui els seus orígens en els primers moments de la vida, continua perseguint l'individu durant el seu creixement i desenvolupament. El mateix succeeix amb l'altra culpa, que pren el seu nom de la posició depressiva. Ambdues poden acompanyar-nos al llarg del temps i també poden coexistir i interaccionar entre elles.

Entre els indicadors de la culpa persecutòria es troben les reprimendes, les inhibicions, les reaccions somàtiques, els rituals obsessius, l'impuls a fugir perseguit, els comportaments masoquistes o sàdics, la desesperació, les acusacions injustes o

misterioses, etc. En canvi, quan vivim amb gran convenciment que nosaltres som els responsables del dolor dels altres o de nosaltres mateixos, llavors el sentiment de culpa és de caràcter depressiu.

Cal mencionar que Freud també es va ocupar del fenomen de la culpa, movent-se entre dos pols. Així en Totem i Tabú de 1912, Freud va relacionar els sentiments de culpa amb l'odi del fill cap a la violència del pare. Mentre que en "Más allá del principio del placer" de 1920, relaciona els sentiments de culpa amb la pulsio de mort. Com ja s'haurà observat, Klein va reprendre el concepte de pulsio de mort de Freud i el considerà el desencadenant principal dels sentiments de culpa en el nen i en l'adult, ja que són aquests impulsos destructius els que, dirigits cap als objectes estimats, originen els sentiments de culpa, tant de tipus persecutori com depressiu. Aquesta concepció de Klein ha sigut criticada per autors com Winnicott, qui va considerar que Klein infravalorava la contribució de l'ambient (incloent l'existència o no d'una mare suficientment bona), ja que per a Winnicott el comportament patològic dels éssers humans depèn de les pulsions i de les fantasies inconscients de l'individu, però també de l'existència d'una relació patògena o insuficient amb les primeres figures de la infància. A més a més, Winnicott considerava que suposar les pulsions com únic responsable dels sentiments de culpa podia contribuir significativament a introduir culpa tant en el nen com en l'adult. A més a més, va considerar que una mare suficientment bona en un ambient facilitador, crearà l'aparició de sentiments de culpa però també de la capacitat de preocupació i de responsabilitat, que atribueix a un grau major de maduresa.

Per una altra banda, autors com Roberto Speziale-Bagliacca han estudiat la lògica que hi ha darrere del fenomen de la culpa, considerant que existeix una lògica que va més enllà d'aquesta i que la transcendeix. Es tractaria, per tant, d'una lògica (que aquest autor denomina "lògica de la responsabilitat tràgica") que no busca jugar ni sentenciar (mitjançant la recerca de les causes de la culpa sinó comprendre i explicar. Des d'aquesta perspectiva es pretén comprendre que els esdeveniments que fan que sorgeixi la culpa són el resultat d'un conjunt de causes de tipus familiar, biològic, econòmic, social, etc. Aquesta superació de la lògica de la culpa té a veure amb la reparació del self, és a dir,

amb la presa de consciència de les nostres pròpies limitacions (el que serveix també per a augmentar les nostres potencialitats). S'ha arribat a plantejar que la superació de la lògica de la culpa, d'alguna manera suposa la superació de la posició depressiva de Klein. De fet, Roberto Speziale-Bagliacca afirma que Winnicott deixa entreveure una tercera posició.

A propòsit d'un cas.

Es tracta d'una dona de 37 anys que acudeix per iniciativa pròpia a consulta en un moment de la seva vida en el que es trobava asimptomàtica. De fet la dona comenta "precisament ara estic bastant bé, així que no sé molt què explicar". No obstant, fa referència a moments de la seva vida en els que sí que ha existit cert grau de malestar. De fet, en la segona entrevista la dona explica que va patir una depressió ansiosa fa 10 anys. Encara que, inicialment, únicament diu "hauria d'haver vingut abans però no era el moment", "no crec que això de venir al psicòleg sigui venir a descarregar sinó a conèixer-se millor...". D'aquests comentaris pot desprendre's que aquesta dona ha evitat acudir abans a un tractament psicològic, de fet sembla que no podia permetre's venir abans, tal volta perquè se sentia altament angoixada i li feia por el que li ocorria. Així, solament ara quan sembla que les coses estan més aparcaades, tapades i controlades (com ella mateixa diu) pot permetre's venir i reflexionar sobre ella mateixa. De fet, un altre aspecte important de la dona és que acudeix a consulta afirmant que el que vol és conèixer-se. De manera que la persona situa el focus de treball en ella mateixa, en quines coses passen en el seu interior i que ella de vegades tapa o intenta controlar. No acudeix per a realitzar un tractament psicològic situant l'origen dels problemes i malestar que hagi pogut tenir en l'exterior, sinó que sembla que el situa en el seu interior.

Un altre aspecte que sembla rellevant de tal i com ella es posiciona davant la terapeuta durant la primera visita, és que es mostra una mica nerviosa, preguntant "i per on començo, per com sóc, per la meva història?". Sembla que li preocupa saber com es fan

les coses, què és el que ha de dir i què no, per on ha de començar, etc. Així la dona ens està comunicant que vol fer-ho bé, que es preocupa per l'opinió de la terapeuta i que, segurament, li agrada fer la majoria de les vegades i en altres contextos les coses igual de bé. Durant la primera entrevista la dona relata aspectes importants de la seva història de vida. Aspectes que ens van mostrant la nena que ha sigut, una nena que ha crescut en un entorn familiar on no escoltaven les seves pròpies necessitats i que, per tant, li han ensenyat que ella tampoc ho faci. Un entorn molt pendent de la necessitat i l'opinió de l'altre. Un entorn que prioritza les necessitats laborals de la seva mare (que treballava en un jardí d'infància i sentia que havia de respondre a les necessitats/exigències de la seva cap), en front les de la seva pròpia filla. No importava si aquesta necessitava anar a un curs acadèmic o un altre, el prioritari era que acabés quan abans millor perquè la cap de la seva mare la necessitava treballant. Sense més plantejaments. Aquest és el mateix plantejament que la pacient ha introjectat. De fet, diu "a casa meva són així. Si la Sra. Montserrat (la cap del jardí d'infants) em necessitava...doncs havia d'anar. Jo he funcionat com els meus pares, allà on em necessitin vaig. És el que m'han ensenyat". I aquest sembla que ha estat el funcionament que més o menys ha prioritzat en ella fins al moment actual. De fet a nivell laboral explica haver tingut un altre treball posterior en el que ha hagut "d'aguantar molt" i en el que s'ha implicat com si fos seu, així com a la seva feina actual on la seva cap refereix "és fàcil abusar d'ella perquè no sap posar límits".

No obstant, aquesta forma de funcionar tant centrada en l'altre i en les seves necessitats, fins el punt que aquestes semblen una extensió de les necessitats pròpies, apareix també en uns altres àmbits. Així, sembla que ha estat sempre molt pendent de l'opinió del seu marit i que ha pres decisions que tenen a veure amb ella (com deixar de treballar o no, o muntar el seu propi negoci) en funció dels consells i, podríem dir, de les necessitats del marit. Tot això ens porta a plantejar-nos fins quin punt aquesta dona té o ha tingut dificultats per prendre decisions de forma individual. Fent referència, fins i tot, al mateix fet d'acudir a consulta, ja que acut en el moment en el que la seva cap li ho aconsella i amb la terapeuta que aquesta li diu. I això sembla ser així, donat que el missatge familiar sembla també anar més enllà del "dóna-ho tot, a canvi de res". Mitjançant les explicacions que porta la pacient a consulta, es pot llegir entre línies un

missatge familiar del tipus “ets tant dolenta/poca cosa que sola no et podràs manegar i per això hauràs d’acceptar tot el que l’altre digui o faci”. De fet, la dona explica haver treballat durant 9 anys al mateix jardí d’infància que la seva mare sense rebre res a canvi, i sense rebre un sou. Però, a sobre, quan la pacient dóna un pas cap a l’autonomia i la diferenciació i decideix cercar una altra feina, la resposta paterna va ser: “i amb lo difícil que és trobar feina, tu la deixes?” Sembla que tracti de dir-nos: “conforma’t amb això, no tens dret a res més”.

Així mateix, aquesta manera de funcionament que hem descrit té més repercussions, ja que la dona explica haver començat a treballar als 13 anys, tots els dies de la setmana i fins les deu de la nit durant nou anys. Això ens porta a preguntar-nos quina mena d’infància/adolescència ha tingut aquesta dona, on ha quedat el temps per a ella mateixa i les seves amistats. Així com quin tipus de Superego ha interioritzat, quin ideal del jo. La seva filosofia de vida és la d’ “aguantar”, la d’èsser una persona treballadora i sacrificada pels altres i, a més a més, sense dret a queixa. No obstant, la dona explica tots aquests esdeveniments dient que ha estat feliç. Aspecte que ens fa pensar en mecanismes de defensa com la negació i la idealització, els quals li permetrien no contactar amb tot el dolor i malestar que genera que les necessitats pròpies no siguin ateses ni per un mateix ni pels altres. Un exemple clar del mecanisme de negació apareix quan la pacient explica que va haver de repetir setè curs però que li va agradar haver-ho de fer, perquè així les coses no eren tant difícils i perquè d’aquesta manera ella era la més gran. I tot i que aquests aspectes pot ser que estiguessin presents, apareix negat tot el malestar que sol anar associat a repetir un curs acadèmic, en quant al canvi de companys de classe i en quant als sentiments d’incapacitat o dificultat.

Si continuem explorant el tipus de funcionament familiar, tal i com la pacient diu apareix “una història familiar complicada”. Així, la mare de la pacient va marxar de casa dels seus pares perquè el seu pare li pegava, va viure la mort d’un marit i després es va casar amb un germà d’aquest, de manera que la germana de la pacient és al mateix temps la seva cosina. La germana de la pacient va marxar de casa amb quinze anys i la pacient afirma “és com si no tingués germana”. La pacient diu tenir “un tiet boig que consumeix drogues i es pertorba”. Però, a més de tots aquests conflictes familiars, val la pena

destacar la tendència en el nucli familiar d'evitar qualsevol enfrontament amb l'altre, complint en tot moment amb els desitjos de l'altre. Fins el punt que els pares de la pacient van fugir d'amagades a viure a una altra localitat evitant fer front als seus tiets, abandonant així tot el que havien aconseguit fins el moment (una casa i un bar) i continuant amb el pagament d'aquesta casa a fi que els seus tiets continuessin vivint en ella. Resulta sorprenent aquesta desmesurada tendència a complaure i evitar la confrontació amb els altres. De fet, ens podem preguntar respecte les fantasies que aquesta família sosté sobre que els hi pot ocorre als seus objectes si deixen de ser tant complaents. Tal vegada existeix una por atroç a produir molt patiment, o a destruir-los. No tenim cap evidència de l'agressivitat/frustració que aquesta família podia sentir davant d'aquests conflictes amb els tiets però, amb tota seguretat aquesta estava present, tot i que segurament bloquejada i mantinguda fora de la consciència, a més de projectada a l'exterior. D'aquí la por tant a ser danyat pels altres, com a danyar-los, mostrant-se totalment complaents amb aquests.

