

REVISTA DIGITAL

# PSICOTERÀPIA PSICOANALÍTICA

Núm. 0  
Any 2011

**ACPP**

Asociación Catalana de  
Psicoterapia Psicoanalítica

**Editorial** ..... 2

**Articles**

**L' EXPERIÈNCIA DE SER SUPERVISAT: DOS CASOS DE PACIENTS  
GREUS**

Maria Ignacio Roca ..... 3

**CANVIS OBSERVATS EN PSICOTERÀPIA DINÀMICA BREU AVALUATS  
AMB EL TEST DE RORSCHACH**

Consuelo Liberal Górriz ..... 25

**ASPECTES PSICOSOCIALS DE LA MALALTIA HEREDITÀRIA AMB  
AFECTACIÓ RENAL**

Montserrat Martínez del Pozo, M<sup>a</sup> José Bolarín Miró ..... 43

**EL PAPER DE L'OBSERVADOR EN ELS GRUPS TERAPÈUTICS DE JOVES**

Glòria Mateu i Vives, Cesar Silvestre, Roser Hurtado, Ana Bejarano ..... 65

**UN LLOC EN EL MÓN.** Una reflexió sobre l'espai, en el treball clínic i en altres  
disciplines

Roser Noguera Corrons ..... 81

**DES DE LA DISSOCIACIÓ A LA INTEGRACIÓ DELS ASPECTES  
AGRESSIUS EN UN GRUP DE PACIENTS, FILLS D'ALCOHÒLICS.**

Francisca Rodríguez Cortés ..... 98

**Recensió llibre**

**ENTREVISTA E INDICADORES EN PSICOTERAPIA I  
PSICOANÁLISIS.** ANTONIO PÉREZ-SÁNCHEZ. València, Ed. Promolibro.  
2006. 269 pp.

**Recensió:** Ana Miniéri Palau ..... 117

## EDITORIAL

“Dies de novetats”

Ja fa temps que vivim dies de novetats, i novetats que son quelcom més del que moltes vegades podem abastar. Una novetat precisa una incorporació i una mentalització a les que moltes vegades fan falta molts caps pensants. Certament no hi han novetats sense que quelcom ho hagi fet possible, però integrar-lo e incorporar-lo al nostre fer quotidià , ja sabem que no es fàcil.

Calia fer aquet preàmbul?

Certament la quantitat de temps que ha trigat a sortir la nostra publicació a la web, bé mereix una explicació, no?

Ara podem dir que estem molt satisfets del esforç. La revista no ha variat gaire. Ni el seu format. Les línies generals es mantenen: una revista nostra, per publicar i comunicar-nos entre nosaltres fonamentalment, i una revista que sigui un aparador de les nostres idees i de la nostra pràctica habitual. Una revista que ens doni a conèixer, però també una revista que comuniqui els avenços en la pràctica i en la investigació de la Psicoteràpia Psicoanalítica.

Pel fet de publicar-la a la web hem aconseguit l'avantatge que ens dona l'eina: arribarem a més gent. A més arribarem de forma molt més econòmica i ràpida.

Per raons de confidencialitat i de dret a la propietat intel·lectual, hem de dotar-nos d'una clau. La qual cosa no treu que aquesta pugui estar a l'abast de totes les persones que ho demanin i que la comissió de la revista consideri que pot tenir-hi accés.

Només ens queda obrir la pàgina i gaudir dels primers articles, encara moderns malgrat que fa dies que han esperat al calaix de la comissió.

Us encoratgem a enviar articles i escrits, o power points, o filmacions... la web ens permet publicar incloent-hi imatges i so.

També us encoratgem a formar part de la comissió, sobre tot als joves que gaudiu de les noves tecnologies amb la vostra facilitat per incorporar aquets canvis i modernitzar la nostra ACPP.

Enhorabona a la nostra revista, si no nou nascuda, si nou manifestada després de 25 anys d'experiència.

Joana Lara Cabrejas, Montserrat Martínez del Pozo

Comissió de Publicacions

**L' EXPERIÈNCIA DE SER SUPERVISAT:  
DOS CASOS DE PACIENTS GREUS**

Maria Ignacio Roca  
MIGNACIOROCA@telefonica.net

## ABSTRACT

En els darrers temps els ingressos en serveis d' urgències d' adolescents molt joves per intents de suïcidi s'han incrementat significativament.

La observació d' aquestes dramàtiques situacions ens mostra les difícils dinàmiques que es donen actualment entre pares i fills. Amb important agressivitat y dificultats de contenció extremes. Tant des de la família com dels mateixos nois.

En aquest article tractaré de mostrar l' importància de la supervisió per tal de poder treballar en psicoteràpia amb aquests pacients, pensar també amb la tècnica necessària, i l' importància de tenir molt present tant la transferència com la contratransferència.

In the latest years, the admissions of very young adolescents for attempted suicide have become more frequent.

The observation of these dramatic situations underlines the massive relations and confrontations between parents and children, with great aggressiveness and important difficulties of contention both on behalf of the family and of the young people.

In this paper I try to discuss the importance of the supervision in order to work in psychotherapy with these patients, the thinking about the technique, and the importance to be aware of the transference and the contratransference.

En los últimos años, los ingresos de jóvenes adolescentes en urgencias por tentativas de suicidio se han hecho muy frecuentes.

La observación de estas situaciones dramáticas subraya las relaciones difíciles y las confrontaciones entre padres e hijos, con un fuerte componente de agresividad y con dificultades de contención, tanto de los chicos como de la familia.

En este artículo intento mostrar la importancia de la supervisión para trabajar en psicoterapia con estos pacientes, reflexionar sobre la técnica adecuada y la importancia de tener presentes la transferencia y la contratransferencia

## **L' EXPERIÈNCIA DE SER SUPERVISAT.**

Al demanar l' admissió com a membre didacta de la nostra associació vaig pensar amb el meu treball durant anys amb adolescents greus, amb els que segur que sense el suport i ajuda de la supervisió, difícilment podria haver realitzat tractaments psicoterapèutics, amb la constància i dificultat que aquests tipus de pacients exigeixen .

També sense el mestratge i l' acompanyament inestimable del Dr. Pere Folc, crec que no podria aprofundir en aquest tipus de treball. Segurament en molts moments d' extrema dificultat sense la seva comprensió i suport m' hauria perdut en un treball tant àrid i a moments dolorós com es aquest.

S' ha parlat força en la literatura actual de que la supervisió es un treball de tres , concepte en el que hi estic plenament d' acord. Voldria reflexionar breument en aquesta introducció el que representa per mi el treball de ser supervisat.

El procés es tant ampli i intens que ens permetria revisar incomptables aspectes:

Quina part hi ha del inconscient del terapeuta buscant trobar un nou anàlisi per ell mateix.

O descrivint i aportant a la supervisió una forta contratransferència, de manera que inconscientment es busqui que el supervisor s' encarregui de la teràpia amb la que es treballa.

També pot passar que es visqui al supervisor com algú que ens ha d' avaluar i que esta absolutament per sobre de nosaltres. I tal com apunta Kernberg s' idealitzi al supervisor, i el supervisat s' infantilitzi. Imitant tècniques i perdent-se l' esperit creatiu del supervisat, anul·lant-me la possibilitat d' aprendre.

Podem sentir també que el supervisor te l' oportunitat d' explorar el nostre món intern per la via de l' identificació projectiva entre nosaltres i el pacient.

Poden ser tants elements diferents que cal ser molt curosos i no oblidar-se de l'impacte emocional que representa ser supervisat. Entenen el procés paral·lel que es dona entre terapeuta- pacient i supervisor supervisat.

Es important no oblidar el que insistia Freud de dialogar amb els col·legues, de no caure en l'aïllament, de poder mantenir viu i fer i refer el treball amb el pacient, possibilitat que la supervisió amb el seu paper de observació i contenció permet refer en tot moment

En un treball del 2005 Zaslavsky, Nunes i Eizirik suggereixen tres diferents models de supervisió que breument voldria sintetitzar:

El model clàssic, focalitzat en el pacient, a on s'ensenyen tècniques i s'imparteix coneixement. Aquí la contratransferència del terapeuta pren un rol menys important.

El segon model que ells en diuen "correctiu o comunicatiu" en el que es focalitza examinant en detall el material, incloent-hi la contratransferència del supervisat per tal d'entendre les comunicacions inconscient que tenen lloc entre el pacient i el psicoterapeuta.

El tercer model que ells en diuen "comprensiu relacional o experiencial", centrat en l'interacció de la parella formada per supervisor supervisat, usant la relació, i els aspectes transferencials i contratransferencials per tal d'entendre millor al pacient.

Al llarg dels anys penso que el que m'ha ajudat, i segurament es pot fer extensiu, es el poder trobar en un supervisor els tres models coexistent en els diferents moments de la supervisió. M'ha interessat aquesta classificació perquè penso que agrupa precisament els aspectes essencials del treball: – tècnica-, comunicació-, anàlisi minucios del material-, experiència de ser supervisat-, anàlisi de la transferència i contratransferència. Si aquests elements coincideixen i es treballa amb rigor probablement es possible tirar

endavant pacients que en la solitud dels nostres espais terapèutics seria una feina gairebé impossible.

Passaré ara a presentar una experiència clínica en la que es pot veure el que de manera molt sintètica he volgut expressar.

## **ELS INTENTS DE SUICIDI A L' ADOLESCÈNCIA UTILITZATS COM A ARMA DE JOC I PODER.**

En els darrers anys cada vegada son mes freqüents els ingressos per intents de suïcidi en adolescents molt joves.

La observació d' aquestes situacions dramàtiques ens posa de relleu relacions i enfrontaments massius entre pares i fills, amb forta agressivitat i dificultats important de contenció tant per part de la família com dels nois..

La necessitat d' obtenir gratificacions immediates, manca de diàleg i us de tòxics es central en la majoria d aquestes situacions.En l' anàlisi de l' historia evolutiva de cada noi o noia ens trobem amb relacions familiars fràgils, a on les demandes dels fills i els desitjos dels pares cada vegada es fan mes equidistants, arribant a actuacions a on, sense massa consciència, l'adolescent posa la seva vida en perill.

En aquest treball voldria fer una reflexió sobre aquestes situacions límit i buscar elements comuns per tal d' orientar i poder realitzar una millor tasca preventiva.

Quan rebem un adolescents que ha atentat contra la seva vida ens inquieta, ens mobilitza , sembla que cal córrer per posar diferents contencions per tal d'



evitar la reincidència, ja que tots sabem de la seva tendència de posar-se en perill.

Si hi ha un ingrés a l'hospital, sigui per unes hores o per uns dies a la sortida es derivarà al servei de psicologia- psiquiatria corresponent, fent-se un tall entre la persona que l'ha atès a les primeres hores i el clínic que el seguirà veient. Es rep un informe escrit, molt mèdic, i jo em pregunto a on queda reflexat el sofriment del noi que l'ha portat a una actuació de màxima gravetat com es la de voler-se treure la vida.

Cal estar molt atents a aquesta situació ja que en general la tendència del propi adolescent i de la família es la de dissociar i fins i tot negar que ha passat per una situació gravíssima. Ràpidament s'ha posat una pauta de medicació - salvadora de les "males idees", hi ha una vigilància durant uns dies per part dels pares.

En el millor dels casos, amb un intent del centre al que ha estat derivat el noi de fer-li un espai i d'ajudar-lo a entendre que ha passat, perquè va arribar a aquesta decisió. Intent que no sempre té èxit, per la pròpia característica de l'adolescència de fer fugides cap endavant, pel dolor immens que hi ha a dins i es difícil expressar-lo en poques sessions, cal tornar-lo a tancar a dins i creure que aquí no ha passat res.

En la majoria de vegades es en la reincidència de l'actuació, si sobreviuen, que els nois van fent un cert vincle amb el psicoterapeuta que ha iniciat el treball i permeten iniciar un abordatge terapèutic, que si es pot consolidar tal vegada els ajudarà a que no tornin a reincidir, o si més no que les seves actuacions no els posin en perill extrem.

Be molt a tomb tenir present a l'hora de treballar el que Bowlby ens parla en la seva teoria del vincle: " the therapist moves backward and forward in the session from a position of observer to that seeing the patient's situation from de point of view of the patient's own subjective experience. However, the analyst

not only tries to see the patient's point of view through empathic understanding, but he also remains separate, as an independent thinker.

An attachment-oriented therapist is actively interested in establishing links between the present and the past in a historical, developmental and social context. He tries to help the patient recall and integrate semantic and episodic memories. He allows and encourages the patient to participate actively in the process of retrieval as well as in the working-through process. “

En molts d'aquests adolescents sembla que en el seu cap no hi hagi història, viuen una situació del moment, es sorprenen extraordinàriament i es desconcerten quan els hi demanes que et parlin de la seva infantesa, es com si no hi tinguessin records. Tot es esquemàtic, no recorden emocions.

Poc a poc, amb molt de temps poden anar dibuixant una època de la seva vida, moltes vegades plena de por i inseguretats, o en altres casos aparentment ben cuidats, però amb somatitzacions greus, asma...dolors abdominals amb ingressos infructuosos. Tot viscut com si no passés res però al recordar-ho van prenent lentament consciència del tipus de nens que eren, i els precaris vincles que tenien amb el seu entorn.

Amb la pacient S vaig començar a treballar-hi quan ella tenia 20a degut a diferents intents de suïcidi que la van portar a ser ingressada a una institució psiquiàtrica durant dos mesos amb un gran desesper de la noia i de la família. Durant l'ingrés va poder-se vincular amb una psiquiatra la qual li va parlar d'iniciar un tractament de psicoteràpia, que va acceptar a la sortida.

En els primers anys de tractament no recordava res de la seva infantesa, els relats eren de situacions immediates, viscudes de vegades amb molta culpa, en un desig aparent de que l'ajudes, però sense poder usar les comprensions que de vegades a mi em semblava que feia. Temps plens d'actuacions que la posaven en perill constant, amb un joc amb els pares i amb mi, que ens deixava desarmats, i moltes vegades amb força desànim.

Quan havia fet els intents de suïcidi era després de haver consumit alcohol en dosis importants, es situava a la via del tren estirada, afortunadament en les diferents situacions abans de passar un convoy algú la veia a la via i la treia, en tal mal estat que era traslladada a un servei mèdic d'urgències. Quan sortia no recordava res. El "no recordar" era la seva forma de viure

Va ser arrel de tenir un neboda que va poder connectar amb les seves pors de petita, sempre al costat de la seva germana tres anys més gran que ella, – ara mare de la neboda. No va tolerar anar a l'escola bressol, no ho suportava, plorava molt i s'en malaltia. Va iniciar l'escola als 3a., quan va poder anar al mateix lloc de la seva germana. En el moment que ho va anar explicant estava molt trasbalsada i es preguntava que com era possible que hagués viscut amb aquests sentiments a dintre sense recordar-los.

Tot i aquesta aparent milloria durant anys arribava de 15 a 20 minuts tard a les sessions. No podia tolerar el vincle que anava establint amb mi, però seguia venint. Tenia una relació amb un xicot homosexual que feia d'ella el que volia, si bé no podia separar s'en. El sofriment intens que li produïa aquesta relació l'ofegava, i tots dos feien cada cap de setmana un consum exagerat d'alcohol.

Establia un joc amb els pares terrible. Ells l'obligaven a prendre medicació contra l'alcohol, abans d'anar de festa, medicació que ella adulterava. Li prohibien sortir amb el seu amic i a la nit s'escapava saltant per un balcó d'un primer pis al carrer. Eren jocs de vida o mort, a la desesperada.

El treball a la sessió- en la mesura que m'ho permetia- de fer lligams entre el passat i el present, va anar construint una trama entre nosaltres de una mica més de confiança i desig de viure que li va permetre deixar aquesta relació amb l'alcohol i a la vegada amb el xicot homosexual. Apareixent però una anorèxia importantíssima de la que ja havia estat tractada als 15 anys. El que semblava un progrés l'havia de malbaratar per un altre banda.

Durant el dia no aguantava el menjar, es provocava el vòmit, a la vegada que prenia laxants. Era a la nit que s' alimentava de barretes energètiques. Únic aliment que es permetia quedar-se a dins. No es deixava les barretes al costat del llit, sinó escampades per tota la casa, amb el que comportava de despertar-se i tenir de aixecar-se del llit, per tant no poder descansar en condicions. La mare era la que, atenta al joc, procurava que sempre hi haguessin barretes a casa.

Havíem passat de una situació que la portava a les portes de la mort en intents de suïcidi a una altre que també l' hi podia situar. Posant la seva vida a prova i la paciència i sofriment infinit dels pares.

Aquesta pacient crec s' inclouria plenament en la definició que Betty Joseph descriu com "Addicció a vora-mort". (Publicat a l' International Journal of Psycho-Analysis 1982).

"Existeix un tipus d' autodestrucció molt maligne, observable en un reduït grup dels nostres pacients i que té, crec jo, el caràcter d' una addicció, una addicció a vora mort"

En aquesta pacient domina un tipus de relació tant interna com externa i també amb mi de sofriment, de no poder gaudir de ser cuidada, i viure una mica bé. Té una tendència a envoltar-se de situacions i experiències que semblen destinades a destruir-la tant físicament com mentalment. Construint un plaer masoquista.

Amb una relació amb els pares- pels qui pateix molt, però a la vegada no deixa viure tranquils, ja que sempre passen coses greus. Unes vacances d' estiu decideix anar uns dies juntament amb els seus pares a una casa que tenen a prop del mar. El segon dia de vacances sortint d' un restaurant que havien anat amb la família va relliscar amb tant mala fortuna que es va trencar els lligaments d' una cama, tenint de passar les vacances amb la cama immobilitzada.

També a les sessions hi ha una forma particular de comunicar-se. Els continguts són certs però parcials, de manera que em pot confondre i deixar-me amb l' experiència que relata un fet que podria ser bo per ella, recollint-li així a la sessió. Si bé uns dies més endavant acaba de completar-ho explicant uns detalls dramàtics amb els que pren tot plegat un altre sentit, i deixa inutilitzat el treball que semblava havíem construït a la sessió.

Feia uns dies havia conegut un xicot que s' havia afegit al grup d' amics amb els quals anava darrerament.

Sortint una nit de la discoteca ell la va portar a casa, la pacient vivia ja independent dels pares, i van acabar tenint relacions sexuals, segons la pacient bé, esmorzant junts al matí. Relatava que de totes maneres no era un noi que li interessava i no tornaria a tenir-hi contacte, faria gairebé com si no el conegués.

A la sessió veiem totes dues la necessitat de tenir algú al costat que la tractés bé, com els anys anaven passant i era difícil per ella establir relacions, no era un fet que des de la distància terapèutica jo veies negatiu, però sí que captava en ella que no tenia el mateix sentit per nosaltres dues, alguna cosa potser se m' escapava. Tot i que S havia manifestat altres vegades el desig de tenir un company.

Al cap de quatre sessions em truca que no pot venir, em dona unes excuses estranyes, que jo ja se que ella de vegades li fa molt mal l' esquena... doncs fa càlculs de ronyo, que no està bé... i no assisteix. A la propera sessió em planteja que cal que sigui valenta i em parli clar, té una por molt gran de morir-se, es sent malalta com si tingués una malaltia incurable de la que no s' en sortirà.

Es va quedant més comunicativa i m' explica que no va venir a la sessió ja que no sabia ni com formular-ho. Té por de que tingui la Sida, l' hepatitis i qualsevol cosa més incurable.

Ha tornat a tenir relacions amb el mateix noi. No sap com va ser, Ella a la discoteca va veure el mateix de sempre però es va sentir molt malament, que no era ell, no sabia el que passava, esta segura que li van posar alguna cosa al got, el noi va portar-la a casa molt malament i al intentar tenir relacions ell havia sagnat.

Uns amics li han dit que aquest noi pren tòxics, esta segura que a la discoteca li va posar alguna cosa al seu got. Però el que no em va dir a l'altre sessió es que el primer dia ell també havia sagnat, tot hi haver usat protecció, i no havia sigut tant satisfactori com m'havia explicat.

No s'ho podia ni dir, ni dir me- ho a mi . Ha parlat amb el seu metge i d'aquí a un mes li faran analítiques, però per la Sida cal esperar mes temps. Ell li ha assegurat que no te res. Però ella no s'ho creu. Hi ha una desesperació tremenda.

Causa a la sessió un sentiment de que tots els avenços aconseguits queden com desfets, destruïts. No hi ha un desig de pau ni d'alliberament- tal com diu Betty Joseph "el fet de morir no els serviria de res. Hi ha una explotació masoquista de la seva misèria" Es un altre tipus de relació, cap el sofriment i l'auto destrucció. De protegir-se molt malament malgrat els esforços que fa en el treball psicoterapèutic.