Tot i les característiques de funcionament descrites fins ara, la pacient acut a consulta afirmant "vull aprendre a manegar-me d'una altra manera", "vull treure'm aquesta llança encara que em faci patir. Però no ho puc fer sola". Així sembla que aquesta dona ha evolucionat des d'un funcionament més indiferenciat respecte els seus pares, on prevalen les necessitats dels altres davant les pròpies, on el malestar està negat, on algunes situacions viscudes s'idealitzen i existeix un manca de confiança en si mateixa, fins el moment actual on es capaç de diferenciar-se dels seus pares, de mostrar-se crítica amb ells i de mostrar cert insight respecte la seva manera de funcionar. Per exemple, la pacient diu "ara penso que els meus pares no haurien d'haver-me fet treballar tant d'hora. Jo no ho faria amb els meus fills". En aquest sentit, ja va existir un moment important de diferenciació quan la pacient decideix abandonar el seu treball al jardí d'infància que compartia amb la seva mare i buscar una feina remunerada. De la mateixa forma pot ser entesa la situació actual. Així la pacient acut a consulta amb plantejaments com els següents: "Per què no puc muntar el meu propi negoci?", "jo vull arriscar-me i fer alguna cosa que reverteixi en mi mateixa". Sembla, per tant, disposada a dedicar-se a si mateixa, quelcom que segurament no ha realitzat abans.

Un altre aspecte que crida l'atenció de la història de la dona, es que es va quedar embarassada de manera sobtada als 19 anys. En aquesta ocasió, també apareixen negades totes les dificultats que un embaràs d'aquestes característiques comporta, i més en el context d'una relació de parella poc estable. De manera que la pacient només diu "va ser una alegria". Existeix també una altra característica cridanera al respecte i és que la pacient afirma "jo estava bé així, embarassada", *sense referir-se directament al desig de tenir el fill real*". En ocasions, aquest fet pot atribuir-se al sentiment de contenir quelcom bo dintre d'un mateix, que després pot resultar difícil deixar marxar. Podríem fins i tot dir que, mitjançant el procés de cria dels seus fills, aquesta dona ha pogut anar introjectant característiques bones d'ella mateix, desconegudes abans, i augmentant la confiança en ella mateixa.

Fent referència als continguts que apareixen a la segona entrevista, s'observa que la pacient arriba tard, amb molts dubtes i amb cert nivell d'angoixa per temor a haver confós l'hora de visita i a molestar la terapeuta. Així mateix, la pacient explica el seu temor a ser massa impulsiva, així com l'angoixa que ha experimentat perquè hi va haver coses que no va explicar a la terapeuta durant la primera sessió. Sembla que la pacient s'ha sentit francament angoixada i culpable perquè sent que hi ha coses que hauria d'haver explicat i que no ho ha fet. Però, a més, això ens permet conèixer les estratègies que utilitza per manegar-se amb la culpa depressiva i l'angoixa, apareixent el control com una d'aquestes. Així, sembla voler que tot surti perfecte i estigui sota control (no arribar tard, no molestar, no ser impulsiva, contar-ho tot, etc.) com una forma de no danyar la terapeuta i de no sentir-se ella altament culpable, ja que el domini vers els objectes impedeix que aquests siguin danyats.

L'aspecte que la pacient no havia contat durant la primera sessió fa referència a la depressió amb símptomes ansiosos que va patir fa deu anys. La simptomatologia depressiva, junt amb les característiques explorades fins el moment, fan pensar en una patologia del conflicte. De manera que el símptoma presentat és el resultat de l'existència d'un conflicte psíquic, de la presència de tendències contradictòries en ella mateixa. De fet, es pot observar l'existència del conflicte d'ambivalència amor-odi en vincles significatius per la pacient (per exemple, amb el seu pare), així com l'existència

d'un Superego o superjò altament estricte que s'ha d'haver encarregat de reprimir els seus impulsos més destructius i agressius. Així mateix, la persona se n'adona de l'existència d'algun conflicte al seu interior i es capaç de verbalitzar-ho mitjançant la paraula (i no necessàriament a través de la relació amb l'altre).

Continuant amb els símptomes que va presentar la pacient, és a dir, tristesa, angoixa, no poder empassar el menjar i por a no poder respirar, sembla que ens indiquen que va arribar un moment en que la pacient ja no podia més (la defensa va fallar i va aparèixer el símptoma), no podia empassar, no podia aguantar més. La pacient ho va passar molt malament però, tot i així "havia de sobreposar-se ella sola", "amb control" i sense que ningú li preguntés res. De nou sembla que emergeix aquí el Superego rígid de la pacient que li exigeix fer-ho ella sola i fer-ho bé. De fet, la pacient relaciona la simptomatologia que va presentar amb la situació laboral que vivia en aquell moment, en la que ella mateixa afirma que havia de fer-ho tot molt bé i que tot requeia en ella.

Cal destacar, que la pacient es deprimeix uns dos anys després de la mort del seu pare. Val la pena repassar una relació carregada d'ambivalències amb el seu pare, un pare alcohòlic, amb cirrosi, al que no entrava a veure a la seva habitació, malgrat que aquest vivia amb ella i el seu marit, i al que va veure únicament en morir i "de reüll". Sembla que no pogués mirar el seu pare, tal vegada per la intensa ambivalència que sentia vers ell. De fet, la pacient experimenta una intensa culpa persecutòria respecte la relació amb el seu pare, sent que no es va portar bé amb ell. Una culpa que se li fa intolerable, d'aquí que l'objecte que la suscita (el seu pare) es transformi en un perseguidor que se li apareix des de la tomba (en forma de somnis), recordant-li que encara no és mort i dient-li que s'ofega. Aquesta situació d'intensa angoixa es relaciona amb la concepció de la mort que té la pacient, ja que per aquesta la mort no existeix. És més, un mateix no mor, sinó que el maten els altres en equivocar-se i enterrar-te viu. Sembla aquesta una idea fixa que sosté la pacient i que es troba al marge de la realitat i que, d'alguna manera, pot relacionar-se amb la intensa negació que realitza la dona de totes aquelles situacions generadores de malestar, com és el cas de la mort. Podríem entendre aquestes angoixes com ansietats psicòtiques dintre d'un funcionament predominantment neuròtic.

Un altre aspecte que crida l'atenció és que la pacient afirma "entenc el que és morir-se de por. Jo ho he sentit". Amb aquesta frase la pacient es refereix a les terribles pors que experimentava de petita. De fet, la dona explica que veia cares quan encara dormia al llit bressol. Així mateix, relata un succés ocorregut de petita en el que va veure abans d'anar a dormir un home estirat i tapat amb un llençol en el sofà. Totes aquestes pors fan pensar en l'existència en la pacient d'importants impulsos destructius, que d'alguna manera projecta en el seu exterior i acaba vivint de forma persecutòria. A més, d'alguna manera aquest home estirat i tapat completament amb un llençol pot recordar la mort, a un mort. En realitat, no sabem si això és així però, si hipotetitzem al respecte ens podem preguntar, a qui volia veure exactament la dona en el sofà?, ha desitjat alguna vegada la mort d'alguna persona?, tal vegada del seu pare?... Si això fos així s'incrementarien molt més els sentiments d'angoixa i culpa persecutoris.

Per altra banda, la dona fa referència a somnis que se li repeteixen a l'actualitat. Són somnis que de nou reflecteixen l'existència d'ansietats persecutòries (existeix alguna persona que la persegueix però, no pot girar-se a veure qui és per la intensa por, i tal vegada dolor, que això li suposaria). Davant d'aquesta situació d'angoixa torna a aparèixer el control com a forma de manegar-se, així la dona somia que vola i que és ella qui decideix la direcció i l'alçada del vol. Que és el mateix que la dona sembla voler realitzar ara amb la seva vida, "portar les regnes i tenir-ho tot sota control". Cal explorar més, què passaria si desaparegués aquest control?. De fet, els somnis que es repeteixen a l'actualitat, també són reflex de que la dona està coneixent diferents aspectes d'ella mateixa, uns bons i altres dolents, que no li agraden, i que els està integrant. D'aquí, els somnis que presenta en que apareixen diferents personatges que finalment resulten ser ella mateixa.

Bibliografia:

Coderch, J. (1987). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona. Herder.

Freud, S. (1917) Duelo y melancolía. Dins Strachey, J. *Sigmund Freud. Obras Completas. Contribución a la historia del movimiento Psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras* (12ª ed., p. 235-258). Buenos Aires. Amorrortu.

Klein, M. (1934). Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos. Dins *Obras Completas de Melanie Klein*. (Vol. II, pàgs 253-278) Buenos Aires: Paidós-Horme.

Klein, M. (1937). Amor, culpa y reparación. Dins *Obras Completas de Melanie Klein*. (Vol. 6, pàgs. 135-171) Buenos Aires: Paidós-Horme.

Klein, M. (1940). El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos. Dins *Obras Completas de Melanie Klein*. (Vol II, pàgs 279-301) Buenos Aires: Paidós-Horme.

Klein, M. (1948). Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa. Dins *Obras Completas de Melanie Klein*. (Vol. III, pàgs 237-251) Buenos Aires: Paidós-Horme.

Laplanche, J., Pontalis J., y Lagache D. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires. Paidós.

Speziale-Bagliacca, R. (2002). *La culpa: Consideraciones sobre el remordimiento, la venganza y la responsabilidad*. Madrid. Biblioteca nueva.

Ressenyes:

Barbosa Colomer, P. (2013). Psicopatología y test gráficos. Barcelona: Colección Salud Mental, Fundació Vidal i Barraquer, Herder.
Realitzada per Teresa Pont Amenós

És una satisfacció per mi escriure aquesta recensió del llibre sobre Gràfics, que el Pere Barbosa Colomer ha publicat per la revista de l'ACPP.

L'autor té una àmplia experiència diagnòstica i terapèutica a través de la seva dedicació a la tasca de psicòleg clínic en el camp del diagnòstic (amb la utilització de tests) i de tractaments psicoterapèutics, en consulta pública i privada.

En Pere Barbosa és Especialista en Psicologia clínica, Psicoterapeuta per l'ACPP- (Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanalítica), de l'AEPP (Associació Espanyola de Psicoteràpia Psicoanalítica), de l'EFPP (Federació Europea de Psicoteràpia Psicoanalítica) i de la FEAP (Federació Espanyola d'Associacions de Psicoteràpia). També és Mestre. És membre fundador i didacta de l'ACPP i de la SCRIMP (Societat Catalana del Rorschach i Mètodes Projectius), entitat en la que ha ocupat també el càrrec de president. Ha desenvolupat molts anys de docència universitària a la Fundació Vidal i Barraquer sobre Gràfics, i fruit d'aquesta experiència ha sorgit el projecte d'escriure aquest llibre.

De la lectura del llibre m'agradaria destacar diferents aspectes que m'han resultat molt estimulants:

- És un llibre sobre el H.T.P. que feia falta. Els Test Projectius Gràfics representen un àmbit on, malauradament, existeix escassa bibliografia. L'aprofundiment que el Pere realitza sobre aquest test (en un nivell avançat), amb una visió específica com autor a partir de la seva pròpia experiència vivencial i bagatge professional, és important, de valorar i d'agradir pel col·lectiu de la salut mental, especialment en tot el que es refereix al psicodiagnòstic. Encara que està escrit en un nivell de profunditat sobre l'H.T.P., -per

a psicòlegs avançats en el seu coneixement-, considero que també pot ser comprès i servir de gran estímul a qui s'inicia en l'estudi d'aquest específic test.

- La frescor i passió del Pere pels test gràfics, dels que tots sabem n'és un acèrrim defensor, unit a la seva manera de ser, també apassionada, implícita en la forma en com ho expressa, crec que incideix en que el lector pugui connectar de seguida amb l'aprofundiment d'aquesta tècnica específica del H.T.P. i es contagiï del seu desig per continuar aprenent, sabent i ampliant més sobre Gràfics.

Gaudir de la seva experiència professional i saber en temes de treball conjunts al voltant de les Tècniques projectives, sempre ha estat per mi una vertadera satisfacció, ja que en Pere contagia el seu apassionament per tot el que l'interessa i té entre mans.

- També és d'apreciar el reconeixement constant que en Pere manifesta envers l'obra d'Elsa Grassano (1978), com autora especialitzada que va contribuir a promoure el coneixement del test. A ella pren com a referència bàsica i fonamental del seu llibre que ha guiat i orientat, essencialment, el seu treball amb les tècniques projectives en l'àmbit del psicodiagnòstic, i així ho reconeix quan s'hi refereix sovint, de forma sistemàtica. De totes formes, i en relació a això, vull destacar, que la manera com ell la incorpora, com mostra el seu coneixement i l'integra en l'enfocament del mateix test, amb la seva pròpia forma de veure i d'entendre el test en l'actualitat, crec que li dóna una singularitat i originalitat a la seva aportació, dignes de consideració.

El seu treball, tractant de vincular la teoria psicodinàmica basada especialment en Melanie Klein (encara que citi, també, a altres autors), amb la psicopatologia i les tècniques projectives gràfiques, per medi dels quadres clínics més significatius, permet una contribució útil entorn al diagnòstic diferencial pels estudiants i professionals interessats en el coneixement de la persona, des de diferents vessants.

- L'enorme riquesa i varietat de les inèdites il·lustracions gràfiques que el Pere aporta com exemples, fruit de la seva pròpia i amplia experiència clínica amb pacients (que acompanyen les seves explicacions teòriques a l'hora d'abordar el llibre i d'aprofundir en l'H.T.P.), considero que resulta un altre factor que dona gran valor i utilitat al llibre,

al resultar important font d'estímul pels estudiants i professionals que volen aprendre "de, i amb la pràctica". Això és quelcom que sempre és molt valorat en el nostre àmbit psicodiagnòstic, ja que, malauradament, i sobretot quan els psicòlegs s'estan formant, encara no hi ha prou experiència pràctica ni bagatge propi suficient i no es compta amb prou existència d'exemples d'experiència, habitualment (sobretot, quan encara, el llenguatge no verbal a través del grafisme, es precisament, una tècnica poc coneguda i emprada pels psicòlegs).

Per altra part, la descripció més extensa que fa dels dibuixos, des del punt de vista de desenvolupament i aprofundiment dels gràfics, assentats sobre una base de coneixements avançats, que consten en els capítols 3, 4 i Annex, són, pel meu gust, de les coses que he trobat més interessants. Aquesta seria una de les parts més vàlides del llibre.

- Pere divideix el llibre en tres apartats que desenvolupa al llarg dels quatre capítols i dos annexes.

En el primer capítol, explora i descriu de forma diferencial, els grans quadres teòrics psicopatològics (neurosi, psicosi i psicopatia), que serviran de base pel següent capítol. En el segon, indica els indicadors gràfics que defineixen i particularitzen aquests quadres patològics i permeten establir un diagnòstic diferencial. En el tercer, tracta diversos significats e interpretacions psicològiques, a través de l'estudi de tres casos clínics i exemples il·lustratius molt interessants.

En el quart capítol, descriu diferents quadres nosogràfics per medi de distints indicadors específics (en l'Annex que el segueix, també senyala els trets característics de nuclis psicòtics en exemples gràfics d'adults). I en el cinquè i darrer capítol, apunta diversos camins que serveixen per interpretar el test de l'arbre i la casa a partir d'elements diferencials (semblant establir aquí una certa compensació, segons Pere expressa, a l'escassa bibliografia que existeix sobre aquests determinats gràfics, a diferència de la figura humana). En aquest capítol, exposa uns conjunts de trets gràfics corresponents a estructures normals o neuròtiques, psicòtiques i psicopàtiques, exemplificant i

confirmant, -les diferents variables gràfiques-, les diverses estructures patològiques i normals, tot emfatitzant, el Pere, com a dada essencial a tenir en compte, que per una comprensió apropiada dels conflictes i de l'estructura i dinàmica de la personalitat, sempre és necessari una integració sintètica de tots els significats de les variables gràfiques, i una conjunció a nivells més profunds d'aquests significats. El llibre acaba amb una bibliografia àmplia i útil sobre el psicodiagnòstic, especialment, del H.T.P..

- Per altra part, considero que l'encapçalament que en Pere escriu a l'inici del llibre (*"De la clínica a la teoria y de la teoria a la clínica"*), és un objectiu plenament aconseguit i que es compleix, abastament, al llarg de tota la seva lectura. Pere tracta d'exposar el resultat de tota una reflexió científica referent a una important pràctica clínica. Va de la teoria psicoanalítica subjacent al test H.T.P. a la pràctica-clínica a través dels dibuixos amb gran riquesa de continguts i, d'aquests, a la teoria, entrellaçant-se e interactuant entre sí, de manera fluida, en tot el llibre.

Amb la seva exposició comunicativa, pràctica i útil, a la vegada que seriosa, l'autor denota una molt sòlida formació en Psicologia psicoanalítica, cosa que, conjuntament amb la seva experiència clínica i reflexió teòrica i científica, fa que li atorgui al llibre un gran valor didàctic.

I per finalitzar, m'agradaria felicitar l'autor per aquest llibre que aconsegueix l'objectiu de mostrar com, quan s'incrementa la formació psicodinàmica i utilitza adequadament tests gràfics com el H.T.P., es permet i facilita als clínics un psicodiagnòstic diferencial en el camp de la salut mental. Considero que ha sigut el gran objectiu i aportació més original del Pere: possibilitar que el test projectiu gràfic HTP es converteixi en un gran instrument de psicodiagnòstic diferencial.

Pont Amenos, T (2012). Psicodiagnòstic diferencial amb test gràfics.

Madrid: Síntesis.

Realitzada per Pere Barbosa Colomer

És agradable presentar un llibre sobre les tècniques projectives gràfiques, d'una autora del nostre país. No hi ha gran abundància de llibres sobre tècniques gràfiques escrits per persones del nostre entorn professional i de la nostra nacionalitat. Alguns autors de llibres, coneguts per mi, són: ME Romà, M. Vives, M. Xandro, J.I. Lluís, M. Bé, J.M. Cid - S. Urbà, C. Maganto-J.M. Maganto, A. Machón ..., és probable que m'oblidi d'alguns més. Aquest fet de ser un dels pocs que escriuen seriosament sobre tècniques gràfiques, ja és un primer mèrit a destacar, de l'autora Teresa Pont.

Aquest llibre, permet destacar dues característiques importants de l'autora: la primera, és que el document és fruit d'una professional amb molta experiència clínica i, la segona, que ella també presenta una àmplia experiència docent; aquestes dues característiques comporten la redacció d'un bon llibre.

En ell, Teresa Pont tracta d'exposar el resultat de tota una reflexió científica referent a una important pràctica clínica. L'autora té àmplia experiència diagnòstica i terapèutica en el camp de la delinqüència, en diferents maneres d'entendre i tractar els conflictes dels joves i en el tema de violència física i psíquica i abús sexual en nens i adolescents. Tot això l'ha portat a participar en el treball pericial professional en els tribunals de justícia catalans en intervencions específiques en aquests àmbits. D'altra banda, presenta, a més, una àmplia història de dedicació a la tasca de psicòleg clínic en el camp del diagnòstic (amb la utilització de tests) i de tractaments psicoterapèutics, en consulta pública i privada.

Teresa Pont és psicòloga especialista en Psicologia Clínica i psicoterapeuta, és membre de l'ACPP (Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanalítica), de l'AEPP (Associació Espanyola de Psicoteràpia Psicoanalítica), de l'EFPP (Federació Europea de Psicoteràpia Psicoanalítica) i de la FEAP (Federació Espanyola d'Associacions de Psicoteràpia). Tota aquesta activitat professional implica una sòlida formació i profunda experiència, que es

constata en el seu llibre a través de la profunditat psicoanalítica que el coneixement, riquesa, amplitud, informació i abundància dels casos pràctics exposats, presenten. Per altra part, cal esmentar la seva gran experiència docent universitària, com: professora de postgrau i màster de Grafopsicologia, Criminalística i Paidopsiquiatria a la Universitat Autònoma de Barcelona, professora de màsters de Psicopatologia clínica, legal i forense, a la Universitat Internacional de Catalunya (UIC), de Psicopatologia dinàmica a la Universitat de Barcelona (UB), en la UAB, a la Facultat de Psicologia de la Universitat de Girona, i com a docent dels cursos "Tests Gràfics", en la Formació Continuada de l'ACPP i, a la Societat Catalana de Rorschach i Mètodes Projectius (SCRIMP), entitats en les que és membre activa.

Aquesta activitat docent tan àmplia i variada, li permet la redacció i selecció de temes amb una exposició clara i comunicativa, a la vegada que seriosa i científica, pràctica i útil, aconseguint un llibre de gran nivell formatiu, adequat a les situacions reals amb què es troben els psicòlegs clínics en la seva pràctica diària. És un llibre en què es nota que qui el redacta, ha viscut abans el que explica, sap de què parla, per haver-ho vivenciat prèviament; d'aquí la seva utilitat pràctica pel gran bagatge de formació teòrica-tècnica que subministra als lectors.

L'autora denota una molt sòlida formació en Psicologia projectiva, en Tècniques Projectives, especialment en tests projectius gràfics. Ella ha escrit abans, sis llibres, i més de quinze articles, científics. El seu gran coneixement i experiència en tests gràfics, així com la seva àmplia docència, i la seva fecunditat en escriure llibres i articles sobre la seva experiència clínica i reflexió teòrica i científica, es nota, en la forma i el contingut adequats i oportuns d'aquest últim llibre, cosa que li donen gran valor didàctic.