I estic molt d'acord en aquesta pacient amb la descripció a l'addicció a vora mort, també al preguntar-se per a on es posa l'impuls a la vida i a la salut. Tal com diu B. J. Aquesta part de vida el pacient la col·loca en el psicoterapeuta.

Ens preguntem per com comença tot això, en a quin lloc de l'història infantil podem entendre mes coses. Al anar recuperant els seus records infantils es descriu com una nena aïllada. A casa meva –explica S teníem un jardí gran, vivíem amb unes cases que totes tenien jardí. Jo em passava hores al jardí. La casa del costat de casa meva no hi havia ningú hi vivien gats, jo hi saltava i mirava als gats, no se si els hi portava menjar,, però els mirava, potser els perseguia, veia les baralles que tenien. Jo no se perquè feia això .No jugava

mai amb nines. Mirava els gats. A casa meva estaven molt enfeïnats, amb les botigues. Sempre s'han fet un fart de treballar. Eren els darrers a tancar la porta.

Sembla que ella no trobava la forma de queixar-se i reclamar atenció amb èxit, es replegava en un món de violència, gelosia i abandó, en el record la seva relació amb els gats es un exemple, a on parts del self van quedar atrapades en el plaer del sofriment, la soledat i la violència, sexualitzant –ho de manera masturbatòria. Actualitzant-ho en la vida adulta, entre altres situacions, els intents de suïcidi, la relació amb un xicot homosexual que mai podrà complaure-la, en la seva anorèxia, vomitant i purgant-se, fins quedar extenuada.

Segurament aquest plaer masoquista, tal com diu B.J. els proporciona un plaer molt més fort que l'atracció de les relacions humanes. Aquestes experiències depressives potencials les han sentides en la seva infantesa com un dolor terrible que es transforma en turment, infligint-se dolor mental a ells mateixos i convertint-lo en un món d'excitació perversa, i això va necessàriament contra qualsevol progrés real cap a la posició depressiva. Es un joc que els pot portar cap a la mort, però a la vegada els fa sentir poderosos.

Treballar amb aquesta pacient implica donar-se molt temps i cautela, ja que fàcilment condueix a deixar al terapeuta desorientat i confós. A la vegada cal tenir molt present per un cantó el anar identificant aquest masoquisme, i per l'altre buscar maneres de poder descobrir en formes senzilles a on queda dipositat l'instint de vida que ajudarà a poder trobar comportaments millors d'afrontar la seva existència.

Voldria referir-me ara a altres formes de personalitat que porten també a situacions extremes, a on la tendència a l'actuació i al no pensament, a no poder tolerar les frustracions i a buscar solucions immediates els condueix a

posar-se en perills greus sense cap consciència. La mort en aquests casos es buscada com una alliberació de sofriments insuportables.

Rebo un noi de 19a. R. que tot i ser molt intel·ligent presenta un fracàs escolar greu, amb una història acadèmica que fins fa un any no hi havia aparentment cap problema. De tot se n' havia sortit molt bé. Ha fet un canvi de centre acadèmic degut a la repetició d' un curs.

Ell no sap que li passa, la família tampoc ho entén, però ha aparegut una inquietud i malestar, amb canvis importants d' humor.

Fins a les hores havia estat un noi alegre, ben integrat amb els amics i els germans. Es bessó d' una noia, amb dos germans, nois, mes grans que ell. La família sembla que els ha cuidat bé, pare i mare son professionals d' èxit, amb bona posició econòmica i no s' expliquen que pot estar passant-li al fill.

El descriuen com nen asmàtic gravíssim, que davant de les crisis normalment les tenien de resoldre pujant a la muntanya, ni els medicaments administrats feien efecte. La mare es descriu patint molt per ell. Destaca però al conèixer millor a la família un contacte matern fugisser, cuidant-lo molt en lo extern, fins i tot es descriu com una mica pesada, i insistent, protectora, que des de fa un temps no troba la manera d' atansar-se al fill, ja que aquest rebutjava els cuidados que ella li vol donar

El noi accepta des de l' inici l' ajuda de la psicoteràpia. Diu que es vol conèixer mes. Es simpàtic i carinyós de tracte fàcil, però ell no sap que li passa, es sent molt inquiet. Destaca el relat d' ell mateix com esportista, amb molts amics. Tot i que ara fa un temps que ha deixat l' esport.

Afeccionat a conduir, -la mare també descriu que a ella li agrada molt conduir, la relaxa.

Quan investigo mes al voltant d' aquesta afició diu que cada dia quan surt d' escola agafa el cotxe, no sap a on va, fa quilometres i quilometres, li agrada conduir.



A la tercera sessió em truca per telèfon la mare i m' avisa que en R. No vindrà ha tingut un petit incident amb el cotxe.

Quan veig al noi a la següent sessió m' explica que no sap com, es va quedar penjant en un terraplè, van tenir d' anar a buscar-lo una grua i els bombers. En una sessió posterior m' informa que el cotxe ha quedat pel desguàs , i que en el darrer any es el tercer cotxe que se li fa malbé, bé que no s' ha pogut aprofitar.

Aclarint mes les coses pot adonar-se que ell no sap a on va quan va amb cotxe, com en aquests moments de la seva vida, no pot estudiar, no sap que te , però la seva inquietud va en augment. Em fa confiança i m' explica que consumeix hachis , amb un consum diari i molt important, a casa seva no ho saben , aquesta addicció la va iniciar als 15 anys. Però ara hi esta molt mes agafat.

Son aquesta situacions que un es pregunta com es que la família no ho sap, o no ho vol saber. Els pares disculpen sempre, no s' hi enfronten mai, no els preocupava, el veien content i bé. Son " petits incidents " conduint creuen, que acaben en un any destrossant tres cotxes.

En el treball que es fa paral·lelament amb la família, els pares descobreixen, quedant-se molt parats, la situació de gravetat del seu fill. Ells pensaven que anava amb amics poc recomanables , que no era un funcionament d' en R. Estan molts sorpresos.

La descompensació del noi es important, es el pare que fa costat i contenció de forma mes activa, també es la persona amb la que R. confia i permet aquest acompanyament.

Li fallen els amics, la novia....

Apareix en ell un desig irrefrenable de voler morir, no pot parar quiet a casa, es sent perseguit amb pensament circulars:

R- "Qui soc jo? Un tros de cadascú que coneix-ho.

Tu em tindries de programar....em demana a les sessions. A les que assisteix amb puntualitat, paper i llapis. Apuntant moltíssim.

Jo no em puc aguantar i em vull morir. Em diu amb insistència Ara no tinc cotxe per poder-ho fer.

Ha deixat de consumir tòxics

Inicia preocupació per un mal que te al peu que pren formes delirants.

No pot dormir a les nits i pensem en aquell moment que cal ingressar-lo en un petit hospital psiquiàtric privat, per tal de protegir-lo i medicar-lo adequadament.

A la meua proposta d'ingrés ell te una bona resposta. Ell diu- farà el que tu diguis.

Tot i estar ingressat podem continuar la psicoteràpia.

El treball durant aquests primer 8 mesos va posar de relleu , a la meua manera d'entendre-ho unes relacions primerenques precàries entre R i la seva mare. Ella relatava que en el moment del part va quedar tant esgotada al tenir en R, que la seva germana bessona va néixer per cesarea. Segurament en R ha estat un tercer fill , tal vegada vital, difícil, que ha trobat a una mare mes cansada.

El fals self que en R. ha anat posant de relleu segurament te a veure amb el que en Winnicott parla de una mare no suficientment bona.

“The mother who is not good enough is not able to implement the infant' s omnipotence, and so she repeatedly fails to meet the infant gesture; instead she substitutes her own gesture which is to be given sense by the compliance of the infant is the earliest stage of the False Self, and belongs to the mother ' s inability to sense her infant' s needs (1975, p.145).

Seguin a Winnicott podríem parlar a la vegada de una estructura de personalitat o una organització defensiva que es dona en alguns aspectes de les relacions interpersonals. La diferencia s'estableix en el grau i la consistència en que s'usa aquest tipus de defensa.

En Nicolas Diamond també ens diu “one of the issues in severe forms of false self is that if a subject has not another to recognize, identify and metabolize his feelings, these feelings not only remain encapsulated but also unprocessed and non-symbolized.

En R. Es tercer fill, noi malalt d' asma des de els primers anys de vida, bessó d' una germana sana, nena, molt desitjada per la mare, com diu el pacient de vegades:” la meva germana es especial, es l' única persona que la meva mare li deixa el seu súper cotxe.”

Molt mes endavant del tractament, després de l' ingrés de un mes, quan ell s'havia pogut organitzar molt millor sense prendre tòxics, i estava intentant posar en marxa de nou els seus estudis interromputs, relatant un somni fa pensar en quin tipus de fill ell creu que va ser.

R- explica que ha somniat amb una cosina seva que ha tingut un bebè nen. No sap per que l' ha somniada.

Comenta que tal vegada tindria d' anar -la a veure , a conèixer el bebè. Ell se l' aprecia a la seva cosina, de petits havien jugat molt junts... però no se si sabrà cuidar bé aquest bebè. Quina tonteria... totes les mares cuiden be els seus bebès no?

Varem poder treballar que ell potser ara tenia interrogants de com havia estat cuidat, que una cosa es que els pares t' estimin molt i l' altre el ser entès per els pares. En aquests moments ell podia plantejar-me aquests dubtes. Dubtar en altres moments del tractament l' inquietava tant que no s' ho podia permetre, i reaccionava amb molt neguit i negació.

El no suportar viure havia donat pas a un funcionament “fred “ amb ell mateix i als altres, no trobava sentit a les coses, anava fent.

Es trobava amb els amics, que també havien deixat l' addicció a la droga, i ja no els unia res, les relacions eren avorrides...abans es plantejaven anem a fer un "submarí" a tal muntanya, o a tal mirador... quedant-se allà estona i estona. Ara jugaven al billar, anaven a la discoteca... el cotxe tampoc li interessava com abans. Li seguia agradant conduir, però aquelles escapades de quilometres i quilometres havien deixat de tenir sentit.

Hi ha una diferència molt important entre aquest pacient i la pacient S. ,R. no mostra una forma masoquista de plaer, hi ha una buidor , una tristesa immensa, una vida que s' ha de construir i ell sent que no té el bagatge intern per fer-ho. Està interessat en el treball terapèutic. S' ha rossolat en les relacions familiars com no ho havia fet mai, es passa hores i hores a casa, veient pel·lícules amb els germans i es segueix deixant ajudar per el pare, fent treballs acadèmics o preparant exàmens. No ha de fer veure que es el que no es.

Curiosament la família li torna a posar un cotxe a les mans. Malgrat una retirada de carnet li permeten agafar -lo per venir a teràpia i sortir amb els amics, que només els veu el cap de setmana.

El joc amb la droga no s' ha acabat del tot, de vegades el cap de setmana fa un petit consum, li agrada la sensació de buit que la droga li proporciona, es fascinant , segons ell.

Podem treballar-ho a la sessió. El buit com a defensa a les pors de confrontar-se amb la violència dels desitjos, i l' angunia a realitzar-los. Veiem el preu que paga amb l' inhibició, amb voler creure que no necessita res, amb un viure a "miquetes". Va presentant una forma de depressió "freda", en la que sembla que es la terapeuta la que ha de posar "la vida" i el desig de viure. En aquest sentit corroboraria la idea de B J. En el seu treball d' addicció vora – mort que he citat abans.

El dolor va lligat a la supervivència, viure i desitjar comporta en aquest pacient massa sofriment. El buit que durant anys R. ha trobat en la droga ha

comportat com un principi de Nirvana, una idealització de la mort i de la pulsio de mort. Freud posa l'accent principalment sobre la destructivitat de l'instint de mort. Que son sinó els tòxics?.. El conduir i estavellar cotxes posant en risc constant la seva vida?.

Cal que en el tractament es tingui molt present com queda projectat en el terapeuta els seus instints de vida, com quan em demanava en moments molt difícils que el programes. I m' incitava a una actitud de protecció excessiva.

M- Klein mes endavant ens mostra el lligam amb l'angoixa, donat que aquesta es en l'origen, una resposta a l'amença de l'instint de mort. En Enveja i gratitud ens diu quelcom mes, que l'enveja i l'instint de mort tenen en comú un tret essencial. Tant l'un com l'altre ataquen la vida i les fonts de vida. I ens diu que l'enveja és una manifestació externa de l'instint de mort.

La germana bessona, segurament mes desitjada posa difícil al pacient el poder ser objecte de desig de la mare. Si no s' es desitjat no es pot desitjar, cal viure en un buit constant, en una fugida cap endavant sense saber massa cap a on.

En el moment que lluita per poder acabar el seu batxillerat te una sortida momentània, hi ha un objectiu immediat, però li es molt difícil imaginar-se en el futur. No sap cap a on anar. Veu l' Universitat com el que li toca fer, parla d' estudiar Biologia. A mi em fa sentir sense desig, es el que els pares i els germans han fet, una carrera universitària, però no hi ha una diferenciació entre ell i els altres. Es un anar fent, te capacitats cognitives però em pregunto a on esta el seu projecte de vida.

Corra el risc de viure en el parany de fer el que creu que els altres esperen d' ell. Des del treball terapèutic cal afrontar-ho, i tenir molt present que hi ha un atac constant de les forces destructores del self. La desesperació i desig de morir en lloc de viure pot irrompre en el que creiem que va evolucionant.

Son pacients que l'una S. per la força del seu masoquisme i l'altre R. per la poca consistència emocional tenen una tendència a atacar el progrés aconseguit amb tant dolor i esforç.

Caldria estar molt atents en els serveis de Psiquiatria i Psicologia a fer una tasca preventiva amb nens petits que presenten clares tendències al aïllament i replegament psíquic, no entendre que son només inhibicions puntuals, ajudar a pares i mestres a buscar formes per vincular-los de manera més viva en el fer de cada dia, estimular aficions i relacions, promoure activitats engrescadores, que els ajudin a sortir del món precari que van construït.

També treballar amb els Serveis de Pediatria amb els nens que emmalalteixen en freqüència, i amb pares que consulten excessivament, no trobant la manera de donar estabilitat saludable al seus fills. Nens que posen les coses difícils, però moltes vegades parlen amb el seu cos i mostren com els es de difícil viure ja en els orígens de la vida .

## **CONCLUSIÓ.**

### **REFLEXIONS DE LA FUNCIO DE LA SUPERVISIÓ.**

Tal com exposava a l' inici del treball hi han diferents models possibles de supervisió, si be en aquestes situacions a on els pacients es posen en situació de risc constants , amb projeccions massives cap al terapeuta, i actuacions tant dintre com a fora del tractament , destinades en part també a fer-se atendre de forma molt especial i entendre els que ells no comprenen, si no hi ha un treball intens i acurat de supervisió el mes probable es que portin al professional a la vegada a actuar també i a fer fracassar l' ajuda, o a abandonar el tractament .

La supervisió, a la meua manera d'entendre, fa una doble funció comprendre el moviment que es va donant al llarg del tractament i fer de suport i contenció del terapeuta, molts moments confós i ple de contradiccions.

Hi ha hagut moments al llarg d'aquests dos tractaments descrits en aquest treball que se m'han plantejat molts dubtes. Tant respecte a l'eficàcia de l'orientació psicoanalítica com del tipus d'enfoc. Amb fantasies de que si aquest pacients fossin tractats des d'una altra perspectiva, o un altre terapeuta les coses anirien millor.

En el cas de la noia S. la seva perseverança en arribar tard a les sessions posava a prova la meua capacitat d'esperar-la durant anys i no donar-me temps a gairebé poder treballar el que ella aportava em feia sentir, tal com veiem a la supervisió, a intentar "empapatxar-li" un aliment mental que creia jo tant precari i ella podia rebre amb tanta dificultat.

Calia que jo no oblidés l'anorèxia gravíssima que patia, com s'havia d'alimentar de barretes energètiques que la mare posava estratègicament a casa, projectant en mi aquest tipus de manera, amb complicitat amb la seva malaltia, de poder tolerar ser alimentada. Ella havia de buscar formes relacionals que li feien molt de mal, com el vincle amb el xicot homosexual, no poden apropar-se en confiança a altres situacions més sanes de deixar-se cuidar.

El meu malestar de vegades no em permetia adonar-me dels petits moviments que s'anaven produint a les sessions. Era en aquest treball minucios de supervisió a on comprenia el proporcionar-li formes relacionals diferents de les de la mare, contenint el meu neguit, proporcionant-li un model de més confiança cap a ella, de permetre-li créixer i equivocar-se, amb un nivell de tolerància amplíssima, en aquest cas, necessària per que poc a poc es pogués observar i entendre sense sentir-se ni perseguida ni recriminada.

Aquest treball que de vegades el podia definir a tres – pacient- terapeuta-supervisor- prenia dimensions diferents en el tractament amb en R. L'

experiència prèvia amb la S. m' havia donat més seguretat en aquests pacients tant difícils, amb S. havia passat per moments de força desànim i poca confiança en el possible progrés de la noia, era el supervisor el que crec que en molts moments em feia posar l' empenta necessària per seguir, en canvi amb en R. El supervisor adoptava moltes vegades la part de poca creença en que aquest noi pogués progressar.

Insistia jo en que potser no sabia transmetre a la supervisió el que el noi em feia sentir a mi de part sana que ell portava a les sessions, malgrat la gravetat, la reincidència en el consum de tòxics, les dues crisis greus amb necessitat de ser ingressat .

Aquestes dues experiències m' han portat a reflexionar de l' importància de com es transmeten les sessions. Com moltes vegades es pot explicar el neguit del terapeuta, les pors a actuar, els perills que es viuen juntament amb els pacients, si bé d' altres els elements més inconscients es fan molt difícils de explicar – per això n' anomenem inconscients -.

Es en aquest treball de poder observar la contratransferència a on cal aprofundir especialment en pacients borde-line, la ratlla es molt fina, i es important diferenciar els possibles elements col.lusius, de les comprensions sanes i per tant promotores de progrés.

Aquest pacients poden portar-nos en facilitat a confondre situacions o a no veure progrés quan aquest , encara que de manera subtil, s' esta produint. Moltes vegades deixen fora de la sessió fets importants de la seva vida, que ells i també el seu entorn ajuden a dissociar, no podent aconseguir integrar les experiències sense que s' entengui massa perquè es repeteixen situacions que aparentment sembla que s' han compres i assimilats. L' ull atent del supervisor fa adonar moltes vegades d' aquest fets que ens poden passar per alt.

La supervisió des de la seva dimensió interna -externa aporta un altre perspectiva, observa pacient- terapeuta , permet analitzar des de diferents angles ansietats i defenses de tots dos. Només amb aquest treball sincer, i



humil es possible realitzar l' objectiu que es vol aconseguir amb aquest tipus de proposta de treball.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Sigmund Freud. Mes enllà del principi del plaer.
  
- Hanna Segal. Sobre la utilitat clínica del concepte d' instint de mort. (La pulsio de mort . Presses Univ. De France 1986 Paris.)
  
- Betty Joseph. Addiction to near-death. "Intenentional Journal of Psycho-Analysis". 1982 vol. 63.
  
- Ann Petts and Bernard Shapley. On supervision . Psychoanalytic and Jungian analytic perspectives . Karnac 2007.
  
- Rosenfeld H. A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: An investigation into the aggressive aspects of narcissism. Int. J. P.1971.
  
- 2005 Zaslavsky, Nune, Eizirik. La gestione del contratransfert va affrontata in supervisione e ogni supervisore.
  
- 1958 Bowlby "The Nature of the Child's Tie to his Mother"

# **CANVIS OBSERVATS EN PSICOTERÀPIA DINÀMICA BREU AVALUATS AMB EL TEST DE RORSCHACH**

**Consuelo Liberal Górriz**  
(CSMA L'Hospitalet de Llobregat)

liberalgorriz@hotmail.com

## ABSTRACT

Es recull una mostra formada per 42 persones i es divideix la seva simptomatologia en ansiosa i depressiva, es realitza una psicoteràpia breu d'un any amb freqüència quinzenal i abans i després de la mateixa s'administra el test de Rorschach.

Els resultats posen de manifest que tot i que cada cas s'ha de mirar de forma individual, el total de la mostra millora estadísticament en la seva autoestima, la seva adaptació social, el seu contacte amb la realitat i la seva capacitat per enraonar.

Els pacients ansiosos milloren en el seu sentit de la realitat, en la seva millora del pensament i en la seva reducció d'hostilitat.

Els pacients depressius milloren en la seva autoestima però semblen amagar nuclis malenconiosos o psicòtics importants que fan augmentar la seva irritació interna després de al teràpia.

Se recoge una muestra formada por 42 personas y se divide su sintomatología en ansiosa y en depresiva, se realiza una psicoterapia breve de un año con frecuencia quincenal y antes y después de la misma se administra el test de Rorschach.