Vull fer notar un parell de realitats d'aquest llibre. És una obra original i pionera en la tasca i el treball del psicodiagnòstic amb tests projectius gràfics.

La primera realitat que observo rau en el gran nombre de gràfics de pacients que presenta en l'obra. En general, pocs llibres sobre tests gràfics, inclouen la gran quantitat de dibuixos que es presenten en aquest llibre. En moltes ocasions els dibuixos són escassos, i serveixen d'una manera molt succinta per exemplificar, una mica, el que es

diu, amb moltes paraules. Aquí és a l'inrevés; gairebé en primer lloc, hi ha un predomini de dibuixos, de gràfics, ja que, no en va, es tracta d'un llibre sobre tests gràfics. Els dibuixos no serveixen, com si es tractés d'alguna vinyeta per exemplificar el que s'ha dit amb les paraules, sinó que es constitueixen en un element molt important i bàsic, del que es pretén aconseguir amb el llibre: coneixement i interpretació dels tests gràfics. El gràfic per al gràfic. L'abundància i la primera preocupació sobre dibuixos de tests gràfics, en aquest llibre, constitueix un dels elements que atorguen gran validesa a aquest.

La segona realitat que trobo en aquest llibre, i que el transforma encara, en més original i pioner, és que mig llibre (la part Tercera), està destinat a exposar casos clínics. Tot just hi ha, en el camp de la salut mental, llibres de casos. Es coneixen articles en què, amb prou feines, es presenta un cas. Hi ha institucions que durant el curs escolar presenten una sèrie de casos clínics, però hi ha molt poques publicacions, al nostre país, referents exclusivament a casos clínics. Coneixem només algunes obres: Tizón, Torras de Beà, Poch, Arca Silva, Núñez, Camp i Ribera, Cayssials, Maganto, i, cap d'aquestes obres, es refereix a casos, utilitzant els tests gràfics. L'única publicació, un llibre, en què una gran part es refereixi a tests gràfics és el llibre de Teresa Pont que estem comentant. Realment això és pioner, exclusiu.

L'autora ja va publicar un llibre (1998, Herder): "Breus trobades amb delinqüents. Aportacions psicològiques a la justícia penal", en què en una part d'aquest s'exposaven una sèrie de casos, amb tests projectius gràfics. En el llibre que presentem apareixen 20 casos. S'hi comprova com, bàsicament, a través, dels tests projectius gràfics de cada pacient, s'aconsegueix realitzar un diagnòstic diferencial del subjecte. Aquests casos abasten un ampli camp de patologies: esquizofrènia, paranoia, trastorn límit, trastorn narcisista, histriònics, perversions, abús sexual ..., de gènere: dones, homes, i d'edats: nens, adolescents i adults. Els casos són exposats amb amplitud i profunditat, bastant extensió, ben programats i ben organitzat el material de cada cas, acabant amb una seriosa conclusió; casos molt clars i ordenats. Creiem que aquesta secció de casos, és un altre dels elements que donen gran valor i utilitat al llibre. Pensem que aquesta introducció dels casos, fa a l'obra molt vàlida i de gran eficàcia, per a tots els que es dediquen al camp del psicodiagnòstic.

En diversos casos realitza una integració diagnòstica amb els gràfics i altres tests coneguts i utilitzats en el camp professional (com ara el T.R.O. de Philipson, Bender, Hutt i WISC, però sobretot el Rorschach). Els tests gràfics, fonamentals emprats, són bàsicament el H-T-P, el Dibuix de l'Animal, el test de la família i la tècnica del dibuix lliure, utilitzant també, de manera profusa, les entrevistes als subjectes, i en determinats casos als pares. Veure l'eficàcia i la utilitat pràctica dels tests projectius gràfics, en el camp clínic, és una de les aportacions més positives que l'autora del llibre realitza amb aquesta publicació.

El llibre està distribuït en tres parts. Primera Part: "Utilitat dels gràfics per al coneixement psicològic". Segona Part: "Elements bàsics per interpretar els tests gràfics". Tercer Part: "Els tests projectius gràfics com a instruments per al psicodiagnòstic diferencial".

En la primera part, l'autora exposa, com diferents conjunts de variables gràfiques, expliquen i donen a conèixer, aspectes de l'estructura i de la dinàmica de la personalitat. Hi ha (Cap. 1), una sèrie d'elements gràfics que permeten constatar el funcionament psicodinàmic de la personalitat. Assenyalen les següents característiques de la personalitat: La Capacitat del Jo, Els Mecanismes de Defensa, les relacions objectals, Els impulsos, Les Fantasies Inconscients, Les Ansietats i les seves Defenses. Un altre punt d'aquesta primera part, és la descripció dels Mecanismes de Defensa, capacitats constants i característiques que usa un subjecte com a reacció per manejar les ansietats, temors, davant els desitjos i culpes que comporta la vida.

L'autora ens assenjala (Cap. 2), els Mecanismes madurs i els Mecanismes immadurs (Cap.3). Fa una llista molt completa de tots ells, presentant diversos exemples gràfics molt nítids i clars, corresponents a cada un d'ells, i acompanyats d'un breu però adequat comentari. En aquesta part queda oportunament exposat, com certes variables gràfiques ajuden a adonar-se de l'estructura i la dinàmica de la personalitat.

En la Segona Part, es proposa mostrar uns elements bàsics per a la interpretació dels gràfics. Hi ha una sèrie d'indicacions gràfiques que permeten detectar la normalitat o la

patologia del subjecte. Algunes d'aquestes variables gràfiques són (Cap. 4): Integració de l'aparell psíquic, Capacitat de plasticitat i moviment, Adequació lògica-formal, Funcions simbòliques i Actitud del subjecte davant la tasca a realitzar. En el text s'expliquen, amb molta claredat, les variables gràfiques que permeten definir l'adequat o no, de les diferents configuracions gràfiques que permeten afirmar la presència o absència, i la intensitat de la patologia. A part de l'enumeració i explicació dels conjunts de traços gràfics, els gràfics assenyalats permeten comprendre millor els conceptes per l'abundància i adequació dels grafismes que presenta.

Al Cap. 5, presenta uns conjunts de trets gràfics corresponents a estructures normals o neuròtiques, psicòtiques i psicopàtiques, exemplificant i confirmant les diferents variables gràfiques, les diverses estructures patològiques i normals. Per a una comprensió apropiada dels conflictes i de l'estructura i dinàmica de la personalitat, no és suficient, com diu l'autora, la interpretació tipus diccionari: tret gràfic-significat corresponent; és necessari una integració sintètica de tots els significats de les variables gràfiques, i una conjunció a nivells més profunds d'aquests significats. Per tot això, l'autora, (Cap.6), presenta una sèrie d'indicadors gràfics del sofriment intern i extern, així com dels dèficits bàsics de l'entorn sociofamiliar.

Hi ha una aportació de característiques generals dels dibuixos HTP. És molt interessant la introducció (Cap. 7), amb una sèrie d'indicadors de patologia o normalitat a l'àrea sexual dels individus, s'aporten diversos dibuixos que així ho il·lustra clarament. Finalitza aquesta segona part del llibre (cap.8) formulant unes poques però sintètiques pautes que permeten la interpretació dels dibuixos efectuats pels subjectes.

L'autora parla sobre la integració de les dades obtingudes per altres camins, entrevistes, altres proves, observacions de conductes i altres fonts, exemplificant-ho a través de diversos dibuixos d'un mateix subjecte. Ella insisteix en la necessitat d'integrar totes les dades i significats rellevants obtinguts dels trets gràfics, en una àmplia i profunda síntesi comprensiva, i en la importància de no perdre en una anàlisi obsessiva de cada detall gràfic. Acaba el capítol formulant una sèrie de dades respecte al bon i mal pronòstic evolutiu a través dels gràfics.

A la tercera part del llibre, (Cap. 9 a Cap. 28), la més extensa, presenta directament, a través de casos clínics, el gran objectiu e intervenció més original de l'autora en el seu llibre: com els tests projectius gràfics es converteixen en grans instruments de psicodiagnòstic diferencial. Els 20 casos, presentats de manera àmplia, aborden diferents elements: Historial, Entrevistes, Tests Gràfics, i les Conclusions Diagnòstiques. Cada cas mostra, amb una extensió oportuna i eficient, diferents patologies, referents a subjectes de diferent gènere i diferent edat. Aquesta seria una de les parts més vàlides del llibre.

El llibre acaba amb una bibliografia orientativa, àmplia i útil en els seus temes sobre el psicodiagnòstic i les tècniques projectives gràfiques.

Finalitzem felicitant l'autora per aquest llibre, un dels escassos llibres sobre tècniques projectives gràfiques realitzat per un clínic expert del nostre entorn. Escrit en un segon nivell de profunditat sobre gràfics, -per a psicòlegs avançats en el seu coneixement-, però que pot ser també fàcilment comprès i servir de gran ajuda a qui inicia la seva trobada amb els tests gràfics.

És un llibre que aconsegueix d'una manera completament satisfactòria, l'objectiu de veure com els test gràfics permeten i faciliten un psicodiagnòstic diferencial en el camp de la salut mental.





Màster semipresencial en Psicoteràpia Psicoanalítica (10a edició)

Títol propi de la Universitat de Girona

Màster de Perfeccionament en Psicoteràpia Psicoanalítica

Curs 2015-2016

Reconeguts per la “European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy” (EFPP), per la “Asociación Española de Psicoterapia Psicoanalítica” (AEPP) i acreditats per la “Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas” (FEAP).

Màsters de Formació en Psicoteràpia Psicoanalítica

Entitat promotora:

Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanalítica

Directores: Elizabeth Llorca
Montserrat Martínez del Pozo
Marta Sadurní

Coordinadors: Jesús Gracia
Núria Tomàs

Des de l'any 1994 l'Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanalítica, ACPP ofereix formació en psicoteràpia seguint els criteris de:

- European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy (EFPP). L'EFPP associa als psicoterapeutes de les Seccions: Infants i adolescents; Adults; Famílies, grups i

organitzacions. Aplega més de 13.000 psicoterapeutes psicoanalítics dels països integrants de la Unió Europea que treballen en l'àmbit públic i/o privat.

- Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP- Sección de Psicoterapia Psicoanalítica). La FEAP està integrada a l'EAP (European Association of Psychotherapists), amb seu a Brussel·les.
- Asociación Española de Psicoterapia Psicoanalítica (AEPP), que associa els psicoterapeutes d'orientació psicoanalítica de l'Estat Espanyol a través de les associacions autonòmiques.

Els Màsters de l'ACPP van adreçats a professionals de la salut mental, que desitgin tenir un coneixement del pensament psicoanalític i de la psicoteràpia psicoanalítica.

Els objectius dels Màsters són:

- Assolir els coneixements teoricoclínic bàsics i la seva aplicació clínica en diferents àmbits.
- Tenir els coneixements de la psicopatologia i de la teoria de la tècnica per realitzar el procés diagnòstic i iniciar-se en la pràctica de la psicoteràpia.

L'Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanalítica

L'ACPP, Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanalítica, fundada l'any 1986, és un col·lectiu constituït per psicoterapeutes d'orientació psicoanalítica amb una extensa formació i experiència clínica que treballen en els diversos àmbits de la salut mental, tant en el camp privat com en el públic

L'ACPP està reconeguda com l'associació de psicoterapeutes d'àmbit català per l'EFPP, European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy, i forma part d'ella.

La Universitat de Girona

La Fundació Universitat de Girona: Innovació i Formació, és la unitat que promou els estudis de Màster, Postgraus i cursos d'Especialització de la Universitat de Girona (UdG) a fi d'adaptar els estudis a l'Espai Europeu d'Ensenyaments Superiors (EEES) i donar-los una dimensió internacional.

Modalitats de formació

- Postgrau Aplicació Teòrico-clínica de la Psicoteràpia Psicoanalítica Contemporània (Inici octubre 2015). Títol propi de la UdG i reconeixement de l'ACPP.
- Postgrau Diagnòstic Clínic i Noves Patologies (Inici octubre 2016). Títol propi de la UdG i reconeixement de l'ACPP.
- Màster Semipresencial en Psicoteràpia Psicoanalítica (Titulació obtinguda un cop realitzats els dos postgraus anteriors). Títol propi de la UdG i reconeixement de l'ACPP.
- Cursos d'Especialització. Títol de l'ACPP.
- Màster Presencial de Perfeccionament en Psicoteràpia Psicoanalítica. Títol de l'ACPP. Duració: dos cursos acadèmics.
- Màster Semipresencial de Perfeccionament en Psicoteràpia Psicoanalítica. Títol de l'ACPP. Duració: tres cursos acadèmics.
- Seminari d'Experiència Grupal. Títol de l'ACPP.
- Seminari d'Observació de Nadons. Títol de l'ACPP.

MÀSTER SEMIPRESENCIAL EN PSICOTERÀPIA PSICOANALÍTICA PER LA UNIVERSITAT DE GIRONA

Modalitat dels dimarts

Es realitzarà dos dimarts al mes, de 19.00 a 23.00 hores d'octubre a juliol: 1r. i 3r. dimarts de cada mes (excepte els mesos d'octubre i gener que serà el 2on i 4rt. dimarts)

Modalitat dels dissabtes

Per professionals que resideixin fora de la província de Barcelona

Es realitzarà un dissabte al mes, de 10:00 a 14:00 i 15:30 a 19:30 h d'octubre a juliol, 3r dissabtes de cada mes, excepte el mes de desembre, març i juliol que serà el 2n.

El Màster Semipresencial en Psicoteràpia Psicoanalítica el conformen els Diplomes de Postgrau següents:

- **Postgrau Aplicació Teòrico-clínica de la Psicoteràpia Psicoanalítica Contemporània**
- **Postgrau Diagnòstic Clínic i Noves Patologies**



Postgrau
d'enguany

Postgrau Aplicació Teòrico-clínica de la Psicoteràpia Psicoanalítica Contemporània

Inici del curs: octubre de 2015

Mòdul 1. Pensament psicoanalític contemporani generat per M. Klein. Nous models d'observació i aplicació clínica.

Mòdul 2. Tècnica de la Psicoteràpia Psicoanalítica en nens, adolescents i adults. Conceptes teòrics.

Mòdul 3. Psicopatologia de Nens, Adolescents i Adults.

Mòdul 4. Fenomenologia del grup i de les organitzacions. Psicoteràpia Psicoanalítica de grup.

Mòdul 5. Supervisió de Material Clínic en grup.

Mòdul 6. Pràctiques en Institucions.

Mòdul 7. Treball de Síntesi.

Postgrau Diagnòstic Clínic i Noves Patologies

Inici del curs: octubre de 2016

Mòdul 1. Pensament psicoanalític contemporani generat per S. Freud. Nous models d'observació i aplicació clínica.

Mòdul 2. Tècnica de les entrevistes diagnòstiques en nens, adolescents i adults. Conceptes psicoanalítics.

Mòdul 3. Psicopatologia des del punt de vista evolutiu.

Mòdul 4. Aplicacions clíniques de la Teoria del vincle afectiu.

Mòdul 5. Supervisió de Material Clínic en grup.

Mòdul 6. Pràctiques en Institucions.

Mòdul 7. Treball de Síntesi.



Treball Final de Màster (TFM)

Es tracta de que l'alumne guiat pel seu tutor faci un treball a partir d'un material clínic que contempli la seva elaboració personal i una recerca bibliogràfica desenvolupant algun aspecte teòric que es derivi del material.

Crèdits ECTS* del Màster:

Postgrau Aplicació Teòrico-clínica de la Psicoteràpia Psicoanalítica Contemporània	34
Postgrau Diagnòstic Clínic i Noves Patologies	34
Treball Final de Màster (TFM)	6
Total crèdits ECTS del Màster en Psicoteràpia Psicoanalítica	74

* Els ECTS (European Credit Transfer System) es refereixen a l'estimació del temps que necessita l'estudiant per assolir la matèria que engloba la dedicació presencial, la no presencial i els treballs corresponents

Cursos d'especialització reconeguts per l'ACPP

Tots els mòduls es poden cursar de forma independent

Preus de Postgrau, Màster i Cursos d'Especialització

Informació: Fundació Universitat de Girona

Tel. (+34) 972 210 299

<http://www.udg.edu/if>

Horari de secretaria: de dilluns a dijous de 9 a 19 h. i divendres de 9 a 15 h.

El preu del **Postgrau Aplicació Teòrico-clínica de la Psicoteràpia Psicoanalítica Contemporània** és de **1933 €**, inclou el preu de classes teòriques i el de les pràctiques a les Institucions Públiques.

El preu del **Postgrau Diagnòstic Clínic i Noves Patologies** és de **1990 €**, inclou el preu de classes teòriques i el de les pràctiques a les Institucions Públiques.

Per més informació del Màster Semipresencial en Psicoteràpia Psicoanalítica:

master.semipresencial.dimarts@psicoterapeuta.org

master.semipresencial.dissabte@psicoterapeuta.org

MÀSTER PRESENCIAL DE PERFECCIONAMENT EN PSICOTERÀPIA PSICOANALÍTICA



Primer curs:

- Psicopatologia de la Infància i de l'Adolescència: psicوماتosi, psicopaties, addiccions i perversions.
- Psicopatologia d'Adults: psicوماتosi, psicopaties, addiccions i perversions.
- Tècnica de Psicoteràpia Psicoanalítica en Nens, Adolescents i Adults. Estudi del Procés Psicoterapèutic en cada àmbit.
- Autors Postkleinians.
- Supervisió de Material Clínic en grups reduïts.

Segon curs:

- Introducció al pensament de Bion i Meltzer.
- Psicoteràpia de Parella i Família.
- Aprofundiment en la Teoria de la Tècnica en Psicoteràpia Psicoanalítica de Nens i Adolescents.
- Aprofundiment en la Teoria de la Tècnica en Psicoteràpia Psicoanalítica d'Adults.
- **Psicopatologia a l'Edat Adulta: psicosis, "borderlines", neurosis**
- Supervisió de Material Clínic en grups reduïts.

Treball de Màster

S'haurà de realitzar un treball a partir d'un material clínic, que englobi els coneixements teòrics i pràctics impartits durant el curs lectiu.



Seminaris específics que formen part del Màster de Perfeccionament però que es poden realitzar durant el primer curs o durant el segon:



- **Observació de Nadons.** El Seminari d'Observació està pensat per a aquells professionals que exerceixen la seva activitat en el camp de la infància i de les seves famílies, sigui en l'àmbit sanitari o en l'educatiu. El Seminari dóna l'oportunitat d'aprofundir en els coneixements que tenen a veure amb el desenvolupament precoç de l'infant a través d'un aprenentatge per l'experiència de l'observació la qual cosa permet afinar els instruments d'intervenció professional. Els participants tenen l'oportunitat de desenvolupar la seva capacitat de comprensió dels estats mentals, de les motivacions dels comportaments humans i de les dinàmiques en les relacions primerenques, de forma particular a tot allò que és significatiu per a l'evolució de la personalitat. El programa del curs compren uns cicles de supervisió de les experiències d'observació i de les situacions de treball, així com també facilita les indicacions pertinents a nivell bibliogràfic/ teòric.
- **El Seminari d'Experiència grupal.** Es durà a terme durant dos caps de setmana. Tenen accés a aquest seminari els alumnes del Màster Presencial i Semipresencial. Com a professionals de la salut mental hem de poder observar, comprendre i interpretar tenint en compte els processos que es produeixen en els grups i les institucions. La complexitat de la dinàmica grupal i de la psicoteràpia de grup fa necessari viure l'experiència grupal a fi de viures directament les emocions que emergeixen en aquestes situacions. Aquest Seminari s'inspira en les tècniques d'estudi dels grups que començaren en la Tavistock Institute of Human Relations de Londres els anys 50.



Inici i durada dels cursos del Màster Presencial de Perfeccionament en Psicoteràpia Psicoanalítica:

Els cursos s'iniciaran la segona quinzena d'octubre i finalitzaran el darrer dia hàbil abans de Sant Joan.

Horari de classes:

Les classes tindran lloc els dimarts i començaran a les 20.00 h. i acabaran a les 23.30 h. En el moment de realitzar la inscripció es facilitarà l'horari detallat de cada una de les assignatures. L'horari i dates en què es realitzarà el Seminari d'Observació de Nadons i el Seminari d'Experiència Grupal s'especificaran oportunament.

Entrevista d'Admissió

Les persones interessades per qualsevol dels Màsters, caldrà que concertin una entrevista personal a través de la Secretaria dels Màsters de l'ACPP. Hauran de portar el seu **currículum**. En el cas que es pugui realitzar alguna **convalidació** els interessats hauran d'aportar **els certificats** oportuns de la formació prèvia que haurà de ser reconeguda per l'ACPP.

Tutories

Durant els cursos dels Màsters cada alumne disposarà d'un tutor que l'orientarà i assessorarà tant pel que fa a la seva formació teòrica com pràctica.

Hi haurà també un coordinador que serà el responsable del Programa de Pràctiques en les institucions públiques.