Los resultados ponen de manifiesto que todo y que cada caso se ha de mirar de forma individual, el total de la muestra mejora estadísticamente en su autoestima, su adaptación social, su contacto con la realidad y su capacidad para pensar.

Los pacientes ansiosos mejoran en su sentido de realidad, en su mejora de pensamiento y en su reducción de hostilidad.

Los pacientes depresivos mejoran su autoestima pero parecen esconder núcleos melancólicos o psicóticos importantes que hacen aumentar su irritación interna tras la terapia.

A population sample is depicted by 42 people, split its symptomatology between anxious and depressive, brief one-year psychotherapy is carried out fortnightly and before and after it is given the Rorschach test.

The results show up that, being conscious that each case to be looked individually, the overall sample improves statistically on its self-esteem, its social adaptation, its contact with reality and its ability of thinking.

Anxious patients improve on their reality sense, their improvement of thinking and their reduction of hostility.

Depressive patients improve on their self-esteem, but seem to hide important melancholic or psychotic cores which make to increase their internal annoyance after therapy.

## **INTRODUCCIÓ**

La derivació de pacients a tractaments psicològics en un Centre de Salut Mental pot venir per varis camins: a petició pròpia, a petició del metge de família i a petició del seu psiquiatra. L'arribada d'un pacient obre distintes expectatives para tots ells i també pels terapeutes.

Quan arriba un pacient a iniciar un tractament psicològic, hi ha un desig de canvi, de millorar; el canvio pot tenir diverses manifestacions, tantes com pacients veiem.

En aquest treball no s'ha realitzat una selecció de pacients amb criteris d'inclusió que descriuen la majoria de autors de psicoteràpia breu Bellak (1970), Malan (1983), Braier (1984), Gabbard (2002), Safran (2002) Butcher (1979), Appelbaum (1990) etc., com que l'objectiu des de el Centre i per els professionals és ajudar a las persones a reduir el seu patiment, a viure millor amb si mateixos i amb els altres.

L'objectiu de l'estudi ha estat observar què canvis produïa la psicoteràpia breu, utilitzant per a avaluar-los el test de Rorschach.

M'ha estat de gran ajuda les teories psicodinàmiques no només clàssiques Freud (1981), Klein (1990), Bion (1997) sinó també figures com Álvarez (2002)

y Fonagy (1999,2000,) que para mi representen una forma de apropar-se a las personas que tenen series dificultades en el seu pensament y que aquestes dificultades repercuteixen en la seva vida afectiva, relacional, laboral etc.

Quant a la avaluació del test de Rorschach existeix una amplia literatura científica que ens mostra la investigació que està tenint lloc en aquest camp, a Catalunya Alvarez (1993) i més en concret en la avaluació de la psicoteràpia com Exner (1992,1994), Weiner (1991,2001), Campo (1998), Botbol (1987), Vives (1996), Gómez (2004), Freitas (2005), Liberal (2003), Sember (1995)... Els coneixedors del test sabem que hi ha molta informació clínica y estructural que ens proporciona el test de Rorschach, però també sabem que cada persona té la seva individualitat, el seu propi funcionament mental i amb cada persona s'estableix un procés psicoterapèutic diferent.

Pretendre comparar grups es quelcom massa ambiciós, difícil de controlar les seves quantioses variables, no obstant, es pot fer si ens centrem en algunes d'elles y així poder comparar resultats.

## **DESCRIPCIÓ DE LA MOSTRA**

Es tracta d'un total de 42 pacients (Veure taula 1) derivats per varis professionals als que s'ha subdividit en dos grups: amb simptomatologia ansiosa (64,2%) i amb simptomatologia depressiva (35,7%).

Els pacients amb simptomatologia ansiosa es caracteritzen per presentar alguna característica que té que veure amb l'expressió verbal de preocupació, estrès, angustia etc., amb expressions somàtiques amb mareigs, taquicàrdies, sensació d'ofec etc. i amb expressions cognoscitives del tipus por a morir.

Els pacients amb simptomatologia depressiva es caracteritzen per presentar alguna característica que pot incloure ànim deprimat, anhedònia, sentiments d'infravaloració, canvis d'apetit, pensaments de mort etc.

Del total de la mostra el 66,6% són dones davant del 33,3% d'homes; la majoria del grup estan entre els 26 y els 45 anys (78%); també la majoria tenen

estudis secundaris o de grau mitja (38%); hi ha una quasi igualtat entre els solters (45,2%) i casats (47,6%).

La primera vegada que van consultar a salut mental, en la seva major part, va ser fa més de dos anys (73,8%); també la majoria disposen d'antecedents personals psiquiàtrics (85,7%) i antecedents familiars psiquiàtrics (80,9%); alguns van presentar crisis de pànic (40,4%) tal com les descriu el DSM-IV i la majoria tenien un tractament psicofarmacològic (85,7%) com a eina terapèutica coadjuvant per reduir el seu grau d'ansietat i alleugerir símptomes depressius.

## **METODOLOGIA**

Després de realitzar tres entrevistes diagnòstiques d'observació de conflictes, de recursos interns, de possibilitats d'aliança terapèutica, d'anàlisi de la demanda, etc. es va proposar un espai per treballar junts durant un any, amb una freqüència quinzenal, y abans y després d'aquest realitzar l'administració del Rorschach per finalment fer una avaluació conjunta dels resultats, des de un punt de vista clínic, naturalment.

S'ha comparat els resultats de les variables del protocol del Rorschach abans y després de la psicoteràpia en la mostra total (n=42); posteriorment s'ha comparat els grups amb sistematologia ansiosa (n=27) i els de sistematologia depressiva (n=15). Donat que es tracta de variables que no segueixen la corba normal de distribució de puntuacions, l'anàlisi efectuat ha estat de tipus no paramètric, concretament la T de Wilcoxon que és una prova de comparació de mesures entre mostres relacionades. També s'ha utilitzat la comparació entre els dos grups considerats como independents (U de Mann-Whitney).

## TAULA 1

### Edat

18 a 25 anys	8	(19,6%)
26 a 35 anys	20	(47,6%)
36 a 45 anys	13	(30,9%)
46 a 55 anys	1	(2,3%)

### Estudis

Primaris	13	(30,9%)
Secundaris	16	(38%)
Universitaris	13	(30,9%)

### Gènere

Dones	28	(66,6%)
Homes	14	(33,3%)

### Estat civil

Solters	19	(45,2%)
Casats/parella	20	(47,6%)
Separats/div.	3	(7,1%)

### 1ª Consulta

< 1 any	7	(16,6%)
1 a 2 anys	4	(9,5%)
> 2 anys	31	(73,8%)

### Simptomatologia

Ansiosa	27	(64,2%)
Depressiva	15	(35,7%)

### Antecedents Personals

SI	36	(85,7%)
NO	6	(14,2%)

### Antecedents familiars

SI	34	(80,9%)
NO	8	(19%)

### Crisis de ansietat

SI	17	(40,4%)
NO	25	(59,5%)

### Tractament farmacològic

SI	36	(85,7%)
NO	6	(14,2%)

## RESULTATS

En el **total** de la mostra (n=42) es comparen les variables del test de Rorschach, abans y després de la teràpia, (T de Wilcoxon, proba no paramètrica que compara mesures entre dos grups relacionats) i s'ha obtingut els següents resultats:

1. Millora l'autoestima (3r+(2)/R) significativament (p= 0.002).
2. Millora el sentit de la realitat (X+%) significativament (p=0.002)
3. Millora la capacitat per pensar (X-%) significativament (p=0.021)
4. Millora l'adaptació social (Populars) significativament (p=0.035)
5. Millora la tensió (contingut Ex) significativament (p=0.018)

El grup de simptomatologia **ansiosa** (n=27) comparant els resultats abans i després de la teràpia (T de Wilcoxon) ha obtingut els següents resultats:

1. Maniïestan menys hostilitat (respostes s) significativament (p=0.04)
2. Millora el sentit de la realitat (X+%) significativament (p=0.018)
3. Millora la capacitat per pensar (X-%) significativament (p=0.014)

El grup de simptomatologia **depressiva** (n=15) comparant les variables abans y després de la teràpia (T de Wilcoxon) obté els següents resultats:

1. Millora l'autoestima (3r+(2)/R) significativament (p=0.019)
2. Aumenta la constricció afectiva (respostes C') significativament (p=0.036)



Continuant amb la comparació de mesures, en aquesta ocasió **entre els dos grups** (simptomatologia ansiosa y simptomatologia depressiva) , mitjançant la U de Mann-Whitney (que compara les mesures entre dos grups independents, també no paramètrica), per veure les diferències en primer lloc **abans** d'iniciar la psicoteràpia, s'obté aquests resultats:

-El grup d'ansiosos presenten més constricció afectiva (C´) y més sentit de la realitat(X+%)

-El grup de depressius presenten més característiques de pensament psicòtic (PTI), presenten també respostes de dolor i angoixa(V) i pitjor capacitat per pensar (X-%).

Si comparem els grups entre ells **després** de la psicoteràpia s'obtenen els següents resultats:

-No apareixen ni la constricció afectiva (C´), ni respostes de dolor (V) ni ajustament a la realitat (X+%)

-Els depressius mantenen el pensament psicòtic(PTI), i les dificultats per pensar(X-%) i a més apareixen més pensament estrany (FFEE)

-Els ansiosos apareixen amb més respostes de botànica (Bt) sense que el seu índex de aïllament sigui significatiu.

Aquest resultat fan pensar que encara que els canvis després la psicoteràpia són sempre individualitzats, no obstant, el grup globalment, millora en la autoestima, en la percepció de la realitat, en la seva capacitat de pensar, en la seva adaptació i en la seva reducció de tensió. Ara bé, s'ha de dir que no tots els canvis són iguals, d'aquesta forma es veu una major millora en el grup que presenta simptomatologia ansiosa.

Per observar les diferències entre ambdues simptomatologies veurem dos exemples de dos processos, un amb una mala evolució y l'altre amb una

evolució previsible; d'aquesta forma es pot comprendre millor els dos funcionaments mentals que fan que el seu pronòstic sigui favorable o desfavorable.

## **ANÀLISIS DE LA EVOLUCIÓ DE DOS CASOS**

### **1.Lluïssa**

Va realitzar la seva primera visita en el 2001, amb 41 anys y va ser diagnosticada inicialment de trastorn adaptatiu amb ànim deprimat; el motiu de consulta era un canvi a l'empresa (absorció de la seva empresa per una altre) que a ella la havia afectat molt.

És la tercera de vuit germans; procedeix d'una altre comunitat d'Espanya; tres germanes viuen a Barcelona i els cinc homes a la seva terra.

Casada amb un home un any major que ella té un fill adolescent de 14 anys de edat

És derivada a tractament psicològic en el 2003 després de la seva mala resposta a psicofàrmacs i al suport psiquiàtric.

A la primera visita no es va presentar i a la segona no va fer menció de aquest fet. Es presenta amb aspecte decaigut, enfonsada, làbil i amb certa desesperació.

Explica que dorm millor des de l'últim tractament farmacològic perquè no té tanta por a les nits. Continua referint-se que després de més de vint anys a l'empresa, han canviat els amos i li van dir que no feia bé les coses, que tot el que feia estava mal...Posaven a companys per que manessin i la empresa semblava voler estar al seu costat i en realitat feia el contrari.

Tota aquesta situació va repercutir a la família; el seu fill ha repetit 3º de ESO y el marit està bastant cansat. Torna a parlar de l'empresa, ella era del comitè d'empresa y li han demanat que renuncií.

Tot el que parla del seu treball sembla quelcom molt terrorífic per ella. Però després d'explicar tot això la seva cara es mostra més serena. Però a la següent visita va dir que parlar de l'empresa li produir molts mal sons.

Al plantejar-li revisar juntes tot el succeït i què ha fet perquè s'enfonsi en aquest quadre em semblava, aparentment, quelcom focal i de possible bona evolució.

No obstant, no va ser així.

Al inici de la psicoteràpia van aparèixer símptomes físics com expressió del seu malestar; aviat va aparèixer una ideació paranoide del tipus em miren pel carrer, parlen de mi, etc. Després apareix la existència d'un germà, bessó del petit que va morir amb 10 anys per un xarampió, malaltia que havia afectat al altre bessó i a ella també però aquell no millorà. El pare va culpar al personal del col·legi on tots tres estaven internats i la mare mai va tornar a ser la mateixa; de fet, nombra al mort cada cop que es reuneixen i la casa esta amb fotos d'ell. L'altre bessó no es va casar i viu amb els pares.

Aquesta historia, que va aparèixer a les poques sessions d'iniciar la teràpia mostren la culpa i el ressentiment. L. Escario (1995) planteja dos característiques del ressentiment, per una part, l'existència d'una experiència dolorosa real en la biografia del pacient i per l'altre la congelació de aquesta experiència viscuda; F. Vicario (1995) es refereix a una experiència de un pacient amb germà mort y coneixem de Green (1980) la importància del concepte de la mare "morta".

El fet va ser que després d'aparèixer aquestes dades biogràfics Luïssa va tornar a la simptomatologia depressiva i als seus somnis persecutoris. També va aparèixer després que la germana petita perdés el nuvi d'accident poc abans de casar-se i continua soltera.

Lluïsa diu que confia en mi encara que mai em mira a la cara com si amb la seva mirada, o amb la meua, quelcom dolent pogués succeir.

Més endavant parla de "desgracies" de la seva mare tant per la mort del seu germà com pel rebuig que va patir per part de l'avia paterna. I continuen les ansietats persecutòries tant en vigília como en somnis.

Del primer Rorschach destaca el quantiós grup de respostes "obscur"; així esta vivint la seva realitat interna tant a nivell de pensament, com d'afecte, com de relació; tot és difícil, confús i persecutori per a ella. I la obscuritat li turmenta. Se sent indefensa davant d'allò que sent i aquesta situació li produeix molt estrés.

El anàlisis quantitatiu de les dades ens fan pensar en el seu elevat índex de esquizofrènia (PTI= 4); mirant al detall les variables que ens parlen de la percepció i el contacte amb la realitat observem que no esta alterat el seu X-%,

no hi ha M- i presenta quatre codis especials (ALOG) però que són menys significatius que si fossin FABCOM.

L'estratègia interpretativa ens indica que estem davant una persona que pot prendre decisions de forma contradictòria (EB ambigüa), no té una activitat ideativa i interpersonal clara ( $a:p = 1:1$ ) ni acudeix a la fantasia per resoldre els seus problemes ( $Ma:Mp = 1:0$ ); tampoc es defensa intel·lectualitzant i té una resposta recelosa de sí mateixa i/o de les seves relacions.

Presenta un pensament que recorda als nens pel seu mode simple de donar relacions causa-efecte errònies (ALOG) que indiquen lògica deficient i judici deteriorat.

Presenta conductes asocials en el sentit de no estar interessada per el convencional (P, X+%), influïda probablement per problemes afectius (Y). La seva inadequació perceptiva es justifica per aquest estrès i/o depressió.

No té trets d'estil o caràcter definit que li diuen l'atenció però la seva forma de processar és pobre i immadura (v).

Encara que sembli una persona amb control davant de les situacions, en el moment de l'administració presenta molt estrès ( $D = -2$ ); la seva organització de la personalitat immadura ( $CDI = 5$ ) pot originar-li vulnerabilitat davant de les situacions de la vida quotidiana. El més important és que presenta a l'actualitat molt estrès i ansietat fruit de la crisi que està patint. No estam davant d'un clar quadre depressiu ( $DEPI=4$ ) però sabem que ella té un malestar emocional en relació a aquesta crisi; intenta de distanciar-se i evitar tot allò que sigui emocional.

La seva autoimagen és poc positiva. Les seves relacions interpersonals semblen poc duradores, superficials i ficada en una relació rutinària. No obstant, socialment no està asilada. I pot presentar conductes de dependència ( $Fd$ ).

El contingut de les respostes a més de la seva obscuritat, són objectes parcials, on tot està fragmentat, escindit, funcionant amb la identificació projectiva i amb poques possibilitats de poder integrar.

En el segon Rorschach, se substitueixen les respostes de obscuritat per les de "forats".

Està més deprimida ( $DEPI=6$ ) que se manifesta amb més ràbia, més hostilitat, més angustia i continua la seva baixa autoestima. Per altre banda, el seu

potencial suïcida es mostra preocupant (S-CON=9) perquè a més existeix un major aïllament social y més descontrol emocional. Es como si aquest any de revisar juntes aspectes parcials de la seva biografia y del seu món intern, li haguessin connectat a nuclis més melancòlics que li han produït major inhibició.

Es mantenen les seves dificultats en el seu estrés (D = -1) i sembla que s'hagi cronificat la seva situació de desorganització, de dificultats de concentració, amb pocs i limitats recursos psicològics.

La seva situació interna ha canviat de emoció; ja no està tan indefensa, tan espantada, sinó que ara després d'aquest any de teràpia hi ha una certa introspecció (1 V) i sentiments dolorosos que no mostra.

Quant a l'afecte sembla amb claredat un descontrol de les seves emocions, més hostilitat, y més oberta a les emociones, cosa que no li beneficia.

Lluïsa respon amb els afectes i això li fa estar més vulnerable. Tant las C como las D-1 fan pensar en una certa impulsivitat.

El més positivo de aquest segon Rorschach es que ha desaparegut el seu pensament tan distorsionat (ALOG) , una resposta pessimista que tenia (MOR) i que continua amb una actitud activa.

Hi ha una situació de que el temps s'ha parat, per Lluïsa, per la seva mare, per la seva germana, per el seu germà...em pregunto si també per nosaltres.

Em semblava clara la identificació amb sa mare, tant en la vexacions laborals (mare amb sogra) com en la pèrdua del treball (mare va perdre fill) viscuda de forma melancòlica. Em resultava difícil de imaginar una dona reivindicativa, que havia pertangut al comitè d'empresa, pogués arribar a aquest estat de paralització, on ni tan sols la ràbia podia mostrar-se, sent substituïda constantment per la por. Però a pesar de la meva actitud activa de pensar amb ella (Álvarez,2002), buscant mentalitzar com expressa Fonagy (1999,2000) de buscar allò que ella no pot, de furgar en sentiments amagats per a ella, de intentar posar pensament a el seu terror, paraules a allò viscut, sentit a allò succeït, la impressió final és que tot està trencat, foradat.

El seu diagnòstic va passar de trastorn adaptatiu amb ànim deprimit a trastorn depressiu major i després a trastorn esquizoafectiu. Continua en tractament.

## 2. María

María té 37 anys quan consulta per “aversió a les relacions sexuals des de fa varis anys”. La simptomatologia sembla després del naixement del seu primer fill i consisteix en desgana sexual, fàstic i ganes de vomitar. Va ser un temps en que es va veure sola amb els fills, perquè els seus pares estaven en una altra província i el marit passava el dia fora arribant a casa a les onze de la nit; se sentia irritada amb ell i amb els nens. Té episodis d'ansietat que es caracteritzen pel temor a la mort pròpia o dels seus essers estimats, els té des de que era petita, llavors temia la mort dels pares i ara dels fills.

Fa deu anys va fer un quadre depressiu, que no relacionava amb res, encara que acabava de trencar amb un xicot i iniciar la seva actual relació. Va ser tractada amb antidepressius en el CSMA on vivia. Demana ajuda psicològica i no vol implicar en això al seu marit.

És la menor de dues germanes; la seva germana està casada i té un nen i ella dos, de quatre i dos anys.

Quan ens coneixem entra somrient i de forma espontània explica que va venir per falta de desig sexual; diu a continuació, que té atacs de pànic des dels set anys i ha observat que fent esport tot li va millor.

Al preguntar-li per la 1<sup>a</sup> crisi plora i diu que el seu pare va emmalaltir i va estar un any ingressat per tuberculosi quan té ella set anys. A partir d'aquí no podia dormir, es despertava espantada, amb taquicàrdia, pensant que es moriria ell, la seva mare o ella. Després de l'alta del seu pare, encara que estava mes tranqui-la s'aixecava per les nits i anava a l'habitació dels seus pares i es quedava en peu.

Recorda passar temps amb la seva germana, les dues soles. Els pares es van anar a una altra província quan ella contava 19 anys y es va quedar estudiant biologia. A l'actualitat és funcionaria, administrativa.

Te bona relació amb els pares però a la seva mare la veu nerviosa i la recorda tremolar quan el seu pare estava malalt.

Va deixar el antidepressiu fa sis anys i al morir sa avia va tenir un nou episodi ansiós-depressiu i va tornar a ser tractada amb antidepressius i al nèxia el seu fill major va tornar a necessitar tractament farmacològic.

Evita pensar fent esport. Tem però desitja pensar amb mi. No desitja medicació.