Preus i forma de pagament del Màster de Perfeccionament en Psicoteràpia Psicoanalítica, modalitat Presencial

Preu Primer curs : **1.420 €**

Preu Segon curs: **1.420 €**

Seminari d'Observació de Nadons, si es fa tot el primer curs: 590 €

Preu Seminari d'Experiència Grupal: **336 €**

Preu de les pràctiques: **1.020 €**

Preu assignatures soltes:

Seminari d'Observació de Nadons: **650 €**

Altres assignatures quadrimestrals: **250 €**

La matriculació es farà efectiva a la Secretaria de l'Escola de l'ACPP

Tel. (+34) 93 212 78 96 <http://www.psicoterapeuta.org;>

master.presencial@psicoterapeuta.org

El pagament s'efectuaran de la forma següent:

Per transferència bancària o ingrés bancari al compte corrent de l'Escola de l'ACPP:
Catalunya Caixa 2013-0072-16-0201575094

- 150 €, en formalitzar la inscripció.
- La resta de l'import del curs es farà efectiu abans del dia 25 de setembre.
- Hi ha la possibilitat de fer el pagament en terminis

MÀSTER SEMIPRESENCIAL DE PERFECCIONAMENT EN PSICOTERÀPIA PSICOANALÍTICA



Es realitzarà els tercers dissabtes de cada mes de 10.00 a 14.00 i de 15.30 a 19.30 hores d'octubre a juliol. El conformen les matèries següents:

Primer curs:

- Autors postkleinians.
- Psicopatologia: Psicosis i patologies greus a la infància i a l'edat adulta.
- Tècnica en Nens, Adolescents i Adults. Estudi del procés psicoterapèutic.
- Supervisió de material clínic en grups reduïts.

Segon curs:

- Psicopatologia: narcisisme, psicopaties, maltractament en la parella, addiccions i perversions.
- Dinàmica de Grups.
- Aprofundiment en la Teoria de la Tècnica de la Psicoteràpia Psicoanalítica de Nens, Adolescents i Adults en diferents psicopatologies.
- Supervisió de Material Clínic en grups reduïts.

Tercer curs:

- Psicopatologia en Situacions Especials: embaràs, vincle mare-infant, adolescència, treball, immigració, vellesa.
- Observació de Nadons.
- Psicopatologia de Parella i Família.
- Supervisió de Material Clínic en grups reduïts.

Treball no presencial

Aportació en els dies de classe de totes aquelles tasques encomanades als alumnes pels professors i els tutors.



Entrevista d'Admissió

Les persones interessades per qualsevol dels Màsters, caldrà que concertin una entrevista personal a través de la Secretaria dels Màsters de l'ACPP. Hauran de portar el seu **currículum**. En el cas que es pugui realitzar alguna **convalidació** els interessats hauran d'aportar **els certificats** oportuns de la formació prèvia que haurà de ser reconeguda per l'ACPP.

Tutories

Durant els cursos dels Màsters cada alumne disposarà d'un tutor que l'orientarà i assessorarà tant pel que fa a la seva formació teòrica com pràctica. Hi haurà també un coordinador que serà el responsable del Programa de Pràctiques en les institucions públiques.

Inici i durada dels cursos:

D'octubre de 2015 a juliol de 2016, tercers dissabtes de cada mes (excepte al desembre, març i juliol, que serà el 2n).

La presentació del curs tindrà lloc el primer dia de classe, dissabte 17 d'octubre a les 9:15 h. del matí.

Horari de classes:

Un dissabte al mes.

Matí: de 10 a 14 hores.

Tarda: 15:30 a 19:30h.

Tots els cursos tindran lloc a la seu de l'ACPP.

Preus i forma de pagament del Màster de Perfeccionament en Psicoteràpia Psicoanalítica, modalitat Semipresencial

La matriculació es farà efectiva a la Secretaria del Màster semipresencial dissabte de l'ACPP

Tel. (+34) 212 78 96 <http://www.psicoterapeuta.org>

master.semipresencial.dissabte@psicoterapeuta.org

Preu Primer curs: **1.600 €**

Preu Segon curs: **1.600 €**

Preu Tercer curs: **1.696 €** (inclou el Seminari d'Observació de Nadons)

Preu total Màster de Perfeccionament part teòrica: 4.896 €

Preu de les pràctiques: **1.020 €**

Els alumnes que es matriculin a l'assignatura d' Observació de Nadons té un increment de la matrícula en **96€**, degut a la durada de l'assignatura, que serà de 11 mesos.

Tots els pagaments s'efectuaran de la forma següent:

- Per transferència bancària o ingrés bancari al compte corrent de l'ACPP (Catalunya Caixa IBAN: ES25 2013 0072 12 0201661229)
- Pagament inicial de 150 € en formalitzar la inscripció.
- La resta de l'import del curs es farà efectiu abans del dia 25 de setembre.



PROGRAMA DE PRÀCTIQUES DESL MÀSTERS

Durant el procés de formació dels Màsters en Psicoteràpia Psicoanalítica, en qualsevol de les seves modalitats, l'alumne haurà de realitzar un any de pràctiques, per cada màster, en les institucions públiques.

El Programa de pràctiques consisteix en:

- Observació del Procés Diagnòstic. Primeres entrevistes.
- Realització de Diagnòstics, Seguiments i Intervencions terapèutiques supervisades.
- Assistència a la Supervisió del Procés Diagnòstic.
- Observació de Casos amb Psicopatologies diverses.
- Assistència a Sessions Clíniques i altres actes científics que la Institució consideri adients.

Centres de Pràctiques

- CDIAP EDAI Sant Martí i CDIAP EDAI les Corts.
- Centre de Psicologia CANVIS
- CREARE Centro de Psicoteràpia
- Centre Assistencial de Salut de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Centre d'Higiene Mental de Cornellà.
- Centre de Salut El Faristol S.C.P.
- Centre de Salut Mental d' adults de Tàrraga.
- Centre de Salut Mental d' adults de Rubí.
- Centre de Salut Mental Infantil Juvenil de Rubí.
- Centre de Salut Mental i Juvenil Baix Empordà.
- Centre Especial Carrilet.
- Clínica Psicoanalítica Baungarten- Santamaria de Valencia.
- Fundació Orienta:
 - CSMIJ de Castelldefels
 - CSMIJ d'El Prat de Llobregat
 - CSMIJ de Gavà
 - CSMIJ de l'Hospitalet
 - CSMIJ de Sant Boi
- Hospital Universitari Sant Joan de Reus.
- Sant Pere Claver Fundació Sanitària. Barcelona.

Professorat

Equip docent de l'ACPP

Jordi Arévalo Ventura. Psicòleg i Psicoterapeuta de l'ACPP i l'AEPP d'adolescents i adults. Màster en Psicopatologia d'Adults (UAB), Màster en Treball Clínic i Salut Mental (UB) i Màster en Perfeccionament en Psicoteràpia Psicoanalítica (UdG). Ha treballat en diferents hospitals en Unitats d'Aguts, Sub-Aguts, Hospitals de Dia, Consultes externes i Comunitats Terapèutiques de Toxicomanies a Barcelona i Londres. Actualment treballa a la Clínica de Sub-Aguts Llúria, CPB-SSM. Té el Certificat Europeu Europsy d'Especialista en Psicoteràpia. Supervisa altres professionals de la salut mental i es supervisat via online per un Psicoterapeuta Consultor de la Clínica Tavistock de Londres. Exercici professional a la pràctica privada. www.jordiarevalo.com.

Pilar Barbany Faló. Psicòloga clínica. Psicoterapeuta de nens, adolescents i adults Membre de ple dret de l'ACPP-AEPP i FEAP. Tresorera del Consell Directiu i membre de la Comissió de la Revista Digital de l'ACPP. Col·laboradora del Màster en Psicoteràpia Psicoanalítica de l'ACPP, títol propi UdG. Delegada de l'AEPP i de la FEAP.

Pere Barbosa Colomer. Psicòleg Especialista en Psicologia Clínica, Llicenciat en Ciències de la Educació i Diplomat en Psicologia Escolar. Membre Fundador de la SERYMP i de la Societat Catalana del Rorschach i Mètodes Projectius i professor de la Escola de la SCRIMP. Membre Fundador, Didacta i Psicoterapeuta de l'ACPP i de l'AEPP. Professor de Psicopatologia i Psicoteràpia de l'adolescent de l'Escola de l'ACPP. Membre de la EFPP i de la FEAP. Professor del Màster de Psicopatologia Clínica i de l'Institut Universitari de Salut Mental de la Fundació Vidal i Barraquer de la Universitat Ramon LLull.

M^a Cristina Betrian i Piquet. Psicoanalista, membre de la SEP-IPA, psicòloga clínica, psicoterapeuta, membre didacta de l'ACPP-AEPP. Docent del Màster en Psicoteràpia Psicoanalítica de la Universitat de Girona i del Màster d'Aprofundiment en la Psicoteràpia Psicoanalítica de l'ACPP. Docent d'ECPNA (Escola Clínica Psicoanalítica Nens i Adolescents). Docent del Diploma d'especialistes en Teràpia Interfamiliar, Universidad Cardenal Herrera.

Joan Manuel Blanqué. Psiquiatre. Psicoterapeuta Didacta de l'ACPP-AEPP. Vocal dels Màsters Presencials de l'ACPP. Coordinador del Programa de Psicosis incipients del CSMA de Montjuïc de Sant Pere Claver Fundació Sanitària. Docent de l'assignatura Relació Metge-Malalt i Habilitats comunicatives de 2on curs del Grau de Medicina UAB-UPF.

Lourdes Busquets Ferré. Psicòleg i Psicoterapeuta del CDIAP Equip40. Màster Psicopatologia i Màster Psicoteràpia Psicoanalítica, Universitat Ramon Llull, Barcelona. Postgrau en Psicoteràpia Pares - Nens i detecció precoç en signes d'alarma d'autisme, Londres. Té el Certificat Europeu EuroPsy d'Especialista en Psicoteràpia. Delegada Europea de la comissió de Nens i Adolescents de la EFPP. Docent del Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet. Supervisada per una Psicoterapeuta Consultora de la Clínica Tavistock de Londres. Consulta privada.

Maria De Querol Cerdà. Psicòloga Clínica i Psicoterapeuta Didacta de l'ACPP-AEPP. Coordinadora del CSMIJ de Castelldefels de la Fundació Orienta. Tresorera de l'Equip Directiu de l'Escola de Formació de Psicoterapeutes de l'ACPP. Vocal de pràctiques dels Màsters Presencials i dels Màsters Semipresencials en Psicoteràpia Psicoanalítica de l'ACPP.

Saïd El Kadaoui. Saïd El Kadaoui Moussaoui. Psicòleg. Màster en Psicopatologia clínica i Màster en psicoteràpia psicoanalítica (URLL). Psicòleg de l'Hospital de Dia d'adolescents de Gavà (Fundació Orienta). Docent del Màster en Psicoteràpia Psicoanalítica de l'Associació Catalana de Psicoteràpia psicoanalítica (ACPP-UDG) i del Màster de Perfeccionament en Psicoteràpia Psicoanalítica. (ACPP). Col·labora de forma regular amb El Periódico de Catalunya.

Núria Farrés Martí. Psicòleg del Centre de Dia Carrilet. Psicoterapeuta al Servei de Tractaments Carrilet. Psicoterapeuta de grups de pares, grups de germans de nens amb TEA i grups terapèutics de nens dins el TEA i Sd.Asperger. Formadora i supervisora de diferents centres per la comprensió i intervenció d'infants amb TEA i psicosis infantil.

Alfredo Felices de la Fuente. Adjunt de Psicologia del CAS Sant Boi de Llobregat (Benito Menni C.A.S.M.). MA en Psicoteràpia Psicoanalítica, Clínica Tavistock (Londres) i Universitat de Essex (Reino Unido); Diploma en Teràpia Grupoanalítica, Institut de Grupoanàlisi (Londres). Especialista en addiccions i psicosis. Docent de residents de psicologia (PIR). Docent del programa de formació interna de Benito Menni C.A.S.M.

Jesús Gracia Alfranca. Psicòleg especialista en psicologia clínica. Psicoterapeuta didacta de l'ACPP-AEPP. President del Consell Directiu de l'ACPP. Secretari del Consell Directiu de l'escola de l'ACPP. Especialista en vellesa. Psicòleg clínic de la Unitat de Trastorn Mental Sever del CSMA de Sant Andreu, Barcelona.

Laura Hernández Vázquez. Llicenciada en psicologia per la Universitat Ramon Llull. Màster en Psicopatologia Psicoanalítica per la Universitat Pompeu Fabra (FBV) i Màster en Psicoteràpia Psicoanalítica per la Universitat de Girona (ACPP). Psicòloga del CSMIJ de Sta. Coloma de Gramenet (FVB) i del CDIAP Magroc de Terrassa. Supervisora d'equipaments Educatius de la D.G.A.I.A. Professora col·laboradora del màster semipresencial de la UdG-ACPP. Experiència professional com a psicoterapeuta de nens, adolescents i adults tan en l'àmbit públic com privat. Psicoterapeuta membre de ple dret de l'ACPP-FEAP. Vocal de Formació Continuada del Consell Directiu de l'ACPP.

Carmen Largo Adell. Psicòloga, psicoterapeuta formada a la PPIP. Magisteri. Post grau en RRHH per ESADE. Tècnic en Rorschach. Fundadora i didacta de l'ACPP, AEPP, EFPP. Ex delegada europea secció adults. Membre de la SCRIMP (Societat Catalana de Rorschach i Mètodes Projectius) i SERYMP. Membre fundadora del Grup Psicoanalític de Barcelona. Experiència psicoterapeuta d'adults, nens, adolescents, individual, parella i grups. Direcció de recursos humans. Assessorament psicopedagògic a l'escola. Exercici professional a la privada. Hospital de Nens de Barcelona. Col·laboracions a St. Pere Claver, Hospital de Mataró, Institut Psiquiàtric Municipal. Docència a ACPP, UdG, FVB i COP.

Sònia López Egea, Llic. en Ciències de l'Educació -Pedagogia- U.B. Llic. en Psicologia, Universitat Ramon Llull. Postgrau de desenvolupament normal i patològic des de la Psicoanàlisi. UB. Postgrau de pràctica clínica Infanto-Juvenil a la Fund. Eulàlia Torras de Beà. Postgrau de Parella i Família a la FVB. Màster en Psicoteràpia Psicoanalítica, ACPP, Títol propi de la UdG. Màster de Perfeccionament en Psicoteràpia Psicoanalítica ACPP. Certificat Europeu en Psicologia i en Psicoteràpia (Europsy). Responsable del departament de psicologia de Serveis Socials de Dosrius. Cofundadora del Centre de Psicologia Unpont (espai de psicologia infantil, adolescent i de família) des d'on treballa en la pràctica privada. Ha realitzat nombroses xerrades a llars d'infants i escoles. Membre de l'Equip d'atenció al vincle.

Josepa López i Moreno. Doctora en Psicologia. Psicoterapeuta Didacta de l'ACPP-AEPP. Especialista en Psicologia Clínica. Membre del Claustre de Doctors de la Universitat de Barcelona. Docent del Màster Semipresencial de la UdG-ACPP. Exdirectora de l'Escola de formació de psicoterapeutes de l'ACPP. Exmembre del Consell Directiu de l'ACPP i també de l'AEPP. Exdelegada de la Secció de Nens i Adolescents de l'EFPP. Especialista en Nens i Adolescents i també en Adults. Membre Fundadora de l'ACPP i de l'AEPP.

Elizabeth Llorca Serrano. Psicòloga clínica, Psicoanalista de la SEP i de l'IPA. Psicoterapeuta membre Didacta de l'ACPP-AEPP. Codirectora i professora dels Màsters Semipresencials de l'ACPP i UdG i professora de cursos de Formació Continuada de l'ACPP. Presidenta de la Vocalia d'Admissions del Consell Directiu de l'ACPP.

Montserrat Martínez del Pozo, Dra. Psicologia. Especialista Psicologia Clínica. Codirectora Postgraus i Màsters UdG-ACPP. Psicoterapeuta Didacta ACPP-AEPP-EFPP. Psicoanalista SEP-IPA. Especialista adults, nens i adolescents. Psicoteràpia: individual, parella, grups, família i organitzacions. Directora Escola ACPP, Professora Màster Pressencial de Perfeccionament i Cursos de Formació Continuada. Docència cursos psicòlegs, metges i infermeres Fundació Puigvert. Secretària de l'ACPP. Delegada de l'AEPP i de la FEAP.

Expresidenta de l'ACPP i de l'AEPP. Ex Delegada Europea EFPP-Secció Grups. Adjunta Servei Psicologia Clínica Fundació Puigvert. Ponències Congressos i Publica a Catalunya Espanya, França, Itàlia, Anglaterra i Argentina. Publicacions: *Psicoterapia de Grupo con niños. Una experiencia de psicoterapia psicoanalítica aplicada a la enuresis*. Editorial Paidós, 1996. Barcelona. *Psicoterapia breve y focal*. Ed. Paidós 1992. *Compartir y Transformar. Una experiencia grupal para padres con hijos con trastorno mental grave*. Ed. Bubok 2013.

Albert Montaner i Galo, Psicòleg i Especialista en Psicologia Clínica. Psicoterapeuta i membre associat de l'ACPP-AEPP-EFPP i FEAP-SEYPNA. Docent del Màster de Perfeccionament en Psicoteràpia Psicoanalítica. Coordinador del CSMIJ de Montcada de la FETB. Membre de l'equip docent dels cursos de la FETB i supervisor tractaments reeducatius. Especialista en Clínica Infanto-juvenil i Consulta Privada. Publicacions: El supuesto TDAH: un motivo de consulta frecuente en el CSMIJ. *Hiperactividades y Déficit de Atención. Comprendiendo el TDAH*. Coord. Mercè Mabres. FETB. Ed. Octaedro, 2012. Intervenciones psicoterapéuticas con familias. Cap. 10. *Elementos psicoterapéuticos: de la primera visita al alta*. Compiladors: Eulàlia Torras i Albert Montaner. FETB. Ed. Lectio. 2010. Cuidar a los cuidadores: Trabajo con un Grupo de Cuidadores de Hogares para Adultos con Discapacidad Intelectual y Trastorno Mental Severo. Maria Ignacio i Albert Montaner. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. N°s 45/46. SEYPNA, 2008. Nuestra tarea con los padres. Cap. 8 *Normalidad, psicopatología y tratamiento en niños, adolescentes y familia*. Compiladora. Eulàlia Torras. FETB. Ed. Lectio, 2007.

Cèlia Montañés i Virgili. Psicòloga clínica. Psicoterapeuta del CSMIJ St. Boi del Llobregat (Fundació Orienta). Psicoterapeuta de la Fundació Ajuda i Investigació de TLP (ACAI-TLP). Psicoterapeuta i membre de Ple Dret de l'ACPP-AEPP.

Montserrat Pol Segarra. Psicòloga col·legiada, Psicoterapeuta membre de Ple Dret de l'ACPP-AEPP, Psicoanalista de la SEP-IPA. Experiència clínica com a psicoterapeuta de nens adolescent i adults i psicoanalista d'adolescents i adults.

Teresa Pont Amenós. Psicòloga clínica. Psicoterapeuta membre de Ple Dret de l'ACPP-AEPP. Professora de Màster i Postgrau en Grafopsicologia i "Profiling" sobre Criminalística en la Universitat Autònoma de Barcelona. Professora del Màster en Psicopatologia Clínica, judicial i forense en la Universitat Internacional de Catalunya. Docent de formació continuada en l'ACPP i en la Societat Catalana del Rorschach i Mètodes Projectius de la qual també és membre.

Anna Roldán Bornez. Metgessa neuròloga. Psiquiatra i Psicoterapeuta. Cap Mèdica de l'Equip de Psiquiatria/Psicologia del Centre Pilot de Sant Gabriel Arcàngel. Membre associada de l'ACPP-AEPP.

Marta Sadurní Brugué. Doctora en Psicologia. Psicòloga Especialista en Psicologia Clínica. Professora Titular de Psicologia Evolutiva de la Universitat de Girona. Directora del Laboratori de Vincle Afectiu i directora executiva del Laboratori de Desenvolupament Humà del Departament de Psicologia de la UdG. Codirectora dels Postgraus i del Màster de la UdG-ACPP. És membre de l'International Attachment Network i està acreditada per la Universitat de Berkeley com a avaluadora a través de l'AAI (Adult Attachment Interview). Docent dels Màsters d'iniciació i Perfeccionament per l'Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanalítica (ACPP). Membre de l'ACPP. Presidenta de l'Associació Catalana de Psicologia Clínica-Evolutiva i Psicoteràpia del Vincle Afectiu. Directora del Màster de Formació en Psicoteràpia, Psicologia Clínica-Evolutiva i Teoria del Vincle Afectiu.

Pere Jaume Serra Renom. Psicòleg Clínic. Psicoterapeuta Didacta de l'ACPP. Professor dels Màsters Semipresencial de l'ACPP. Membre Fundador del Centre Emili Mira. Especialista en parelles, famílies i adopcions. Consultor d'organitzacions.

Carlos Tabbia. Doctor en Psicologia (UB) i Especialista en Psicologia Clínica. Realitza la seva pràctica privada a Barcelona tractant, preferentment, adults i adolescents afectats per trastorns de personalitat. Ha treballat des de 1976 fins el 2004 en l'atenció a malalts crònics (Servei de Psiquiatria- Hosp. Sant Pau) i ha coordinat el Programa d'assistència comunitària de pacients amb Trastorn Mental Sever. Realitza la seva funció docent (com a professor i supervisor) a Catalunya i Itàlia. Ha publicat en revistes especialitzades de Catalunya, Espanya, Itàlia, Argentina, Brasil i Reine Unit.

Núria Tomàs Bonet. Psicòloga Clínica. Psicoterapeuta Didacta de l'ACPP-AEPP. Coordinadora i professora dels Màster Semipresencials i Presencials de l'ACPP i UdG i professora de cursos de Formació Continuada de l'ACPP. Coordinadora del CSMIJ dels Serveis de Salut Mental Ferran Salsas de Rubí del Consorci Sanitari de Terrassa (CST).