Durant la psicoteràpia, sembla primerament la seva ansietat de separació; recorda la seva situació d'afecció, de dificultat per diferenciar-se com Mahler(1977), Bowlby(1998) i Fonagy (2004) mostren. Connectar la soledat davant de la mort li alleugera. Tem semblar-se a sa mare que sempre s'ha vist inútil i poca cosa. Descriu pares hiperprotectors i que la mare li desautoritza davant dels nens. Apareix la malaltia del seu marit, esclerosi múltiple que li va diagnosticar cinc mesos després de néixer el primer fill. Somia que aquest fill té càncer. Apareixen també problemes amb la sogra i arriba a relacionar que el seu contacte amb ella li produeix migranyes. I surt la seva gelosia, la seva culpa. Poc abans d'acabar la teràpia, va sortir la possibilitat de demanar trasllat a la seva especialitat, una promoció que fins ara no s'havia atrevit a plantejar, i ho va fer.

María confia cada vegada més en la teràpia encara que va tenir un recel inicial; ve que tot es pot parlar i no passa res dolent. Millora poc a poc la seva relació amb els fills, marit, sogra i treball. De broma li diu a la seva amiga que serà la seva psicòloga quan acabem.

En el primer Rorschach destaquen principalment dos aspectes: la seva actitud desconfiada i de recel (HVI) i les seves respostes de contingut desagradable que desperten ansietats persecutòries. Té algunes dificultats en el seu mode de pensar i processar encara que la seva adaptació social és bona. Utilitza més els seus recursos intel·lectuals davant de les situacions de la seva vida quotidiana, deixant a una banda els afectes. Té una autoimagen bona encara que alguns pensaments la irriuen i la preocupen. La seva relació amb els de més és bona, li agrada treballar y relacionar-se amb els altres i té un interès excessiu per els de més.

En el segon Rorschach desapareix la seva actitud recelosa, el seu estar atenta a tot; hi ha més reflexió, menys pessimisme, menys hostilitat i desapareixen les respostes desagradables encara que segueix havent respostes de temors. María afronta la separació amb dolor, apareix una resposta de dol, de pèrdua (FT) i davant la seva pròxima soledat es torna una mica més rígida y procura prendre distancia dels afectes per així amb el seu cap poder buscar soluciones. Però pot pensar millor i confia que això la ajudi.

Va ser donada d'alta, una mica temerosa a viure sense la teràpia però molt agraïda.

## CONCLUSIONS

1. Els resultats del total de la mostra, utilitzant com eina per avaluar el test de Rorschach, permeten afirmar que existeix una millora estadísticament significativa després de la teràpia quant a la autoestima, la adaptació social, el contacte amb la realitat i la capacitat per pensar.
2. Els pacients amb simptomatologia ansiosa després de la teràpia milloren significativament en la reducció de la hostilitat, en tenir millor sentit de la realitat i en un augment de la seva capacitat per pensar.
3. Els pacients amb simptomatologia depressiva semblen amagar nuclis melancòlics i/o psicòtics importants que fan augmentar la seva irritabilitat interna després la teràpia, encara que també milloren la seva autoestima.
4. La evolució en la teràpia és sempre individual, per això s'ha pogut exemplificar dos casos en que el procés és distint en cada un i la seva evolució també. Inicialment, el caso de Lluïsa no presagiava aquesta evolució tan tòrpida, en canvi el seu procés no ha seguit les expectatives inicials; per la seva banda el caso de Maria exemplifica el que s'espera en una teràpia breu.
5. La psicoteràpia breu de orientació dinàmica és una eina limitada en el seu temps. Crec que sempre suposa una ajuda. Unes vegades només aconsegueix sensibilitzar aquells casos que no han pogut parar-se a pensar mai, a ser escoltats, a plantejar-se que la seva vida té un per què. Altres vegades, aconsegueix un alleugeriment si se aconsegueix connectar aquella simptomatologia manifesta amb el conflicte inconscient més latent.
6. Els canvis en la teràpia fan pensar en profunditzar en el fet de canviar, per què en la seva autoestima, en la seva millor adaptació, què part té que veure amb el terapeuta y què part amb el desig o necessitat del pacient. Hipòtesis aquestes que són per pròxims treballs.



## **Bibliografia**

Álvarez,A(2002) **Una presencia que da vida**. Madrid. Biblioteca Nueva

Álvarez, M. et al.(1993). Primera aproximación a un estudio normativo del Rorschach de la ciudad de Barcelona y su entorno. **Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos**. Vol. 6, 6-20

Appelbaum(1990)The relationship between assessment and psychotherapy. **Journal of Personality Assessment**. Vol. 54.

Bion,W(1997) **Aprendiendo de la experiencia**. Barcelona. Paidós Ibérica

Botbol, Campo, Dow y Galán(1987) Rorschach y seguimiento. Un método para el análisis de respuestas en la evaluación terapéutica. **XII Congreso Internacional de Rorschach y Métodos Proyectivos**.

Bowlby, J (1998). **El apego y la pérdida**. Barcelona. Paidós

Braier (1984)**Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica**. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.

Campo y Royo(1998)Las técnicas proyectivas en el seguimiento de tratamientos. **Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos**. Vol. 11.

Butcher y Kolotkin(1979)Evaluation of outcome in brief psychotherapy. **Psychiatric Clinics of North America**.

Gómez Preciado (2004) Análisis diferencial del perfil psicológico de los toxicómanos que abandonan su programa de rehabilitación, a través de las variables que nos proporciona el test de Rorschach. [www.rorschach-catalana.com](http://www.rorschach-catalana.com).

Escario, L. (1995)Sobre el ressentiment. **Revista Catalana de**

**Psicoanàlisi.** Vol. XII/Núm.1

Exner, J.E. (1994): **El Rorschach. Un Sistema Comprehensivo.** Madrid: Editorial Psimática..

Exner y Sanglade(1992) Cambios en el Rorschach tras una terapia breve y de plazo corto. **Journal of Personality Assessment**, 59(1).

Fonagy, P.(1999)Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. **Aperturas psicoanalíticas** nº 3.

Fonagy, P. (2000)Apegos patológicos y acción terapéutica. **Aperturas psicoanalíticas** nº 4

Fonagy,P (2004) **Teoría del apego y psicoanálisis.** Expas, S.A. Publicaciones médicas.

Freitas,J e Yazigi, L. (2005) Dos vértices de la investigación de pacientes borderline: La clínica psicoanalítica y la evaluación psicológica. **Revista Brasileira de Psicanálise.**Vol. 38 nº 3

Freud,S (1981) **Obras completas.** Biblioteca Nueva.

Gabbard, GO, Westesn, D.(2007) Repensando la acción terapéutica. **Aperturas psicoanalíticas** nº 26

Gabbard, GO( 2002) **Psiquiatría dinámica en la práctica clínica.** Editorial médica Panamericana.

Green, A. (1980) **Narcisismo de vida, narcisismo de muerte.** Buenos Aires, Amorrortu.

Klein,M (1990) **Obras completas.** Barcelona: Ediciones Paidós

Liberal(2003) Caso físico o psíquico. Test y retest. **Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos.** vol 15

Mahler,M. (1977). **El nacimiento psicológico del infante humano (simbiosis e individuación).** Buenos Aires. Marymar.

Safran,J (2002)Brief relational psychoanalytic treatment. **Psychoanalytic Dialogues. A Journal of Relational Perspectives,** vol. 12 nº2

Sember, Tuset y Campo(1995)Aproximación a la relación entre variables del Rorschach previo a psicoterapia y la continuidad del tratamiento. **Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos.** Vol. 8.

Weiner, I.B.(1991) Sobre competencia y ética en la evaluación psicodiagnóstica. **Revista de la SERYMP.**Vol.4

Weiner(2001)El valor del psicodiagnóstico para la planificación del tratamiento y la Evaluación del resultado. **Psicodiagnosticar.** Vol 11.

Weiner, B. Exner, J.(1991) Rorschach changes in long-term and short-term psychotherapy. **Journal of Personality Assesment,** 56, 453-465.

Vicario, JM.(1995) Algunas consideraciones sobre traumatismo y resentimiento. **Libro Anual de Psicoanálisis.**

Vives(1996)Análisis de la eficacia de la psicoterapia en niños y adolescentes. **Congress ERA.Abstracts.**

## **Aspectes psicosocials de la malaltia hereditària amb afectació renal**

Montserrat Martínez del Pozo\*

M<sup>a</sup> José Bolarín Miró\*\*

montmartpozo@putxet.e.telefonica.net

mbolarin@catsalut.cat

## Abstract

El diagnòstic i tractament d'una malaltia hereditària, causa un impacte i un sofriment molt profund que transcendeix el propi individu i repercuteix en els seus vincles familiars genètics i en els afectius. La persona té por i pateix per haver transmès la malaltia i els sentiments de dolor als seus éssers més estimats: fills, nets i altres.

Es comenten malalties amb afectació renal que també poden tenir conseqüències en més sistemes, com l'hepàtic, el respiratori, el dermatològic, els hormonals i, d'altres. Aquestes hipotètiques implicacions en un futur pròxim o distant poden requerir tractament de diàlisi o transplantament amb els respectius reajustaments psicosocials de diversa índole. Les parelles que encara no han procreat hauran de prendre una decisió molt important sobre "tenir o no tenir fills", cruïlla que pot afectar la resta de les seves vides.

Es parla de les múltiples implicacions i de la importància de les diverses fases en el procés de dol i de resiliència. Es posa èmfasi en els diversos factors psicosocials i la importància de la història personal en temps present, passat i futur de la persona malalta, de la parella, del seu context i l'equip professional. Es destaca que sovint són imprescindibles les intervencions psicoterapèutiques per a la bona evolució de l'individu, la seva parella, la família i els seus descendents.

Es ressalta la importància de que els adults, vells, bebès, nens o adolescents afectats rebin ajuda directa i orientacions de psicoterapeutes experts en la malaltia hereditària, sobre tot en els moments crucials mencionats en les conclusions.

El diagnóstico y tratamiento de una enfermedad hereditaria, causa un impacto y un sufrimiento muy profundo que trasciende al propio individuo y que además repercute en sus vínculos familiares genéticos y afectivos. La persona tiene miedo, sufre por una posible transmisión de la enfermedad y surgen sentimientos de dolor por probables padecimientos de sus seres más queridos: hijos, nietos, u otras personas.

En este artículo se comentan enfermedades con afectación renal que también pueden tener consecuencias en otros sistemas como pueden ser: el hepático, respiratorio, dermatológico, hormonal, y cardíaco, entre otros.. Estas hipotéticas implicaciones, en un futuro próximo, podrían requerir tratamientos de diálisis o trasplante y reajustes psicosociales de diversa índole. Las parejas que aún no han procreado tendrán que tomar además una decisión muy importante: “tener o no tener hijos”, encrucijada que puede incidir en el resto de sus vidas.

En el artículo trata de las múltiples implicaciones de la enfermedad y de la importancia de las diversas fases de los procesos de duelo y resiliencia. Se enfatizan los factores psicosociales y la incidencia de la historia personal, en sus tres temporalidades presente, pasado y futuro de la persona enferma, pareja, familia y descendientes.

Se resalta la importancia de que adultos, ancianos, bebés, niños y adolescentes reciban ayuda directa y orientación de profesionales psicoterapeutas expertos en la enfermedad hereditaria, especialmente en los momentos cruciales mencionados en las conclusiones.

The diagnosis and treatment of an hereditary disease provokes deep suffering that goes beyond the diagnosed person and also has an impact on their genetic and emotional family ties. The individual worries about a potential transmission of the disease and hence causing suffering to their loved ones: children, grandchildren or other relatives.

This article discusses renal diseases that can also affect other areas, such as the hepatic, respiratory, dermatological, hormonal and cardiac systems, amongst others. These hypothetical implications could require dialysis or transplants in the near future. Couples who have not yet had children will have to make the important decision whether to have them or not, a crucial dilemma that could seriously impact the rest of their lives.

The article discusses the many implications of the disease and the importance of the different phases in the grieving and resilience processes. It highlights the psychosocial factors and the incidence of past, present and future personal history of the diseased persons, their partners, family members and descendants.

It also stresses the importance of providing direct access to help and professional guidance from psychotherapists specialized in hereditary diseases to adults, elders, babies, children and teenagers, especially in crucial times as mentioned in the conclusions.

## **Introducció**

**El diagnòstic d'una malaltia hereditària acostuma a causar un impacte emocional i un patiment molt profund que transcendeix el propi individu i pot repercutir en persones de la família i de l'entorn afectiu.** Això és conseqüència, entre altres coses, al fet que el metge ha de comunicar al pacient que té una malaltia hereditària i també que alguns membres de la seva família poden portar-la en el seus gens i transmetre-la als seus descendents. Si fos així, hi hauria la possibilitat que aquesta es desenvolupés o que no es manifestés en el transcurs de la seva vida.

En aquells pacients en què la seva malaltia es manifesta en una edat avançada, tal vegada, han disposat de més temps per edificar suficientment la vida en les seves diferents dimensions: afectiva, laboral, social, econòmica, cultural, etc. Malgrat això, i fins i tot en aquestes circumstàncies, a més a més del malestar generat per la pròpia malaltia i per la pèrdua de qualitat de vida que aquesta pugui suposar, escoltem sentiments que expressen un dolor molt sentit, sovint culpa, i molta por per la possibilitat d'haver transmès la malaltia als seus fills i, potser, als néts.

Els més joves, si encara no són pares, hauran d'afrontar també la decisió de "tenir o no tenir fills". És una situació emocional complexa de la qual depenen eleccions crucials que comprometen el seu present i el futur i que poden afectar la resta de les seves vides.

Quan la malaltia es detecta en un estadi inicial i evoluciona a poc a poc, el pacient té la possibilitat de processar el dolor de manera gradual. Aleshores, la malaltia en majúscules queda lluny i, probablement, passaran anys en els quals la persona intentarà col·laborar amb el seu metge procurant mantenir un estil de vida adequat, seguint les medicacions prescrites i fent les revisions periòdiques. Això no obstant, **la por** d'haver transmès la malaltia als seus fills mitjançant els gens **existeix i genera un dol anticipat per una malaltia potencial**. Alguns pacients intueixen que ells mateixos han de digerir, metabolitzar de forma suficient el seu dolor per tal d'estar en millors condicions de decidir si prefereixen "saber o ignorar" si els seus fills, encara asimptomàtics, porten la malaltia en el si dels gens tenint possibilitat de patir-la en un futur.

La forma de viure la malaltia i el seu propi tractament influirà, entre altres aspectes, en la manera d'anticipar i d'imaginar una potencial malaltia dels fills, en el procés de dol posterior, així com el del propi sofriment i el que senten en els seus descendents.



En un estadi avançat de la malaltia, en què la insuficiència renal és severa i crònica es poden necessitar diferents tractaments o tècniques. El pacient pot requerir diàlisi en diverses variants:

- hemodiàlisi periòdica en un centre sanitari
- hemodiàlisi a casa
- diàlisi peritoneal en el propi domicili

O bé un trasplantament de ronyó, la procedència del qual pot ser d'una persona traspasada o d'un donant viu. En aquesta última opció, l'òrgan a trasplantar pot procedir de:

- familiars amb parentiu genètic (pares, germans, cosins, oncles, etc.)
- persones vinculades emocionalment (parella, pares adoptius, amistats, família política)
- donació creuada, per exemple: una mare, la senyora A, desitja donar-li un dels seus ronyons a la seva filla B, però el seu grup sanguini és incompatible. El mateix li passa a la senyora C amb la seva filla D. En canvi, la senyora A pot realitzar la donació sense problemes d'incompatibilitat a la noia D i al mateix temps la senyora C també pot donar el seu ronyó a la noia B, sense que els seus grups sanguinis tampoc siguin incompatibles
- donacions altruistes, donants que donen un dels seus ronyons a la societat, és a dir, a una persona desconeguda

En funció de la situació personal de cada subjecte, l'adaptació al tractament sempre implica una major o menor transformació personal i una **reorganització vital**, tant a nivell emocional i cognitiu com en la vessant adaptativa en els diferents àmbits de la vida. És necessari afrontar **canvis!** Això significarà el reajustament o la finalització de la vida laboral o acadèmica, gairebé sempre hi haurà modificacions de la dinàmica afectiva, la familiar, la social i l'econòmica, etc.

Aquests canvis impliquen, entre d'altres, una suficient assumpció de les **pèrdues**, afrontar a poc a poc les situacions i els **plantejaments nous**, tolerar l'ajuda dels nostres éssers més estimats i també de les xarxes socials de suport. I, quelcom molt important: aprendre a saber **renunciar** i prendre **decisions** que possibilitin una millor qualitat de vida.

Algunes malalties com la poliquistosi renal hereditària podran suposar **canvis de la pròpia imatge**, que també afecten l'individu. La imatge que tendim a viure i acceptar com a nostra, l'hem anat adquirint i la percebem des de la més petita infantesa, realitzant sobre aquesta modificacions successives en el transcurs dels anys. Assumir una imatge que no sentim com a pròpia, sinó tot el contrari, que ve imposada a conseqüència de la malaltia, és molt costós. Aquesta imatge no s'acaba d'acceptar. Resulta estranya, no està integrada en el nostre interior i es tendeix a rebutjar. La imatge que veiem reflectida en els ulls d'algunes persones que ens envolten pot contrastar de vegades amb la pròpia imatge interna. A poc a poc, la persona haurà d'anar aprenent a valorar-se per si mateixa i a percebre l'estima dels altres i la pròpia, independentment de la imatge física.

Quan la malaltia es manifesta i desenvolupa en bebès, nens o adolescents, els pares necessiten, i haurien de poder disposar d'immediat, d'unes entrevistes amb el psicòleg clínic, per tal de poder pensar i estar acompanyats d'un professional expert sobre el tema. Aquest vincle professional és necessari perquè permet reflexionar d'una altra manera sobre la situació emocional i evolutiva dels fills. Significa la possibilitat de rebre orientacions ben ajustades a les necessitats reals, sempre en funció de la seva edat i les característiques personals. El dolor és extraordinàriament profund, els sentiments de culpa davant els més petits causen molt patiment, la vivència de la seva vulnerabilitat i la indefensió afegeixen al dol unes particularitats que el fan de vegades esglaiador.

A partir del moment que ja se sap que un fill ha heretat la malaltia, sol produir-se un canvi en la dinàmica emocional familiar. En aquestes situacions existeix

el risc de sobreprotecció del fill afectat, i en d'altres ocasions, en sentit contrari de massa exigència.

La preocupació pels germans, pel temor que no se sentin prou atesos o estimats és també important, especialment si aquests se senten en segon terme. En algunes d'aquestes situacions es poden produir problemes afectius o de rendiment escolar o acadèmic.

En definitiva, sorgeix el sentiment desbordant de no arribar a tot el que cal fer front. Es susciten molt interrogants: Serem capaços d'ajudar el nostre fill en la seva malaltia? Com enfocar una possible detecció de la malaltia en els germans, encara o potser per sempre asimptomàtics? Podrem educar-los de manera que no els traspassem un excés de la nostra ansietat? Les famílies pateixen molt i el desbordament dels pares es pot projectar sobre el fill malalt i es desperten angoixes pel fet de si podran estar prou atents pels germans sans o potencialment malalts. **En qualsevol cas, és necessari destacar que no existeixen fórmules que puguin aplicar-se com una recepta. Cada situació i cada fill és diferent i haurà de ser comprès com un ésser únic en el context de les seves pròpies circumstàncies i situacions vitals considerant sempre la seva forma de ser, i la dels pares.**

**Els adults en edat de procrear i que encara no tenen fills es pregunten: Tenim fills? Difícil decisió! Les parelles** que desitgen tenir fills viuen, a més del dol per la malaltia d'un d'ells, un **dol anticipat i sentiments de por pel que podria significar la transmissió de la malaltia.** Per començar a elaborar aquesta situació es necessita rebre una informació fiable i clara que provingui d'un professional expert, que estigui disposat a donar-los temps suficient per dialogar a propòsit de:

- què significa i quines probabilitats tenen de transmetre als seus fills malalties hereditàries com la poliquistosi renal, la malaltia de Fabry o d'altres

- les característiques d'aquestes patologies, les seves causes, les probabilitats que es desenvolupin o que mai es manifestin
- la variabilitat del curs de la seva evolució, la possibilitat del grau d'afectació des de la més lleu a la més greu
- els avantatges de tractar els símptomes des d'un inici
- les possibilitats de prevenció
- la viabilitat de realitzar un diagnòstic genètic preimplantacional que permeti la selecció d'embrions, lliures dels gens portadors, per ser utilitzats per a una fecundació in vitro (FIV)
- la possibilitat d'un diagnòstic genètic prenatal
- les consideracions sobre l'adopció d'un infant
- altres qüestions que les parelles necessitin clarificar abans de prendre qualsevol decisió respecte tenir fills biològics, com ara: renunciar a tenir descendència, aconseguir-la mitjançant tècniques de reproducció assistida amb FIV (fecundació in vitro) o adoptar
- la parella del membre que transmet la malaltia ha de comprendre i assimilar bé la informació que també ha rebut.

El subjecte afectat haurà de recórrer un procés d'elaboració del dol intern individual i un altre amb la parella, de les expectatives i il·lusions que tenien respecte dels seus fills. Després de donar-se el temps necessari, els pacients hauran de decidir en funció del seu propi criteri, partint sempre de la seva forma de ser i la situació vital, sense estar sotmesos a pressions i opinions de persones que, per més que els estimin o els apreciïn molt, de vegades poden tenir nocions errònies sobre aquest tema tan important.

## **1 Vivència de malaltia i tractament**

Cal destacar que cada persona experimenta, percep, reflexiona i viu el conjunt de la seva malaltia i la seva salut d'una manera ben **específica i única**. No existeixen dues persones iguals. Les vivències respecte de la malaltia i la salut, experimentades en el nostre ambient més immediat, des de la nostra infància fins les que s'han anat teixint en el decurs de tota la nostra trajectòria vital,

influeixen sobre la vivència actual. És important conèixer aquestes vivències, per tal de poder-les objectivar i diferenciar-les d'impressions del passat que podrien condicionar excessivament.

Dependrà també de :

- les particulars conseqüències que comporta la malaltia i el seu tractament per a cada individu
- la motivació i la tolerància física, psíquica i social del tractament
- les capacitats de: dol, resiliència, contenció de la incertesa i d'altres recursos de la persona malalta
- les modalitats perceptives del pacient
- els recursos psicosocials i econòmics de l'ambient i la capacitat de suport del context en què viu el subjecte

La **percepció** del diagnòstic i la del tractament s'influeixen recíprocament per com la persona imagina la malaltia i per l'estat d'ànim. Pel que fa la vivència subjectiva, el diagnòstic s'acompanya d'una variada gamma de reaccions, d'emocions, d'instints, i de sentiments de tonalitats molt diverses. La realitat és infinita. L'ésser humà no pot percebre tota la realitat, no pot tolerar un excés de realitat ni tampoc la deprivació. És per això, que necessita adquirir la capacitat de seleccionar i dosificar. Els sentits, les sensacions, el coneixement i la capacitat de mesura estan en joc. Un excés de realitat o un excés d'informació pot arribar a superar les nostres possibilitats d'assimilació. Així doncs, en un sentit metafòric, podem pensar que s'introdueixen un excés de "sorolls" pertorbadors sobre els diferents sistemes: el físic, el psíquic, l'emocional, el social, etc. Per evitar el desequilibri que produiria una integració desmesurada de fets i fenòmens, l'evolució ha dotat els éssers humans de mecanismes de contenció, subjectes alguns d'ells a lleis fisicoquímiques, com el rang d'actuació dels nostres sentits. Altres són subtils mecanismes de control psicològic, com la disminució de l'atenció, el rebuig, la negació o mecanismes inconscients que impedeixen la penetració del que és intolerable en el pla conscient.

En funció de l'estat d'ànim i el físic, i de la seva història, l'ésser humà selecciona la percepció i amplia o redueix el llindar perceptiu amb l'objectiu d'intentar preservar la integritat física, l'emocional i la mental. Vegem com dues persones amb resultats d'anàlisis mèdiques molt semblants perceben i comuniquen vivències ben diferents:

*Senyor A: "Em trobo bé. No accepto anar a diàlisi dotze hores a la setmana, o que em facin un trasplantament. Poseu-vos en el meu lloc!. Diuen que la meua malaltia és hereditària! Si tots els de la família estem bé! És estrany. Estic absolutament desconcertat. Els metges també s'equivoquen".*

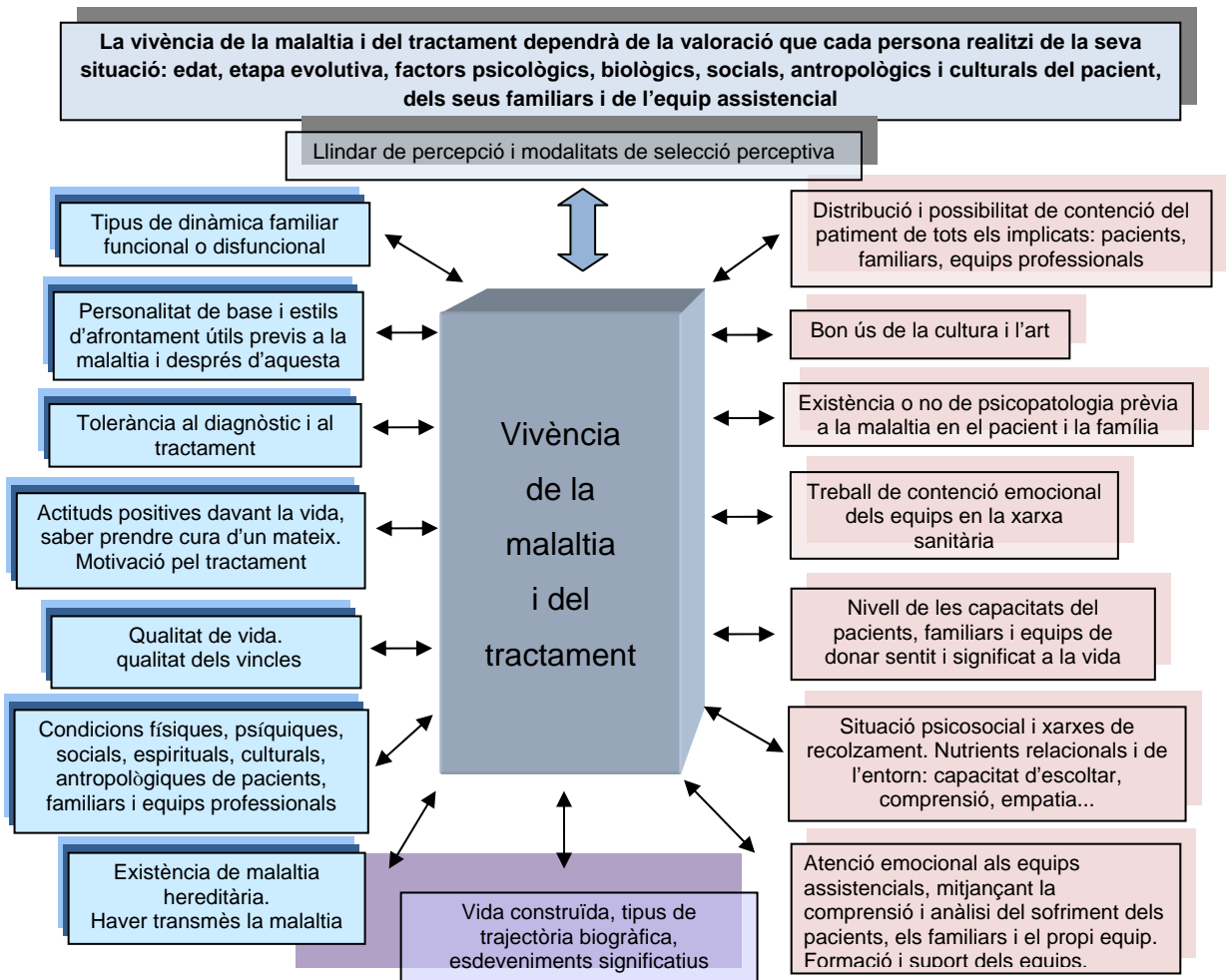
El senyor A no té manifestacions clíniques de la seva malaltia, i expressa com el diagnòstic li produeix una sensació d'estranyesa, tan desconcertant que li impedeix acceptar la seva patologia i el tractament necessari. En aquestes circumstàncies, els mecanismes de negació (necessaris i habituals en un principi) es potencien massa.

*Senyora B: "No tinc forces per res, sé que necessito anar a hemodiàlisi, em sento malament. També me'n recordo de la meua mare quan anava a hemodiàlisi. Va estar tan greu! No puc concentrar-me en res, estic absent, cansada. Espero que el tractament em baixi la urea. Només pensar que un dia els meus fills es trobin com jo em desespera".*

En la seva infantesa, la senyora B veia patir la seva mare, sentia dolor i temia perdre-la. Aquest record del passat potenciava les vivències actuals de la seva malaltia i augmentava el seu sofriment. **La focalització i l'elaboració d'aquesta problemàtica, així com la informació i la verificació dels progressos dels tractaments actuals, van significar un veritable alleugeriment per a la pacient. Sempre que sigui possible, s'escollirà el tractament de la conflictiva focal més adient per tal que el pacient pugui reeixir, i es vincularà amb el dol dels dols que implica la pèrdua greu de la salut.**

Entre aquestes dues vinyetes clíniques extremes, en la pràctica clínica quotidiana s'observa un ampli espectre de matisos emocionals i diferents combinacions d'intensitat, naturalesa i durabilitat del dolor, com també de les capacitats de sobreposar-se per tal de lluitar per la pròpia recuperació i la dels seus fills. **Estar malalt i no sentir-se malalt. Estar sa i no sentir-se sa. Estar malalt i sentir-se malalt. Estar sa i sentir-se sa.** És important observar la clínica i els sentiments subjectius. Sentir-nos millor o pitjor depèn d'un conjunt de factors que se sintetitzen en el quadre 1.

**Quadre 1**



Cal destacar, una vegada més, el fet que la malaltia que es transmet genèticament suposa, per a la majoria dels pacients, un patiment emocional sobreafegit que necessita de l'activació dels processos psicològics de dol i dels de resiliència.

## **2 Però com podríem explicar un procés de dol quan estem malats?**

Els canvis, les pèrdues i les renúncies vitals com a conseqüència d'una malaltia produeixen gairebé sempre sofriment emocional. Paradoxalment, l'intent suficient de tractar la nostra pena a través d'un procés gradual de dol, a més d'enriquir-nos humanament, conté alhora un efecte regenerador que, al mateix temps, afavoreix l'activació dels possibles recursos del subjecte i de la seva creativitat reparadora.

**Viure un dol significa adonar-se de com impacta, poder identificar la gran varietat de sentiments i les emocions que s'experimenten, viure plenament les contradiccions i captar les capacitats que neixen i s'activen després de les pèrdues. Cal concedir-les la importància que tenen i saber-les comunicar a algunes persones adequades i escollides. Compartir permet que les persones se situïn millor en el conjunt de les seves vides i es troben en més bones condicions per afrontar les limitacions i aprofitar també les possibilitats que presenta la vida.**

En la majoria de persones, el procés de dol acostuma a seguir una **seqüència de fases**. Cadascuna d'aquestes fases es caracteritzen per una prevalença d'ansietats, defenses, sentiments i estats anímics. Cada persona necessita menys o més temps per a transitar-les i també per oscil·lar entre elles, en funció de la capacitat que en aquell moment es té per sostenir el dolor i tractar-lo internament i externament (amb la funció alfa pròpia i de les persones del seu entorn). Hi ha, per tant, una coexistència dels diferents aspectes de cadascuna de les fases i posicions durant els processos de dol. Hi ha subjectes que poden tenir més facilitat per superar alguns dels elements propis del dol i



més dificultat per a d'altres aspectes del mateix. Algunes situacions adverses poden contribuir a regressions, allargaments o estancaments d'aspectes o elements afectats que existeixen en cada una de les fases del procés. Totes les persones necessiten el propi temps maduratiu de transformació i canvi per evolucionar.

Alguns subjectes tenen serioses dificultats per processar un dol i eviten aquells aspectes que per a ells són més dolorosos, altres tenen dificultats de contactar en les primeres fases. No obstant això, en la majoria dels casos, vers el sofriment que genera el dol del diagnòstic per la malaltia i la necessitat de fer un tractament, acostumem a veure la seqüència següent:

**Primera fase: xoc i/o entumiment.** En aquests primers hores o dies les persones poden sentir-se en estat de xoc, com si estiguessin robotitzades, absents, amb sensacions d'estranyesa inquietant o entumides. Les ansietats i les defenses de fons són pròpies de vivències o temors catastròfics. Aquests estats poden coexistir amb somatitzacions o moments de molt desesper.

*Senyora A: "Des d'ahir que em van dir que tinc una insuficiència renal greu que estic xocada, faig les coses d'una manera absent, distant, com un robot, no sóc jo mateixa. Estic una mica marejada".*

**Segona fase: Negació.** Es caracteritza per la necessitat de negar una realitat que no es pot assumir i que es considera una realitat inexistent o impossible, fins i tot encara que cognitivament s'entengui bé la informació que s'ha rebut.

*Senyor B: "M'ho van dir quan tenia 18 anys, ho vaig negar completament. Llavors era comprensible, ara ja no ho és. No, encara no m'ho crec, m'han dit que he d'anar a diàlisi. No és possible que això m'hagi passat a mi, i que ja hagi d'anar a hemodiàlisi fins que em trasplantin, no em trobo tan malament com els metges diuen, segur que s'han equivocat!".*

**Tercera fase: Sofriment agut.** En aquest període de temps el sofriment és molt agut i implica tristesa, ansietat, enyorança, nostàlgia, sentiments d'indefensió i vulnerabilitat, incertesa, por, idealització de tot el que s'ha perdut amb la malaltia, sentiments d'anhel de la vida que existia abans de la malaltia, frustració, sentiments de culpa, vergonya, en alguns casos desesperació i desassossec d'una naturalesa i intensitat variable. De forma paradoxal, el contacte amb el sofriment dóna lloc a la gènesi de creativitat i a la connexió amb els recursos.

*Senyora C: "Estic molt trista, mai havia estat així! M'és insuportable pensar que pugui estar sempre així. El que més em desespera és que la meua filla també tingui la malaltia, em preocupo molt per ella. I encara que entenc que no hauria de ser així, em culpabilitzo. Ella se sent malament perquè pensa que em deprimeixo perquè esta malalta. A mi em sap greu que pensi això. Els meus fills estan bé, i pobres... si reclamen alguna cosa se senten malament, però jo vull que expressin el que els passa, ells també tenen les seves dificultats i també em necessiten i jo els vull i vull ajudar. L'única cosa que em calma és escriure contes i ensenyar-los a J".*

El sentiment de culpa, tant per part dels pares com dels fills, es fa sentir i s'expressa en una diversitat de formes: els pares per sentir-se responsables de la malaltia hereditària; els fills sans que, per sentir-se privilegiats, a vegades no es permeten reclamar l'atenció que necessiten, sense sentir-se culpables; el fill afectat per sentir que preocupa o entristeix a una persona que estima i que l'ajuda estant també malalta.

**Quarta fase: Oscil·lació.** Aquí s'observa la tendència a l'oscil·lació entre el sofriment intens de la fase 3 i l'assumpció de la malaltia i el seu tractament i les capacitats de reorganització de la fase 5. En la fase d'oscil·lació, les capacitats de simbolització i reparació es desenvolupen força i donen lloc a la creativitat i sublimació. L'oscil·lació entre la fase 3 i la 5 contribueix molt a la transformació del sofriment i a l'adquisició d'una major modulació del dolor.

*Senyora C.: “Ja no em sento tan malament. He començat a traduir algunes petites coses, potser estic una mica millor. La meva companya de diàlisi em diu que, al principi, també li va costar molt, però que després va trobar la seva manera d’estar bé. Em diu que jo també la trobaré. M’anima. Tinc dies de tot, alguns estic bastant millor, però altres no tant. Estic millor però inestable”.*

**Cinquena fase: Assumpció de la realitat i reorganització.** En aquesta fase s’han processat suficientment els dols i s’ha reactivat la capacitat de sobreposar-se, també s’han aconseguit nombrosos aprenentatges necessaris per a la nova situació vital. El desenvolupament intern i la reorganització externa permet la transformació del sofriment en processos de sublimació i simbolització creativa. Els pacients poden compartir els seus diferents sentiments i il·lusions i així disminuir el sentiment de solitud. Les persones van trobant noves maneres de significar la seva realitat i de trobar uns nous sentits vitals.

*Senyora E.: “La veritat és que ara he après a percebre i organitzar la meua vida d’una altra manera. Els de casa em veuen millor. Ara vaig a classe de pintura. Li he portat un petit quadre, m’agrada bastant. L’he fet amb molta il·lusió i afecte. Desitjo transmetre-li tot el meu afecte a la meua filleta. El meu marit diu que si algun dia els surt la malaltia als nostres fills, ells també comptaran amb persones que els estimaran i els donaran un ronyó com a mi. Diu que la medicina avança molt i que, potser, ni necessitaran el trasplantament. A vegades veig que ja estic aprenent a tranquil·litzar-me”.*

Connectar amb el que han perdut i viure les diverses facetes d’un procés de dol afavoreix també actituds, cap a nosaltres mateixos, més vivificants que modulen el sofriment i canalitzen l’energia vers els éssers estimats de les nostres vides, aquells que fan que la vida mereixi la pena ser viscuda.

## **La resiliència**

Cal destacar que la idea de canvi positiu en haver d'afrontar l'adversitat i el dol va aparèixer ja en la psicologia existencial en autors com Frankl, Maslow, Rogers o Fromm, i sempre ha estat un tema central en la literatura, la poesia i la filosofia. Des de fa unes dècades, els científics ens mostren les seves enormes possibilitats a través d'un concepte: la **resiliència**. Aquest concepte es defineix com la insospitada fortalesa de les persones de resistir els embats de la vida i de trobar recursos latents per tal de ser capaços de sobreposar-se, conivire amb les adversitats i, malgrat tot, aprendre de l'experiència i transformar-se positivament amb ella.

### **5 El perill del reduccionisme front la comprensió creativa de la nostra vida**

La tendència a identificar-se amb la pròpia malaltia, la depressió o els gens de la malaltia ens assenyalen la necessitat d'emfatitzar la importància de la història personal de cada subjecte i d'elaborar de forma suficient la seva integració en la vida actual del pacient destacant sempre la importància del present.

La memòria és una entitat que es realitza en temps present, tant en la seva funció biològica, com en la seva capacitat emocional i intel·lectual. En aquest temps present es conjuga la memòria del passat i l'anticipació del futur. L'existència correria perill si no se centressin totes les nostres potències en aconseguir la preservació física, psíquica i emocional de l'individu. Un bon exemple el poema Burn Norton de T.S.Eliot, el primer dels Quatre Quartets:

***“Time present and time past***

***Are both perhaps present in time future***

***And time future contained in time past”\****

---

\* ***“Temps present i temps passat  
Es troben, tal vegada, presents en el temps futur  
I el futur inclòs en el temps passat”***

L'ésser humà té una història, un bagatge, una trajectòria, una memòria que incideix en el seu present i en el futur. Comprendre'ns és comprendre la nostra història, reconèixer-la en el nostre temps present, en les seves múltiples facetes i matisos, sentir-la, reviure-la, innovar-la en la seva comprensió. Aquesta història inclosa en el nostre present ens permet albirar el futur implícit en el nostre present i transformar-lo.

En tota persona existeix sempre de forma simultània salut i malaltia. La malaltia, el sentiment de perill, l'amenaça de perdre la vida. La por a la mort condueix, en l'individu sa, al desenvolupament de la capacitat reflexiva i a l'activació dels recursos i la creativitat reparadora. A partir de l'experiència de malaltia es valora i reflexiona sobre el present, s'evoca i reflexiona sobre el passat i s'anticipa i reflexiona sobre el futur imaginari.

La nostra vida! Tot el que hem viscut està en la nostra persona, roman real i viu, perquè la nostra història està sempre viva, sempre dinàmica, i batega en el nostre interior, som nosaltres que, massa vegades, la marcim amb la nostra actitud. Però aquesta vegada la mirem amb profunditat. Es tracta d'un altra mirada. Ara, els pensaments estan carregats d'emoció i la transformen i ens transformen. Aquest és l'antídot del perill d'identificar-se solament amb el ronyó malalt, les vivències més traumàtiques o el fet de ser portadors de la malaltia en els gens! La dona i l'home que pensa així la seva pròpia història s'adona de tantes coses! Processa el dolor i en aquesta revisió adquireix una peculiar saviesa en la capacitat de veure's i comprendre's, no solament en els temps i espais presents sinó també en els seus múltiples miralls del seu jo, i les seves temporalitats i espais. S'adona de les paradoxes de la vida i aprèn que en la seva vida cap el fantàstic en el que és quotidià, en les petites coses de cada dia! Donar vida a la nostra història i al nostre futur en el present significa estimar-nos en el temps present i atrevir-nos, si és necessari, a altres possibilitats d'encarar la vida i això és la conseqüència d'un procés de dol.