Carme Vilaginés Ortet. Psicòloga clínica, Llicenciada Universitat de Barcelona. Membre fundador i Psicoterapeuta Didacta de l'Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanalítica. Cofundadora del Centre "Emili Mira" (1976) treballa amb nens, adolescents, adults, parelles, grups, famílies i famílies adoptives. Cofundadora del Grup d'Investigació en adopcions AcSent (2009) i autora de *L'altra cara de l'adopció* (Barcelona 2007) del qual hi ha traducció castellana. Docència, des de 1984, en diferents institucions: Escola de l'ACPP, Escola de Psicologia Fundació Vidal i Barraquer, Universitat Ramon Llull, Universitat de Girona, Universitat Autònoma, Institut d'Estudis de la Salut.

Diplomes de Postgrau i Màster en Psicoteràpia Psicoanalítica, Títol propi UdG

<p>Informació i Inscripció</p>  <p>FUNDACIÓ UNIVERSITAT DE GIRONA: INNOVACIÓ I FORMACIÓ</p>	<p>Edifici Mercadal. Plaça Jordi de Sant Jordi, 1 17001 Girona Tel. 972 210 299 Fax 972 223 454 A/e: info.fundacioif@udg.es http://www.udg.edu/if Horari: de dilluns a dijous de 9 a 18 h. i divendres de 9 a 15 h.</p>
---	--

Informació i sol·licitud d'entrevista

 <p>Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanalítica</p> <p>Plaça de la Bonanova nº 11, entresòl 2a 08022 BARCELONA Telèfon: (+34) 93 212 78 96 Fax: (+34) 93 417 45 57 Internet: www.psicoterapeuta.org</p>	<p>Horari de Secretaria dels Màsters:</p> <p>Núria Daudé Dilluns, dimecres i dijous de 10:30 a 14:30 hores. Dimarts de 19:00 a 22:00 hores master.semipresencial.dimarts@psicoterapeuta.org master.presencial@psicoterapeuta.org</p> <p>Marga Torrens Dilluns, dimecres i divendres de 10:00 a 14:00 Tercers dissabtes de mes de 9:00 a 14:00 master.semipresencial.dissabte@psicoterapeuta.org</p>
---	--

Màster de Perfeccionament en Psicoteràpia Psicoanalítica, modalitats de formació, postgrau i cursos d'especialització

Sol·licitud d'entrevista Inscripció



Associació Catalana de
Psicoteràpia Psicoanalítica

Plaça de la Bonanova nº 11, entresòl 2a
08022 BARCELONA
Telèfon: (+34) 93 212 78 96
Fax: (+34) 93 417 45 57

Internet: www.psicoterapeuta.org

Horari de Secretaria dels Màsters:

Núria Daudé

Dilluns, dimecres i dijous de 10:30 a 14:30 hores.

Dimarts de 19:00 a 22:00 hores

master.semipresencial.dimarts@psicoterapeuta.org

master.presencial@psicoterapeuta.org

Marga Torrens

Dilluns, dimecres i divendres de 10:00 a 14:00

Tercers dissabtes de mes de 9:00 a 14:00

master.semipresencial.dissabte@psicoterapeuta.org

Introducció als Seminaris de L'Atenció a la Petita Infància i el de Tècnica d'Observació de Nadons

El nou-nat humà completa el seu desenvolupament biològic i assenta els fonaments de les seves capacitats personals, comunicatives i cognitives, després de néixer i en la seva primera infància. En l'imaginari dels pares durant el temps de gestació, la comunicació interna entre la mare, i el nadó, i el pare és fonamental. La relació i interacció incipient entre els tres comença ben aviat i quan les coses van bé, les funcions parentals s'activen i es desenvolupen al llarg del temps. No sempre és així i sorgeixen diferents problemàtiques, des de les més lleus a altres més complexes. Totes elles són molt importants! Per aquests motius l'Escola de l'ACPP impulsarà dos Seminaris que considera cabdals dedicats a la Petita Infància i a l'Observació de Nadons.

Els dos seminaris tenen els següents objectius:

Formar a professionals amb l'objectiu que puguin atendre bio-emocional-psico i socialment, de forma pertinent i eficaç als pares durant la gestació, en el pre-part i postpart i durant els primers anys. Aquests objectius s'especifiquen de la següent manera:

- Atendre als pares de nou-nats comuns, de nou-nats prematurs i dels que han nascut amb altres dificultades.
- Atendre als pares de bebès en els que se'ls ha detectat diverses dificultats durant el primer any de vida o durant la petita infància.
- Atendre als pares per a que puguin desenvolupar les seves funcions parentals suficientment bé en funció de les necessitats biològiques, emocionals, psicològiques i socials dels seus fills.
- Atendre als educadors de les Escoles Bressol i preescolar, i al personal dels equips sanitaris i treballadors socials. És a dir, donar formació, suport i contenció emocional, maneig de l'estrès.
- Atendre a les mares embarassades contribuint a contenir les seves ansietats i defenses, temors i sofriments a propòsit de la gestació, el naixement i la criança.

L'ATENCIÓ A LA PETITA INFÀNCIA

Primer quadrimestre



Introducció:

Com podem ajudar als nostres petits infants? Us invitem a fer un viatge en el temps; què sentien els seus avis, fins i tot els seus besavis? I els seus pares com són?

Per ajudar als nostres infants els hem de conèixer. I si imaginem què ens comunicarien si parlessin diferents nens i nenes....

"Jo donava petades a la panxa de la mare i em movia més quan arribava el pare"

"Tots em deien cosetes; el pare, la mare, els avis...quina sort!"

"Els meus pares sempre es barallen; a vegades m'amago, tinc por i em quedo quiet"

"Quin embolic des de que els pares no estan junts; m'han canviat la vida i tinc dos pares i dos mares"

Metodologia:

Es combinarà la presentació conceptes teòrics en atenció precoç, investigacions recents, vídeos amb suport il·lustratiu i discussió de material clínic.

Es crearà un compte dropbox per accedir bibliografia i material didàctic.

Horari: dijous 20:30 – 22:30 hores

Dates: 15 i 29 octubre, 5 i 19 novembre, 3 i 17 desembre 2015 i 7 i 21 gener 2016

Durada: 8 sessions de 2 hores, els 1r i 3er dijous de mes, excepte a l'octubre 2015 que serà el 2on i 4rt dijous

A qui va destinat: a professionals interessats en l'atenció a la petita infància.

Preu: 250 €



Índex del contingut:

1. Aspectes bio-emocionals-psico-socials de l'embaràs i el naixement. Les tres generacions; l'inici de la construcció del vincle.

Docents: Dra. Llúcia Viloca i Lourdes Busquets

- Les interaccions en el període perinatal i la personalitat fetal. Romana Negri.
- Les capacitats del nadó. Colwyn Trevarthen. Recerca: Meltzoff & Moore.
- La parentalitat; Selma Fraiberg i Palacio & Manzano.
- Discussió de material clínic.



2. Els nens prematurs. L'experiència de la Vall d'Hebron

Docents: Montserrat Martínez, Montse Prats i Lourdes Busquets

- Discussió de material clínic.

3. Els mecanismes de defensa primitius durant el primer any de vida

Docents: Adriana Vila i Lourdes Busquets

- Renne Spitz i Selma Fraiberg.
- Lynee Murray; Estudi longitudinal sobre la depressió postpart.
- Dr Tronick. Still face experiment.
- Discussió de material clínic.

4. Trastorns mentals dels pares. Malalties físiques greus dels pares. La resiliència

Docents: Montserrat Martínez i Lourdes Busquets

- Discussió de material clínic d'una Unitat psiquiàtrica mares-nadons, Londres. Intervenció precoç: Vídeo feedback, Beatrice Beebe.

5. Atenció terapèutica amb pares – nens amb trastorns evolutius de la criança en atenció precoç

Docents: Laura Godoy i Lourdes Busquets

- Per què és necessària l'atenció precoç?
- Intervencions de la Tavistock Clinic, Londres.
- Els fantasmes de l'acció. Bernard Aucouturier.
- Discussió de material clínic.

6. Aspectes tècnics de la psicoteràpia pares-nens

Docents: Adriana Vila i Lourdes Busquets

- Anna Freud Centre. La mentalització: Representar els estats mentals del nadó, reflecting back the interaction, reframing, mirroring, enactive interpretation, recapitulation i modelatge.
- Discussió de material clínic.



7. Intervencions en atenció precoç

Docents: Laura Godoy i Lourdes Busquets

- Els 3 nivells d'interpretació; Anne Alvarez. Esquema psicopedagògic; Julia Corominas.
- Four Time, Dr. Stanley Greenspan.
- La prevenció en les escoles bressols.
- Maria Pozzi. Com gestionar la llista d'espera.
- Discussió de material clínic.

8. Psicoteràpia de grup en petita infància

Docents: Rafael Villanueva, Ruth Ubia i Lourdes Busquets

- Aspectes teòrics i metodologia.
- Discussió de material clínic.

*Si alguna persona està interessada en el Seminari: L'Atenció a la Petita Infància i no li és possible assistir entre setmana o en aquest horari, ens ho podeu comunicar, ja que podríem organitzar altres grups en altres dies i horaris, inclòs en dissabte.
e-mail: escola.acpp@gmail.com*

TÈCNICA OBSERVACIÓ DE NADONS

DIRIGIT A: Psicòlegs, psicoterapeutes, treballadors socials, fisioterapeutes, logopedes i interessats en la evolució de bebès.

OBJECTIU: Formar professionals en l'atenció de la dinàmica familiar pares-nadó i altres fills (si ja en tenen) al llarg dels primers mesos de vida.

METODOLOGIA:

1. Aportar formació teòrica de tècniques d'observació de nadons.
2. Comprendre el paper i la funció de l'observador, com a part d'un desenvolupament professional.
3. Fer una experiència directa de la vida del nadó. Aquesta experiència es realitzarà mitjançant observacions del nadó i de la seva interacció amb les relacions del seu entorn. Les observacions es faran:
 - En el domicili de la família
 - En l'hospital, si el nadó està a la incubadora
 - A l'Escola Bressol
4. Capacitar per observar enfrontant situacions d'impacte emocional, trobant una posició que presenti la menor distorsió possible en el què està passant en el vincle mare-nadó, mare-nadó-pare, a l'hospital, a la família o a l'escola Bressol.
5. Aprendre a registrar de manera científica l'observació per a la investigació.
6. Presentar les observacions en el Seminari, reben la formació ad hoc en funció del material exposat.
7. Treball grupal d'anàlisi, reflexió i síntesi de les experiències d'observació dels participants al seminari.

DATES I HORARI:

Dijous 4 i 18 de Febrer, 3 i 17 de març, 7 i 21 abril, 5 i 19 de maig, 2 i 16 juny de 2016.
Horari de 21 a 22 hores.

DOCENTS: Montserrat Martínez del Pozo i Maria Cristina Betrian i Piquet

Si alguna persona està interessada en el Seminari: Tècnica Observació de Nadons i no li és possible assistir entre setmana o en aquest horari, ens ho podeu comunicar, ja que podríem organitzar altres grups en altres dies i horaris, inclòs en dissabte. e-mail: escola.acpp@gmail.com.