És necessari recordar per a un sa oblidar i passar pàgina. És aquesta vida que batega amb força des del nostre psiquisme, des del nostre món intern, ella ens impulsa a la reparació i a la creativitat quotidiana, i ens prepara, des de i en la

possibilitat de contenció i espera, per combatre els embats del destí i elaborar decisions.

## **6 Comentaris finals**

El reconeixement que el sofriment humà d'una malaltia hereditària, que pot ser greu, necessita ser contingut en el si d'una relació assistencial, que afavoreixi l'íntima comunicació, comprensió i suport, és imprescindible. Aquest reconeixement ha de conduir a un compromís permanent dels professionals amb l'objectiu d'assolir una millor qualitat en l'atenció sanitària.

Un model d'atenció integral ha de contemplar l'abordatge psicològic del pacient que acaba de ser diagnosticat d'una malaltia hereditària. És imprescindible, ja que es tracta d'una malaltia que pot comportar una afectació important de diversos sistemes (cardiovascular, digestiu, neurològic, etc.) i un conjunt de símptomes, a més d'una afectació renal que, amb el pas del temps, podria arribar a ser greu i crònica i necessitar de diàlisi de per vida o d'un trasplantament renal.

És necessari que aquesta atenció psicològica s'estengui a tots els membres de la família potencialment portadors de la malaltia en els seus gens. Es tracta d'establir ponts de comunicació creant un espai assistencial que permeti l'expressió del pacient i l'escolta activa dels professionals, amb la finalitat de compartir, donar suport, contenir i calmar les ansietats i aquells sentiments del pacient que li causen més dolor i dels familiars que també ho necessiten.

És molt beneficiosa una intervenció psicològica en els moments crucials següents:

- 1) després del diagnòstic
- 2) en el moment de comunicar als familiars la possibilitat d'una malaltia hereditària
- 3) durant períodes crítics del temps d'espera, sempre estressant, fins a conèixer els resultats

- 4) quan la malaltia es presenti en bebès, nens i adolescents, els pares han de disposar immediatament d'unes entrevistes amb el psicòleg per tal de rebre una orientació ajustada a les seves necessitats, sempre en funció de la seva edat i característiques
- 5) en constatar que algun dels fills comença a desenvolupar la malaltia
- 6) en períodes crítics de la pròpia malaltia del pacient o dels seus descendents
- 7) quan una persona portadora i la seva parella en edat de procrear han de decidir "tenir o no tenir fills"
- 8) en incorporar-se al programa d'hemodiàlisi periòdica o diàlisi peritoneal
- 9) quan un pacient no pot estar en llista d'espera de trasplantament renal
- 10) durant l'estudi d'idoneïtat de la parella candidata a ser "donant-receptor" per a un trasplantament renal de donant viu (TRDV)

És molt important que els psicoterapeutes i els educadors de la salut experts en el camp de la malaltia hereditària, prenguin cura i formin els equips sanitaris, en grup o en reunions personalitzades. Els membres de l'equip necessiten ser escoltats atentament, i formats en l'anàlisi i comprensió del patiment del pacient, de la família i de l'equip propiciant de manera eficaç i pertinent la bona evolució del tots els implicats.

Els vincles d'escolta activa, de diàleg i de comprensió afavoreixen la vivència de l'instant, del naixement d'un instant esplèndid en la seva plenitud. Pensant en Jaime Gil de Biedma diríem: **Aquest instant meu, que més ens pertany.**

Les emocions en el seu dia a dia teixeixen vincles generosos, en la seva permanent recerca, assenyalen possibilitats de revitalització, alè, creativitat, quan tot sembla advers. Hem de recrear aquests instants guardant-los en el nostre interior com un tresor anímic. Hem de recordar que l'ésser humà té una extraordinària riquesa i complexitat que, sovint, ignorem i que, de vegades, no podem ni imaginar.

***“Y sobre los instantes  
Que pasan de continuo  
Voy salvando el presente  
Eternidad en vilo,”***

***Jorge Guillén, 1945 (Cántico. Fe de vida)***

## **Bibliografia**

Corominas, J., Farré, Ll., Martínez, M. i Camps, N.: *Psicoteràpia de grupo con niños*. Barcelona, 1996. Editorial Paidós.

Eliot. T. S. (1936) *Four Quartets. Burnt Norton*, en: (1 de juliol de 2011)  
[http://es.wikipedia.org/wiki/T.\\_S.\\_Eliot](http://es.wikipedia.org/wiki/T._S._Eliot)

Eliot. T. S. (1936). *Quatre Quartets*. Plaça edició. Barcelona, 2011

Farré, LL., Hernández, V., i Martínez, M.: “*Psicoterapia psicoanalítica focal y breve. Una experiencia clínica con psicoterapia a tiempo limitado*”. Barcelona, 1992. Editorial Paidós.

Gil de Biedma, Jaime (1975, 1982). *Las personas del verbo*. Circulo de Lectores. Barcelona, 2006



Guillén, Jorge (1945). *Cántico. Fe de vida*. Circulo de Lectores. Barcelona, 1993.

Martínez del Pozo, M. et al.. *“Estudio psicológico de la pareja donante – receptor en el trasplante renal de donante vivo TRDV”*. 24: 164 -189M Actas. Fundació Puigvert. Barcelona, 2005.

Martínez del Pozo, M et al.. *Aspectos psicológicos y calidad de vida de los pacientes de hemodiálisis en los inicios del siglo XXI. Modelo de integración asistencial, docencia e investigación clínica”* 25: 131-160M. Actas. Fund. Puigvert. Barcelona, 2006.

Martínez del Pozo, M et al.. *“La elaboración del duelo: “Estudio empírico de sus fases mediante metodología observacional y selectiva” en un grupo de sujetos con hipertensión arterial esencial*. Tesis doctoral, Universitat de Barcelona, 1992.

---

\* Adjunta Servei de Psicologia Clínica de la Fundació Puigvert, experta en aspectes psicosocials en l'àmbit de nefrologia. Doctora en Psicologia, especialista en Psicologia Clínica. Psicoterapeuta didacta de l'ACPP-AEPP, de l'EFPP i de la F.E.A.P. Psicoanalista SEP-IPA. Professora Màster Presencial i Semipresencial de l'ACPP. Coordinadora del Màster Presencial de l'ACPP. Ex-Presidenta de l'ACPP i de l'AEPP. Ex-Delegada de Grups de l'EFPP i de la F.E.A.P.

\*\* Educadora Social. Servei Català de la Salut (CatSalut). Divisió d'Atenció al Ciutadà.

## **EL PAPER DE L'OBSERVADOR EN ELS GRUPS TERAPÈUTICS DE JOVES**

Glòria Mateu i Vives

CSMA Montjuïc- Sant Pere Claver Fundació Sanitària

Cesar Silvestre

Universitat de Barcelona

Roser Hurtado

Col.laboradora Sant Pere Claver Fundació Sanitària

Ana Bejarano

Col.laboradora Sant Pere Claver Fundació Sanitària

[gmateu@fhspereclaver.org](mailto:gmateu@fhspereclaver.org)

## Abstract

L'experiència grupal tal i com l'entendem és un procés de descoberta d'un mateix, de la persona envers els altres i de l'experiència de l'exploració de l'*altre en mi* com diria Garcia Badaracco.

Al llarg dels anys com a conductors de grups veiem que si bé hi ha persones que abandonen abans d'implicar-s'hi perquè no entenen la feina que es demana, o perquè s'espanten, o perquè es troben immersos dins d'una absurditat o bé immersos en diverses veritats, veiem que la resta de participants que s'hi embarquen i arriben fins al final, sigui quin sigui el final, agraeixen haver-hi participat i es produeixen moments realment commovedors que fan pensar que ha estat una experiència emocional intensa i transformadora. (Mateu, 2003)

Ara bé, com ho expliquem això en termes de progrés individual, progrés grupal i canvis interns?. Aquí tenim greus dificultats metodològiques que ja comencen en l'elecció dels instruments adequats per l'avaluació- sempre del *procés*- i els dubtes sobre l'efectivitat de l'enregistrament per fins d'investigació-o transcripció de les sessions post-sessionals (com a tasca encomanada als observadors que representen dins del grup un paper cabdal per tal de promocionar les habilitats d'observació del grup i de l'individu).

Aquest treball posa en comú les reflexions que al llarg d'un any hem anat fent tant els coterapeutes com els observadors contrastant les informacions que ens proporcionaven tant els enregistraments en video de les sessions com les transcripcions post-sessionals preses pels mateixos observadors.

The group experience -as we understand- is a process that helps to explore about oneself, oneself towards the others and *the experience of exploring the other in me* in Garcia Badaracco's words.

Over years as group leaders we see that although there are few group participants that cannot finish the commitment inside a therapeutic group others can complete the process and see it as a whole experience that helped somehow to understand better their emotions, reactions and distress. These patients appreciate the experience as a very emotional and transformative. (Mateu, 2003).

Our interest here is how to measure this improvement, individual progress, group progress and internal changes? We have to face out some methodological difficulties when trying to offer our vivid experience to the scientific community. Which tools to chose, what are the appropriate instruments to report therapeutical process if there is any. Also we have our doubts about recording sessions due some very important session material is missed. Observer is a very valuable help thanks to their very rigorous transcriptions (and also for the role they play inside the group promoting observational skills within the patients and participants). This work brings together the reflections over a year we have been doing both as observers co therapists contrasting the information we provided

both video recordings and transcripts from the sessions taken by the observers.

El trabajo grupal tal y como lo entendemos es un proceso de descubrimiento de uno mismo, de la persona hacia los demás y de la experiencia emocional de *exploración del otro en mí* como diría García Badaracco.

A lo largo de los años como conductores grupales observamos que si bien hay personas que abandonan la experiencia antes de implicarse, quizás porque no entienden la tarea que se les propone, o porque se asustan, o porque se encuentran inmersos dentro de un absurdo o inmersos en varias verdades, vemos que el resto de participantes que se embarcan y llegan hasta el final, sea cual sea el final, agradecen haber participado y se producen momentos realmente conmovedores que hacen pensar que ha sido una experiencia emocional intensa y transformadora. (Mateu, 2003).

Ahora bien, cómo explicar lo que ocurre en términos de progreso individual, progreso grupal y cambios internos?. Aquí nos encontramos con graves dificultades metodológicas que van desde la elección de los instrumentos adecuados para la evaluación-siempre del *proceso*-y las dudas sobre la efectividad de la grabación-o transcripción de las sesiones post-sesionales (como tarea encomendada a los observadores que representan dentro del grupo un papel capital para promocionar las habilidades de observación del grupo y del individuo). Este trabajo ofrece las reflexiones que a lo largo de un año hemos puesto en común coterapeutas y observadores contrastando las informaciones que nos proporcionaban a partir de las grabaciones en video de las sesiones como las transcripciones post-sesionales tomadas por los mismos observadores.

## **Introducció**

### **Cos teòric**

L'efectivitat terapèutica està més ben explicada pel lligam entre la relació que estableix el terapeuta amb el pacient que no pas amb l'aplicació d'una tècnica específica. (Blanchet, 2005). Potser sí, de fet la nostra experiència es basa en les aportacions de Bion sobre el treball grupal i creiem de cabal importància el vincle que s'estableix entre pacient i terapeuta.

De fet ens trobem que grup darrera grup hi ha uns tòpics que es repeteixen i en canvi mai podem dir què passarà en un nou grup que

comencem, les pàgines blanques d'un grup les escriuen el seus participants i els personatges són tots els seus components: pacients, terapeutes, observadors i les músiques internes que aporta cada individu des de les mateixes mirades fins als continguts verbals.

Aquests factors -a més de la coexistència dels *Supòsits Bàsics* i moments de *Grup de Treball*- corresponen cronològicament a fases que podríem descriure com a :

- a- Idealització del tractament
- b- Desconcert
- c- Desencís
- d- Negació de l'evidència del pas del temps
- e- Dol del que s'acaba i reactualització de les ansietats de separació
- f- Disgregació
- g- Elaboració post-grupal

Tot plegat ho constatem a través dels anys de conducció de grups però allò que hem après per experiència cal ser comunicat als col·legues i comunitat científica. Sabem que avui en dia si no oferim unes dades concretes és difícil de fer arribar al col·lectiu social l'efectivitat del treball grupal. De fet als serveis de Salut Mental, sobretot en l'atenció primària, ens adonem que un pacient pot ser vist setmanalment si participa en un grup mentre que individualment no se li podria garantir més d'una sessió quinzenal -en el millor dels casos o mensual- cosa que fa que la tasca del terapeuta només derivi cap al procés de compensació del pacient desestructurat en el moment de la crisi fins a una nova desestructuració però entenem que es produeixen ben pocs canvis interns.

Com que hem d'anar pas per pas i no podem oferir a la comunitat científica errors metodològics -ni dades de progressos que a vegades no es produeixen i a vegades són difícils d'explicar- volem començar per reflexionar i avaluar el paper de l'observador dins del grup

terapèutic d'orientació psicodinàmica. I, quin és el paper de l'observador dins d'un grup d'orientació psicodinàmica? Pensem que es tracta d'una estreta col·laboració entre conductors i observadors que afavoreix l'intercanvi d'opinions sobre el què ha passat al grup i quins han estat els sentiments que s'hi han experimentat. A vegades l'observador és el recipient de tot allò que encara no se sap com expressar però que en canvi s'experiència a través de la sensorialitat i aquesta també s'ha de poder anomenar i explicar.

En el nostre mode d'entendre l'observador és aquesta persona que assisteix a totes les sessions, que no pot parlar<sup>1</sup>, que està exclòs de la comunicació verbal i que aquesta situació de privació facilita poder copsar tots els elements afectius que el grup ha anat desplegant..

Entenem que el conductor parteix d'una actitud d'*escolta atenta*, amb una *atenció flotant*, sense ànim de curar però sí d'entendre- *treballar sense desig* (de que s'arribi algun lloc, o que el pacient millori d'una determinada manera,..) tot aquest treball fa que ens permeti elaborar hipòtesis que afavoriran l'elaboració d'interpretacions grupals. (Bion, 1970)

L'observador complementarà aquesta tasca amb totes les seves aportacions post-sessionals.

## **Mètode**

Ja fa anys que al nostre servei es duen a terme el treball grupal amb joves i adults<sup>2</sup> per diverses raons:

- 1- Purament econòmica. Quan creiem que un pacient és apte per participar en un grup, que està adequadament indicat i s'hi pot

---

<sup>1</sup> En els grups que porto jo proposo al terapeuta una escoltat activa però que no intervingui verbalment. Altres terapeutes donen l'opció a l'observador de parlar. Personalment em són molt útils els comentaris que els observadors fan després de la sessió i sovint començo amb un "què haguessis dit? Què et venia ganes de dir? i no només parlem del contingut de la sessió.

<sup>2</sup> Parlarem de 18 a 30 anys partint del criteri del centre Tavistock pel que fa a la idea de joves adults com interval d'edat que s'estén al llarg del procés de l'adolescència que és, des de la mitjana adolescència quan als 16 anys es comencen a reconèixer i prendre responsabilitat per les dificultats d'un mateix cap als 30 anys quan haurà de fer algunes eleccions sobre si és o no en relació al món adult.

comprometre tindrà una atenció setmanal que afavorirà treballar amb continuïtat els seus aspectes interns i que no es deixaran al descobert sense saber què fer-ne.

- 2- Purament preventiva. Els serveis de Primària a Salut Mental a vegades queden congestionats per casos crònics. Si atenem als joves en les primeres mostres de crisi i estrès emocional quan encara no s'han instal·lat els funcionaments patològics oferirem patrons que li permetran fer front a futures situacions quotidianes emocionals com són les relacions dins de les futures famílies que formaran, les relacions amb els patrons de formació pel que optaran i les relacions professionals que establiran tan amb els seus superiors, com col·legues i subordinats.

Sempre afirmem que el *calderó* de les futures malalties mentals són a l'escola secundària donat que hi han de romandre fins els setze anys. D'aquest calderó en sortiran les expressions- amb diversos graus de gravetat- d'ansietat i depressió, però també en derivaran les patologies futures com aniran des de les menys desestructurades a les més greus.

Els que treballem en grups ens creiem l'eficàcia dels mateixos però com ho expliquem per una banda i com ho demostrem per l'altra?

Hem volgut per un pre-estudi partint de la comparació entre les sessions enregistrades i les sessions transcrites. Veiem diversos estils de transcripció, ens adonem que hi ha continguts que es recorden i es transcriuen; així com continguts que s'obliden o s'ometen. Hem volgut valorar el contingut qualitatiu del material recollit per l'observador i el material enregistrat i també comparar els estils de transcripció: en què es fixa més cada observador?.

#### **a- Instruments**

- Sessió transcrita per l'observador post sessional
- Sessió grabada

## **b- Mostra dels participants**

Joves adults de 18 a 30 anys derivats al centre de Salut Mental ja sigui pels metges de família de les Àrees Bàsiques de Salut, pels professionals de Salut Mental que participen en el Pla director de Salut Mental i Drogodependències, i d'altres aollits, explorats i avaluats pel treballador social, infermera, psicòlegs i psiquiatres al Centre de Salut Mental de Montjuïc de la Fundació de l'Hospital de Sant Pere Claver.

Any rera any procurem que els grups quedin equilibrats en quan a gènere, no sempre és possible però quan és possible es fa palesa una riquesa considerable, més productiva.

## **C- Criteris de selecció dels participants**

### **1- Criteris d'inclusió**

Els pacients són referits per valoració d'inclusió o no idoneïtat al grup de dues maneres diferents.

a- Un terapeuta ja sigui psiquiatre o psicòleg veu individualment al possible participant i en les entrevistes exploratòries i després d'una exhaustiva anamnesi, valora les possibilitats de que el pacient es pugui beneficiar d'un treball grupal de 40 sessions.

b- YPCS<sup>3</sup> sense conèixer de res al pacient rebem la derivació ja sigui d'un metge de família o un professional de CSMA per tal que esbrinem si podria ser un candidat a aquest treball grupal.

### **2- Criteris d'exclusió**

- quan el pacient fa saber que no hi ha cap possibilitat d'arranjament horari per poder participar al grup per dificultats laborals, formatives o

---

<sup>3</sup> Partint de la idea del projecte YPCS del centre Tavistock on l'adolescent es pot adreçar directament cercant ajut, els oferim quatre entrevistes per avaluar la situació personal i emocional del moment i valorar la necessitat i curiositat d'anar més enllà -a partir dels seus propis descobriments- a través d'un treball grupal de 40 sessions. Alguns pacients, joves adult, després d'aquestes quatre sessions i haver entès alguna cosa de la seva situació personal decideixen concloure el treball que d'altres opten per continuar i començar un nova aventura personal sense saber-ne ni l'argument, el nus, la trama ni el desenllaç però si amb prou curiositat per entendre's des d'ells mateixos i sobre ells mateixos i la seva relació amb els altres, "els altres en mi" com diria en Garcia Badaracco.



de família. Aleshores el seu terapeuta de referència intenta elaborar aquestes dificultats reals externes i contrastar-les amb les possibles dificultats internes que impedeixen que el pacient es pugui reorganitzar.

- quan hi ha una tendència a la impulsivitat i fa pensar en una patologia més relacionada amb els trastorns límits de la personalitat. No exclouem aquesta simptomatologia però som cuidadosos a l'hora de preveure la tendència a actuar del pacient quan els nivells d'ansietat són considerables.

#### **D- Plantejament d'hipòtesi**

Una de les dificultats en la recerca psicoanalítica i el treball grupal és la de l'avaluació del *procés* més que l'avaluació dels resultats. Quan treballem sota un cos teòric psicodinàmic tenim en compte els conceptes de *transferència* que no queden palès en les grabacions. Entenem que el treball de l'investigador és la de ser fidel al material de la sessió però si no podem avaluar ambdós fenòmens estem escatimant a la ciència aquesta informació que no pot ser recollida d'altra manera que a través de la pròpia experiència de l'observador- i per descomptat del terapeuta- per poder elaborar les seves interpretacions (eina de la psicoanàlisi).

En aquest treball volem avaluar què perdem pel camí en les transcripcions?, i en les grabacions?. El nostre objectiu és comparar -intra-observador- la sessió grabada i la transcrita a posteriori per l'observador després de passar per la pròpia experiència d'escoltar amb l'oïda, sentir amb els afectes, deixar-se afectar per les sensacions i dibuixar-se les interpretacions que elaboraria en cada cas i que oferiria al grup en *l'aquí i l'ara* de la sessió.

## **Tasca**

Dos observadors i dos coterapeutes han visualitzat sessions enregistrades en video i les ha comparat amb les sessions transcrites pels mateixos observadors:

- a. Observacions de les sessions enregistrades: S'han anotat tots els continguts que van apareixent al llarg de les sessions.
- b. Observacions de les sessions transcrites: S'han anotat tots els continguts que van apareixent al llarg de les sessions.
- c. Comparació de les sessions enregistrades i les sessions transcrites: S'ha comparat el que queda recollit i que no queda recollit en ambdós sistemes de recollida d'informació.

## **E- Anàlisi de les dades**

Comparació inter-observadors de les observacions del material transcrit post-sessional i la grabació de la sessió:

- 1- Els silencis- Tant en el material enregistrat com en el material transcrit post-sessional hem percebut:
  - a- Temporalitat del silenci: Després de parlar un pacient, després parlar el terapeuta, durant el discurs.
  - b- Llargada del silenci: Breu i llarg
  - c- Qualitat del silenci: Incòmode, d'espera i reflexiu.
- 2- Informació que aporta el pacient en el seus continguts verbals:
  - a- Direcció de la comunicació: es dirigeix només al terapeuta, es dirigeix a un altra participant, es dirigeix a tot el grup.
  - b- Qualitat: dubte a informar, exclamació en recordar, pausa durant el discurs, petició d'assentiment a la resta del participants.
  - c- Tipus: absència, justificació, organització, vida quotidiana
  - d- Sol.licita i reclams que es fan al grup: Canvi, consol, prendre desicions, responsabilitats

3- Preguntes

a- Tipus: aclaratòria o retòrica

b- Temporalitat: després d'haver parlat el pacient, després d'haver parlat el terapeuta

c- Direccionalitat: envers a un altre participant, envers al terapeuta, envers al grup com a totalitat

4- Estat d'ànim

a- Repertori: angoixat, buit, confiat, confòs, desamparant, envejós, esperançador, impulsiu, incertesa, insegur, malestar, plor, por, ràbia, reconeixement de les dificultats, riure, tristesa

b- Temporalitat: després de la intervenció d'un participant, després d'un silenci, després d'una intervenció del terapeuta.

c- Reaccions. Agressiva, cridanera, desvaloritzadora

5- Assistència

a- No falta ningú, Falta algú, falten tots, falta un terapeuta, falta un observador, es cancel·la la sessió.

b- Reconeixement de l'altra: excusa, no avisa, puntualitat

6- Material latent: Abandó, alucinació, banalització, buidor, conflicte intern, confusió, control, culpa, dependència, dissociació, fantasia, fugida, impulsivitat, indiferenciació, negació, racionalització, regressió, rituals, separació, soledad, temors

7- Record: Infantil, sessió anterior, somni

8- Terapeuta: Assenyala, informa, interpreta al grup, interpreta a l'individu.

9- Temporalitat

En les sessions transcrites la temporalitat queda modificada:

a. No consecutiu perquè l'observador en la transcripció ordena: lligam d'idees

b. Necessitat d'ordenar el material

c. Es perden comentaris secundaris (poc impactants per l'observador)

- d. Detecció de moments diversos: moment A (descriptiu, cognitiu), moment B (emocional, afectiu)
- e. Necessitat d'aglutinar idees:
  - o L'observador integra per recordar
  - o Uneix trossos que han aparegut en diversos moments
  - o Dóna forma a allò irrecognoscible
  - o Dóna sentit al discurs (es fa inconscientment)
  - o El pacient bé fragmentat, el grup està fragmentat, l'observador necessita lligar per donar sentit.
  - o La contratransferència en l'observador afecta directament a la transcripció.

En canvi es manté a temporalitat en el principi i final de la sessió (divergeix el contingut del mig).

#### 10-Atribucions d'identitats

En les sessions transcrites els personatges no queden etiquetats dins del seu perfil, queda evident una confusió del què diu i qui diu què (el mateix terapeuta es resisteix al canvi de que un participant canviï el discurs que inconscientment se li ha atorgat)

#### **Valoració**

El procés d'observació d'un grup terapèutic és complex en sí per la multiplicitat de variables que intervenen, però encara esdevé més complex a l'hora posar-ho en paraules en fer la transcripció d'una determinada sessió. Recolzem aquesta idea atenent a la implicació de dos elements fonamentals de l'estructura psíquica: la part cognitiva (en la recuperació mnèsica) i l'afectiva-emocional, que es posa de manifest a través de l'important impacte dels processos de transferència, identificació projectiva i contratransferència, que tenen lloc en el grup en l'inconscient, el preconscious i el conscient des de diferents aspectes vinculats al pacient, al grup i al terapeuta.

Una de les qüestions que hem pogut constatar més directament al llarg del període d'observació és que es produeixen una sèrie de moviments en la interacció grupal que ens deixen al descobert l'impacte de la presència de l'observador en el grup, a vegades persecutoris i a vegades contenidors. Aquests deixen clar el paper actiu de l'observador dins del grup fins i tot en els casos en que es tracte d'un observador silenciós. En aquest sentit, a títol d'exemple, referim dos pacients d'un dels grups terapèutics: un que en haver estat abusat sexualment, en els primers mesos del grup evitava per tots els mitjans possibles el contacte visual amb l'observador, arribant fins i tot a situar-se en la cadira gairebé d'esquena a aquest; i, un altre pacient amb problemes relacionals amb el pare, que presentava el mateix tipus de comportament (l'observador no existia).

En un altre grup, on l'observadora és invident, i en resposta a un comentari anterior en que es posava en dubte la percepció d'aquesta una pacient diu que sí que està veient bé a tots els pacients perquè la visió està a la zona calcària del cervell i no als ulls.

Començarem per abordar per separat l'aspecte cognitiu de l'afectiu encara que poc a poc veurem que ambdós van tant lligats que són indissolubles. La recuperació mnèsica que fem al realitzar la transcripció sembla veure's afectada pels continguts afectius transferits i projectats pels pacients i pel grup. Això ens fa pensar en una recuperació purament cognitiva i en una recuperació cognitivo-afectiva. El primer cas fa referència a una recuperació categòrica dels aspectes que podríem etiquetar com a comuns i ordinaris del discurs dels pacients, és a dir els que tenen pocs detalls vivencials o estan carenciats de ressò emocional. En el segon cas, l'evocació de la memòria més detallada, implica que hi hagi un impacte emocional previ degut als mecanismes esmentats anteriorment, la qual cosa comporta que es recullin més detalls circumstancials i de vivència interna inconscient i preconscious del pacient.

Paral·lelament, el que hem pogut veure en comparar les transcripcions amb el material enregistrat és que es dóna una deformació de la continuïtat temporal en fer el recull del procés real de la sessió. Tanmateix algunes de les intervencions s'han mantingut fidels en quant a la seqüència d'aparició, si bé és cert que aquesta no es respecta completament. Veiem també que les que estan desplaçades figuren en la transcripció immediatament abans o després del fragment seleccionat, de manera que podem pensar que no és tanta la distorsió que es fa. Examinant-ho amb més detall, semblaria que una part de l'alteració de la seqüència té a veure amb l'aglutinació d'idees, doncs en les sessions observades han aparegut diversos temes en més d'un moment de la sessió i semblaria que prevaldria més l'assimilació d'aquest material (el poder donar-li un sentit global) que no el respectar la temporalitat. Un exemple seria el cas d'una de les pacients que parla del tema d'un judici en diversos moments temporals de la sessió, minut 15' i 40', i l'observador les aglutina en un únic moment al voltant del minut 40'. O en un altre cas veiem com es tracta el tema de la malaltia d'una pacient en diferents ocasions al llarg de la sessió però en canvi en la transcripció s'ha aglutinat tot el que fa referència a aquesta al voltant del minut 37'. Ara bé, com comentàvem abans, pràcticament la totalitat de les idees hi queden recollides, la qual cosa ens fa pensar que es perd la literalitat de les frases però no el contingut emocional d'aquestes (sí allò concret i no allò simbòlic). Una altra part de l'alteració entenem que és produïda per l'impacte dels mecanismes de *transferència*, *identificació projectiva* i *contratransferència* que es donen entre el pacient, el grup i l'observador. El que recollim són els aspectes *transferencials preconscious* i *inconscients* en el relat que exposem de manera continuada del discurs de la persona que parla. Per visualitzar el que estem dient presentem tres exemples:

En el primer cas, un determinat pacient no sembla tenir espai dins del grup, ni es té en compte la seva intervenció, de manera que a l'hora de transcriure l'observadora tampoc l'ha pogut recollir. Així veiem com el Guiu, que habitualment és un membre del grup que parla poc en les sessions, fa una intervenció interessant enmig del discurs de la Júlia que no pot ser escoltada ni valorada ni per la Júlia, que no modifica la seqüència del seu discurs, ni per la resta del grup poden de manera que la seva aportació acaba passant desapercibuda i tampoc deixa empremta en la transcripció de l'observador. De la mateixa manera, les intervencions dels terapeutes quan no causen ressò en el grup difícilment poden ser recollides en la transcripció de l'observador. En el segon cas en que una pacient presentava una incapacitat significativa de contenció de l'ansietat i que per aquest motiu feia una expulsió permanent d'identificació projectiva i d'elements transferencials consistents cap a tot el grup (observador inclòs) es va produir cert cansament i angoixa en tot el grup. En l'observador va generar una contratransferència negativa que a l'hora de transcriure va comportar una incapacitat per recuperar gairebé la totalitat del discurs de la pacient. Aquesta idea és defensada per Grinberg (1962) quan afirma que si la identificació projectiva del pacient és constant, la reacció (contratransferencial) de l'analista/observador serà similar a les seves reaccions cap al material introjectat per un procés actiu de selecció.

En el tercer i darrer cas que volem comentar pensem en l'Aïna, que explica: "em sento malament, estic a casa amb les meves amigues, la casa se'm fa petita, cada vegada em sento pitjor. Les meves amigues em pregunten què em passa, i jo no ho sé explicar, només sé que em sento malament. Després marxem a veure els focs d'artifici i jo no puc fer més que plorar i fumar, no puc gaudir de les meves amigues, ni dels focs i de la festa. Una amiga em pregunta si desconec el perquè estic malament, perquè fa un any estava aquí mateix amb la meva parella i ara no és així. I jo li dic que realment no sé el perquè em trobo

malament". Després d'aquest relat l'observadora fa ressò del que la pacient transfereix a la sessió, podent vincular allò que la pacient no pot doncs aquesta no és capaç de vincular el que cognitivament sap, efectivament sap però desvincula afectivament.

També volíem destacar que més enllà del contingut constituït per idees, fantasies i sentiments explícitament expressats, pensem que és fonamental l'estil de comunicació del pacient perquè és el que veritablement dóna sentit al que el pacient ens diu i perquè és el que es manté més fidel al món intern d'aquest. La seva mímica, gestos, posició corporal i comportament general dins del grup en la sessió acompanyen i matisen les seves paraules i fan que la interpretació d'aquestes canviï i per tant que això impacti en l'observador i en la seva transcripció. Voldríem exemplificar-ho comentant que una observadora invident pot apreciar pel to de veu de la pacient quina és la seva postura corporal: si treu la veu clarament endavant, cap a baix, si a l'hora respira intensament, si se li va tallant la veu perquè plora,... També pot percebre si mou molt el seu cos, les cames, si va picant una mà amb l'altre, a qui es dirigeix quan parla,... En aquest sentit, podem dir que l'expressió física del pacient i els canvis de veu i respiració són molt importants i transfereixen molt dels sentiments i patiments dels pacients.

## **Conclusions**

Aquest exercici ens ha permès constatar que en el procés psicoanalític grupal, així com en l'individual, aquesta manera de treballar, el transcriure des de l'experiència, aporta gran riquesa a l'hora de pensar en els pacients. És veritat que la transcripció apareix impregnada d'elements de l'observador i d'alguna forma investida pels seus propis elements interns però creiem que són elements transformadors que s'atenen al ressò de la transferència, la identificació projectiva i la contratransferència dels pacients i del grup cap a l'observador. Considerem doncs que a l'hora de



supervisar una teràpia grupal la transcripció permet que el pacient pugui parlar a través de l'observador i amb aquest, éssent des del nostre punt de vista la transcripció un element molt important, imprescindible i complementari d'allò que la gravació no aconsegueix recollir.

### **I ara què? Futures investigacions**

Investigar en grups és complexe però el procés de repensar de quina manera avaluem aquest procés sense perdre informació rellevant de com el pacient sent que millora, i no només *quant* i *quan* ha millorat, ens anima a anar seguint aquesta tasca perquè d'alguna manera ens donarà indicadors sobre l'eficàcia terapèutica i la inversió econòmica que cal fer des de Salut Mental per tal de garantir un treball setmanal i continuat al pacient quan està en procés de canvi i hi ha molt de patiment.

### **Bibliografia**

- Bion, W.R. (1970) . Atención e Interpretación. Buenos Aires: Paidós.
- Blanchet, A. Trognon, L. Language and Behaviour patterns i a therapeutic interaction sequence in L. Anolli, S. Duncan Jr., M.S. Magnusson and G. Riva (Eds). The hidden structure of interaction: from neurons to culture patterns. Amsterdam: IOS Press, 2005.
- Grinberg, L. (1962). On a Specific Aspect Of Countertransference Due to the Patient's Projective Identification. International Journal of Psycho-Analysis, 1, 240-254
- Mateu, G. (Juliol, 2003). Transformacions en un grup d'educadors després de participar en un grup de Sensibilització tipus-Balint. I.S.S.N: TDX-0107104-084935
- Vaimberg, Raúl & Anguera, M. Teresa. (2009). Methodological options for text analysis in a technology-mediated psychotherapy (TMP) group. FQS. Forum: Qualitative Social Research (2009, in press)

## **UN LLOC EN EL MÓN**

Una reflexió sobre l'espai, en el treball clínic i en altres disciplines

Roser Noguera Corrons

(Psicòloga Clínica, Psicoterapeuta. UPPij . Unitat de Psicoteràpia Psicoanalítica infanto-juvenil.  
Sant Pere Claver. Fundació Sanitaria)

Adreça: C/ Mallorca, 302, 2on, 2<sup>a</sup>. 08037 Barcelona

Telèfon: 687637154. E-mail : [rosernoquer@yahoo.es](mailto:rosernoquer@yahoo.es)

## Abstract

El treball pretén reflexionar al voltant del *concepte d'espai* tot tractant d'interrelacionar-ho amb diversos camps a partir de diferents aplicacions. Inicialment arrenca de la tasca clínica d'una psicoteràpia focal d'un infant però, alhora, també cerca el lligam amb d'altres disciplines, com ara l'escultura, a través de l'obra de Eduardo Chillida.

Paraules clau: espai, mitologia grega, psicoteràpia focal i escultura.

En este trabajo se intenta hacer una reflexión acerca del concepto de espacio, tratando de interrelacionarlo con diversas aplicaciones. Inicialmente surge a partir del trabajo clínico de una psicoterapia focal de un niño pero, a su vez, también se busca la relación con otras disciplinas, como la escultura, a través de la obra de Eduardo Chillida.

Palabras clave: espacio, mitología griega, psicoterapia focal, escultura.

This paper tries to make a reflection on the concept of space, trying to link it to various areas by means of different applications. It begins with a clinical work related to a focal psychotherapy applied to a child, but it also looks for connections with other disciplines like sculpture, through the Eduardo Chillida's work.

Key words: space, Greek mythology, focal psychotherapy, sculpture.

## Introducció

La idea d'investigar al voltant de *la noció d'espai* va sorgir de la conjunció de diverses situacions. D'una banda, assistia a un seminari de psicoteràpia psicodinàmica amb famílies, on reflexionàvem sobre aquest aspecte, i va ser llavors quan es va produir l'atac a les Torres Bessones de N.Y. Aquelles van ser jornades convulses a nivell mundial: l'esdeveniment va originar una onada d'articles de pensadors i analistes polítics que ajudaven a fer lligams entre la psicologia individual i grupal, tot eixamplant horitzons i tractant, alhora, d'establir relacions i semblances entre uns fets i altres, encara que es produïssin en graduació molt diferent.

Aquella realitat convulsa em va portar a reflexionar i a indagar sobre *els conceptes d'espai i de temps*, nocions que suggereixen coordenades i paràmetres com a suport al nostre treball clínic, sigui individual, familiar o grupal.

En el seminari apareixia l'equiparació de l'*espai* amb allò femení, el claustre matern; en canvi, el *temps*, es considerava més lligat amb allò masculí, el pare que posa límits.

Pel que fa a l'*espai*, pensava en la importància de "tenir un lloc" i en la possibilitat de "donar lloc a...", com una forma de facilitar que es pugui produir quelcom, això és, que alguna cosa pugui esdevenir-se. Vist a l'inrevés, també suscita pensar en com proliferen les situacions en què es vol "treure la gent del seu lloc", sigui de la feina (mobbing) o de l'habitatge (mobbing immobiliari) o del grup aula (bulling). Però el meu interès rau en el fet de desenvolupar la idea de poder sentir que un "té un lloc". Aquest lloc s'ha de construir tant a nivell mental com físic, com també intern i extern. En la vida de l'ésser humà, constatem la importància d'aquest fet i com resulta cabdal de cara a la salut mental.

Pel que fa al temps, podem dir que, realment, el temps ens posa límits, "ens situa en el nostre lloc" encara que a vegades no ho vulguem. Entenc aquí el temps lligat al desenvolupament i a la maduresa emocional, atès que hi ha individus amb patologies que volen evitar la confrontació amb el temps.

A través del treball amb infants i les seves famílies, observem que, en un moment o altre, abans de la concepció d'un fill, la parella s'ha d'haver formulat la viabilitat d'aquest fill, fent-li un lloc en el seu "*espai mental*". A la clínica constatem que moltes criatures neixen sense la possibilitat d'establir un vincle amb els seus progenitors, perquè són viscuts com intrusos que porten malestar, i es veu com tot això genera molta culpa.

Encara, però, caldria anar més enrere de la idea de concebre un fill: abans de la concepció, la parella de futurs pares han de deixar-se mútuament, l'un a l'altre, l'*espai* suficient per poder ser "un", un ésser independent i autònom. Dissortadament, veiem molts cops que això no és possible, atès que un envaeix l'altre i aquest altre es deixa envair, sense posar límits a les seves fronteres personals. A l'hora de fer tractaments de psicoteràpia familiar, ens podem recolzar especialment en aquests conceptes o idees, però crec que també ens ajuden en el treball de tractaments individuals.

Retornant a l'inici, certs esdeveniments mundials, com l'atac a les Torres Bessones de N.Y. i la posterior guerra d'Afganistan, em feien pensar que mostraven molt clarament el tema

que tracto i que, en aquest cas, no és altre que el de la reacció al sentiment de no tenir *espai* per a la convivència amb diferents maneres d'entendre la vida i de viure-la.

Tots dos fets —atac i guerra— evidencien un tancament en un pensament defensiu únic, a més d'un posicionament de prepotència d'una ideologia, d'una religió o d'un model de societat (l'occidental), envers un altre (en els casos esmentats, el del món islàmic). Això fa que es respongui amb una reacció de contraatac d'una posició contra l'altra i, de nou, emergeix el fet d'envaïment de l'altre. Res més plàstic que plasmi tan gràficament la idea d'envair, com la imatge de l'avió penetrant dins la torre. Després de la invasió, només resta el buit on abans hi havia hagut un gratacel.

Uns mesos abans, havia tingut ocasió d'intuir molta ràbia i una gran impotència dins el món islàmic, pel fet de viure el sentiment que la societat occidental no li permetia de poder ser com ell mateix vol ser; és a dir, com si a nivell mundial es creés la idea que, si hom existeix amb les seves pròpies característiques, no és possible que l'altre existeixi i, consegüentment, no hi ha lloc per a les diferències.

Totes aquestes reflexions plegades em van dur que, de mica en mica, anés investigant i relacionant idees al voltant del *concepte de l'espai*, idees que temptejaré de desenvolupar en aquest treball.

En primer lloc, aniré a les fonts de la nostra cultura per analitzar com està concebut *el concepte d'espai* en la mitologia grega. Després, descriuré un cas clínic d'un tractament de psicoteràpia psicoanalítica focal d'un nen, de setze mesos de duració, per enllaçar-ho amb algunes idees que l'escultor Eduardo Chillida va elaborar al llarg de la seva vida i obra al voltant de l'espai.

## **Espai i mitologia grega**

### *L'origen de l'Univers*

Els grecs, per donar resposta a la pregunta sobre què hi havia abans de l'existència del món tal com el coneixem, utilitzaven els mites. Descriuré el que Jean-Pierre Vernant explica sobre l'origen de l'Univers en la mitologia grega, per tal de fonamentar *el concepte d'espai*.

Segons ell, al principi només hi havia el *Caos*, una immensitat vàcua, negra i fosca, una mena de vertigen i de confusió. Després, aparegué la Terra a la qual anomenaren *Gea*, que va sortir de les entranyes de *Caos*, però com l'antítesi d'aquest, amb una forma diferent, de manera que enfront de la indiferenciació del *Caos*, *Gea* té la claredat, la fermesa i l'estabilitat i en ella, tot apareix perfilat, visible i sòlid.

Més tard, aparegué *Eros*, un *Eros*, però, primordial, com una manifestació de l'energia còsmica, quan encara no existia la diferenciació entre el masculí i el femení. El *Caos*, en canvi, era asexuat, ni masculí ni femení; altrament, *Gea*, la Terra mare, era forçosament femenina, però no tenia a qui estimar i, de la mateixa forma que ella va sorgir de *Caos*, d'ella brollaria el que contenia en les seves entranyes, és a dir, naixerien dos personatges importants: en primer lloc va parir *Urà*, el Cel, i tots els astres que el poblen; a continuació, portà al món *Ponto*, l'aigua, totes les aigües i, més exactament, el mar.

La Terra desenvolupa el que hi ha en el seu si i, a partir del moment que surt d'ella, allò que n'ha sorgit es converteix en el seu doble i el contrari. Per què el contrari? Perquè la Terra crea un Cel estrellat idèntic a ella, amb les mateixes dimensions i, acte seguit, *Urà* hi copula. Terra i Cel constitueixen dos plànols superposats de l'univers, un sòl i un sostre, que s'acoblen per complet. Parint *Ponto*, personificació masculina del mar, aquest la va completar, es va introduir al seu interior i la va limitar en la forma de grans extensions líquides. *Ponto* també és el contrari de la Terra. Aquesta és sòlida i compacta, en ella les coses no es barregen; en canvi, *Ponto* és líquid, fluid, informe i inaprehensible.

Així es construeix el món a partir de tres entitats primordials: *Caos*, *Gea* i *Eros*. Més tard, hi participen dues entitats parides per *Gea*: *Urà* i *Ponto*. A partir d'aquí, es desenvolupen relats i històries violentes i dramàtiques.

En reportaré una: la castració d'*Urà*, amb l'entrada en escena de *Cronos*. *Gea* i *Urà* tenen molts fills que són els Titans i les Titànides, però cap d'ells no pot sortir del ventre de *Gea* atès que *Urà* la cobreix permanentment. Aleshores, aquesta es dirigeix als Titans per trobar una solució: vol que s'enfrontin al seu pare. Només *Cronos* gosarà fer-ho. *Gea* fabrica una aixada i la dóna a *Cronos* que és dins el ventre de *Gea*, de manera que, mentre *Urà* copula, *Cronos* el castra. *Urà* s'allunya ràpidament i s'estableix al cim del món, d'on no es mourà mai més. Amb aquest fet, *Cronos* dóna un pas molt important per al naixement del cosmos. Separa cel i terra.

Crea, entre ambdós, un *espai lliure*: es crea un lloc per respirar i viure i en aquest lloc podrà afegir-s'hi tot el que la terra produirà, tot el que els éssers vius faran néixer.

En produir-se tots aquests fets, l'espai s'ha alliberat i el temps s'ha transformat. Fins aleshores no hi havia generacions successives; només n'hi havia una que estava empresonada a l'interior de l'ésser que els havia engendrat. A partir d'aleshores, s'obre una successió de generacions en el temps i s'alternaran el dia i la nit.

En la introducció exposava el meu interès en *els conceptes de temps i espai*. I hem vist com aquests conceptes també es relacionen en els relats mitològics.

### **Cas Clínic**

Es tracta d'un nen que arriba a consulta, a l'edat de 3 anys i 8 mesos. Els pares estan preocupats per l'angoixa que observen en el nen, motivada per la gelosia que sent per la seva germana.

Expliquen que aquest estiu l'ha passat molt neguitós. El nen s'arrenca els cabells fent el que ells anomenen "rul-los": primer se'ls recargola fins arribar al punt d'arrencar-los. També es mossega les ungles de les mans i dels peus.

La composició familiar és de pare i mare; tots dos treballen. Tenen tres fills, una nena de 8 anys, el pacient que anomenaré Pau, de 3 anys, i un altra nena de 2 anys, la qual es porta 22 mesos amb el pacient. Calculo, doncs que, quan la mare queda embarassada de la petita, en Pau tenia 13 mesos. Em donen més dades per entendre les manifestacions de gelosia com ara que en Pau, aquest curs, ha passat de la guarderia a l'escola i que la germana petita, també aquest estiu, ha començat a caminar, de manera que es mou més i, alhora, està molt graciosa. En Pau li venta bufetades. El nen es mostra a l'entrevista molt abatut, com si es trobés molt malament. I penso: "Aquest nen no es deu trobar bé". M'expliquen també que el curs passat tots els germans van passar una bronquitis, van transcórrer els mesos de desembre, març i abril amb tot això.

Normalment, abans de començar amb l'anamnesi, intento veure tot el que ells porten espontàniament i els pregunto si hi ha alguna cosa més. La mare diu que no ho vol parlar davant d'ell, i que és quelcom de l'escola. Quedem que ja m'ho dirà.

A l'anamnesi destaca una intolerància a la llet, fet detectat en el moment que introdueixen les farinetes en la nutrició, cap als 5 mesos, el nen s'inflà. Allarguen fins els 6 mesos la presa exclusiva de pit i proven una altra llet, de soja. Les preses mixtes no van ser fins els 10 mesos. Les altres farinetes li van anar bé però, a l'any i mig, té unes diarrees que li duren tres mesos. En Pau menjava bé fins el naixement de la germana, ara, a casa no menja i esdevé molt provocatiu. El descriuen molt emmarat; si es posa malalt, li costa quedar-se a casa de l'àvia.

Fins als sis mesos en què entrà a l'escola bressol, havia estat amb la mare. Un mes més tard, fa una bronquitis. En Pau té por als metges. Se li fan taps de cera a les orelles i té terror quan els hi han de treure. Sap dir i localitzar si alguna cosa li fa mal. A l'etapa de les rebequeries no n'ha fet gaires.

La gelosia no la mostra obertament; segons els pares, només es detecta pel fet de mossegar-se les ungles. Ara bé, tot seguit em diuen que no s'ha engreixat en un any. Entenc que dels 2 als 3 anys no ha augmentat de pes i em fa sospitar si no hi ha un fons depressiu al darrere d'aquesta manca de creixement. M'expliquen que el pediatre deia que no calia patir perquè només era una lleu crisi pel fet del naixement de la germaneta. En canvi, a mi em deixa preocupada aquest nivell d'afectació somàtica que presenta.

Els pares estan amoïnats pels numerets que munta. Sempre ha estat provocador. No té por ni és conscient dels perills. Tot i així, no ha tingut accidents. La mare el veu lent en la seva maduració. Dorm bé, però l'inici del son generalment té lloc en braços d'algú i fent els esmentats "rul-los". No hi ha control nocturn total d'esfínters, encara que només se li escapa l'orina de tant en tant.

Fa servir el xumet de nit i també si està trist; té la geniva bombada per aquest motiu. Adora la germana gran, però aquesta està per la petita. Sap jugar i s'entreté construint torres.

Al llarg de l'entrevista en Pau s'ha anat animant, passant d'estar d'aquella manera que jo considerava "trobar-se molt malament físicament" a mostrar-se més despert i sense malestar. A posteriori, penso que el fet de ser tres adults pendents de les seves coses, possiblement el va tranquil·litzar molt.

A soles, la mare m'explica el que no volia parlar davant d'ell i és que a l'escola van trobar-lo llepant el penis d'un altre nen, o aquest li llepava a ell. A mi, em va fer pensar en el nen que encara empra la pipa i llepa de manera indiferenciada.



En l'exploració psicològica veig un nen immadur a molts nivells, àdhuc el físic (sembla més petit del compte). El nivell intel·lectual correspon a la seva edat, però hi ha proves que no les respon, de manera que no es poden puntuar i les valoro com l'aspecte provocador de què em parlaven els pares, més que no pas per causa d'alguna incapacitat intel·lectual.

En el seu joc mostra que, de vegades, fa coses idiosincràtiques, que excedeixen del que pot ser la fantasia d'un nen a l'hora de fer una muntanya o una torre, elements que ell diu haver fet. Hi apareixen accions i comunicacions de força agressivitat: en la forma d'expressar-se verbalment o, a l'hora de jugar, quan destrossa el que ha construït, o en els dibuixos i gargots en els quals mostra tota la seva impulsivitat. Valoro, doncs, que és un nen immadur físicament i emocional. Sobre la base d'un nen emmarat —enganxat—, amb força dificultats per separar-se en el deslletament, als tretze mesos del nen s'afegeix l'embaràs de la mare i el posterior naixement de la germana, als seus vint-i-dos mesos. Tot fa pensar que ho devia viure com una catàstrofe i la seva dificultat de creixement físic no era tan sols una crisi sinó la repercussió d'un aspecte emocional mal resolt. Possiblement, com a defensa de la vivència de catàstrofe, en certes ocasions utilitzava la identificació adhesiva de què parla J. Coromines (1991), com en les situacions en què ell es feia "rul·los" i s'arrencava els cabells fent-se clapes o bé quan es mossegava les ungles de mans i peus, o quan seguia necessitant el xumet i també quan llepava, davant d'altres nens de la classe, molt indiferenciadament, el penis d'un company de l'escola.

Segons el meu parer, en el moment de la consulta, la manifestació de la gelosia ja mostrava un grau d'evolució, ja que tenia una expressió afectiva i relacional. Havia fet un tomb més enllà de les manifestacions somàtiques serioses (diarrees, aturada de pes i d'alçada), que anaven contra el seu propi creixement i tenien un caire depressiu. Malgrat el cos seguia participant (la tricofil·lomania), ara ja apareixia l'afecte, la relació (una incipient diferenciació), i ara es podia pensar si estava en vies de diferenciar-se més.

En Pau havia sentit que ell no tenia *un espai*, i això li dificultava el seu creixement físic i mental i, en certs moments, també el social. Si un ésser no té espai, com créixer? Com passar del que és bidimensional, que serien les defenses d'identificació adhesiva, al que és tridimensional? Potser només es pot anar fent quan un sent que disposa d'un espai en la ment de l'altre.

Acabat el procés diagnòstic, així els ho explico als pares, a aquests pares angoixats, tot valorant que s'insinua una possibilitat evolutiva, encara que per a ells aquest canvi els representi haver de fer front a unes reclamacions més difícils de tolerar. Els parlo d'un nen extremadament sensible, que pateix intensament pels seus sentiments de gelosia i tot el que això li comporta, com és el fet d'haver-se de separar de la mare, situació que viu com si corregués el perill de perdre-la. Em comenten que han observat una certa disminució de l'ansietat que mostrava quan es mossegava les ungles i es recargolava els cabells. Treballem al voltant de com tolerar millor la gelosia que es desvetlla entre els seus fills i ells aporten comentaris de com van trobant les mesures entre intervenir en determinats moments i, d'altres vegades, permetre'ls que s'espavilin ells mateixos.

En la Taula-Debat sobre la Psicoteràpia Psicoanalítica a la xarxa pública, organitzada per F.H.S. Pere Claver el juliol de 2005, el Dr. Manzano deia que l'alopecàcia i la tricofilomania són dues patologies molt lligades, i les descrivia com trastorns precoços de la diferenciació de la identitat. Parlava d'angoixes en les quals la separació era viscuda com un fenomen d'esquinçament i, consegüentment, com una gran amenaça. En aquests casos, s'aprecien clivatges, amb parts que funcionen i d'altres que no.

El cas del nen que presento, després d'un temps d'espera pel fet de ser atès des de la sanitat pública, va iniciar una psicoteràpia focal de 16 mesos de duració, d'una freqüència setmanal. El tractament comença quan en Pau té 5 anys i dos mesos. El focus que assenyalo és tractar d'ajudar-lo a lligar la ràbia i l'enuig enfront del sentiment de soledat, que el porten en certs moments a una defensa perillosa, com és la identificació adhesiva que produeix clivatges en el seu funcionament.

Descriuré algunes situacions del tractament. Es passa moltes sessions construint torres de castellers, amb música inclosa que ell mateix canta. Aplega totes les joguines que troba i les col·loca en la que serà la base de la pinya del castell. Em diu: *"Si no poso la base, es matarien"*. Els ninots són com qualsevol altra peça: els utilitza com objectes (no-persones), de forma indiferenciada. A la sessió anterior a les vacances d'estiu, no posa la pinya a la base de la torre i la construeix al límit de la taula. Crec que està mostrant clarament —i de forma intensa— l'ansietat i angoixa de caure en un buit sense dimensions, pensant que no té lloc en l'espai

mental de l'objecte. Aquesta ansietat s'incrementa en el moment de les separacions. En tornar de vacances, però, la mare em comenta molt contenta que ha pogut deixar el xumet.

Tinc la impressió que el nen, a través dels jocs, anava mostrant moments puntuals de diferenciació de caire investigador, malgrat altres sessions de jocs repetitius, amb defenses més obsessives i de control, tractant que res no canviés, i que eren les predominants. Aquestes defenses podríem pensar que eren de tipus autístic. És la fase de la psicoteràpia en la qual es produeix aquella situació de molt tedi, cosa que requereix del terapeuta molt d'esforç perquè allò observat tingui significat i evidencia així com el pacient no pot mentalitzar.

Quan aconseguixo sortir del tedi, buscar el significat i expressar-l'hi, respon ràpidament. Ell havia fet uns dibuixos que tenia a la carpeta guardats; eren dibuixos com els de l'exploració, dibuixos abstractes, però, ell va tractar de veure què podia ser (significar) cadascun d'aquells dibuixos, donant-li algun sentit. Ell hi podia trobar significat en la mesura que experimentava que allò tenia un valor per a mi, i aconseguia introjectar un objecte que l'havia representat a ell en *el seu espai mental*. Així, era capaç de sentir que tenia *el seu espai propi*. Ho vam poder observar en sessions posteriors quan, fent servir cinta adhesiva transparent (cel·lo), traçà sobre la taula unes línies que delimitaven el que ell anomenà "*pàrkings*" per als mitjans de transport que tenia dins la capsa: un camió, un avió i un cotxe; i, a cada un d'ells, li corresponia un pàrking (un espai). Tot seguit diu que cadascun dels elements representa a cadascun dels tres germans. A la sessió següent, el seu pàrking serveix per aparcar i hi afegeix un llit i una cuina.

Descriuré ara tres vinyetes més detallades de diferents sessions. En la primera, hi ha força incidències per portar a terme la sessió, atès que en Pau ve els dimecres i, justament aquella setmana, als pares els resultava difícil combinar-s'ho per portar-lo. Em demanen si el puc veure un altre dia d'aquella setmana, que serà divendres, amb la circumstància afegida que el dimecres següent és festiu. A l'hora de començar, em retardo un xic i proposo al pare treballar fins més tard per poder-li oferir tota la sessió completa. En canviar de dia, també hem de canviar de despatx, cosa que anuncio pel passadís. Quan l'he anat a buscar —és migdia— posa cara d'estar molt empipat. Un cop a dins, li comento que potser té gana. NEN (N): "*Perquè estem aquí?*" TERAPEUTA (T): "*Quin dia som avui?*" Ell no em respon.

T: *“Com que avui és divendres, estic en un altre despatx diferent dels dimecres on treballem normalment; el que sí t’he portat és el teu material”*. Obre la capsa, segueix amb cara d’estar molt, molt empipat. Treu la plastilina i en fa trossets.

T: *“Potser quan t’empipes, com ara, tens ganes de fer-ho tot a bocinets”*. Ho endreça. Treu el camió i el fa anar de qualsevol manera; el mou ràpid, li dóna cops, el fa giravoltar. T: *“Sents que els pares i jo et fem anar de qualsevol manera, com una pilota: dimecres, no; divendres, sí, i, per postres, et faig esperar. I ara és l’hora de dinar, i dimecres vinent serà festa: quantes coses! Què empipat que estàs amb mi!”* Tot seguit endreça el camió i treu la pilota, se la passa d’una mà a l’altra, amb força. T: *“Ja veig que hauré de vigilar que no es perdi; hauré d’estar molt atenta”*. Se li escapa la pilota, és a punt de caure i l’agafo. L’endreça dins la capsa i treu un full. Dibuixa amb el llapis. (És el primer cop que ho fa al llarg del tractament; cal tenir en compte que han transcorregut 11 mesos de psicoteràpia, d’un treball a termini de 16 mesos de duració). El dibuix és com el contorn d’un fantasma). T: *“A mi em sembla que t’has espantat del teu propi empipament”*. El nen treu els llapis i pinta de qualsevol manera les ninetes dels ulls del fantasma, de color vermell. Busca altres llapis i compara les mides; vol que siguin semblants. Intenta igualar-los fent-los punxa però, evidentment, sempre queda la mateixa diferència, perquè fa punxa a tots. Els fa servir com a baquetes de timbal. Prova en diferents superfícies, compara els sons: a la tapa de la capsa metàl·lica dels colors, a la tapa de plàstic de la capsa de joguines, a la capsa buida i tancada, etc. Es posa a fer percussions amb ritme i harmonia, però totalment capbussat, i em fa pensar en el que expliquen els pares quan fa de timbaler: em contaren que un dia va tocar cinc hores seguides. T: *“Els fantasmes a les pel·lícules espanten; jo crec que tu t’has espantat de l’empipament i enuig de tu mateix i, quan t’espantes, de vegades et treus la por amb els timbals”*. Li canto la melodia que ell fa i li dic: *“Qui canta els seus mals espanta”*. Segueixo. T: *“Uj!, quin ensurt ! I abans, quan t’espantaves, et recargolaves els cabells!”*. Em mira molt atent, escoltant-me i respon. N: *“No, és que de vegades vénen lladres i el meu conill m’avisa”*. La resposta em sorprèn. T: *“Com és, això?”* N: *“Surt de la gàbia i em dóna un llapis per tocar. Un dia es va menjar la flor de la planta de la Sònia” (germana gran)*. T: *“Però a mi em sembla que aquest fantasma o bé el lladre apareix només quan t’empipes tant”*. Ell va provant moltes músiques, s’hi implica, augmenta el ritme. Prova de nou a la capsa buida o a la capsa plena. A mi em fa pensar en el timbal com una caixa de ressonància i transfereix sobre mi aquesta funció

de receptacle de ressonància. T: *"Potser si jo puc pensar en el que li passa a en Pau, aleshores tu no et sents tan buit i solet, sinó que les coses que tens a dins t'acompanyen"*. A ell li cau la capsa, fa cabrioles per collir-la des de la cadira, però el terra li queda lluny. Li dic que l'ajudaré a collir-la i aconseguix endreçar tots els llapis dins la capsa. N: *"Ja és hora: me'n vaig"*. T: *"No; encara no"*. Ho ha endreçat tot. Queda la brossa. Fa veure que neteja la taula, però l'escampa tota, molt provocador. T: *"Vols que quedi tot escampat? Potser penses que passaran molts dies, vist que dimecres és festa"*. N: *"L'avió (de paper) fa molt embalum"*. El treu de la carpeta i me'l llença. T: *"Vols enviar-me missatges?"* N: *"M'ho emportaré a casa"*. T: *"Ui! Penses que no seràs capaç de recordar-te'n!"* Li reenvio l'avió. Ell treu un cargol pintat i retallat que és dins la carpeta . Li estripa el cos i guarda l'avió. Ja es l'hora i pleguem.

La segona sessió que descriuré és molt representativa de com el pacient porta el seu treball sobre *l'espai*. S'acosta el final del tractament i és la sessió després d'unes vacances. Ve tot decidit i obre la caixa tot dient: N: *"A que no saps què faré?"* T: *"No. A veure..."* Ell ha anat traient les peces de fusta i les reixes. Em fa pensar en les torres de "castellers", però no dic res. Uneix les reixes i diu que farà una casa. Vist des de dalt, el perímetre de les tanques té forma de casa. Ho omple amb les fustes, no les treu totes i, quan veu que li queden espais buits, en busca més, però tampoc no li arriben per omplir-ho tot i m'ho fa notar. *"Què podries fer?"*, li dic tot mirant dins la capsa. Ell treu la plastilina i omple els forats, però fa més gran el contingut que no pas el continent i aleshores no li cap dins el tancat: se li obren les tanques i ha de tornar a unir-les.

Fa pensar com aquest nen ha utilitzat exhaustivament les fustes de construcció, potser lligat al tema que m'ocupa, *la construcció d'un espai* i, com ell, fent i desfent torres castelleres, ha pogut arribar a la sessió d'avui construint un espai. Aquest espai jo el sentia a cavall entre la concreció de la construcció feta amb les fustes, la casa, i alhora la casa que tenia el perímetre vist des de dalt, el dibuix d'una casa, com una entrada a una representació més simbòlica.

Continuem amb la sessió. N: *"Ara hi posaré els pares. Quin es el pare?"* (Hi ha dues figures adultes) T: *"Quin et sembla, a tu?"* N: *"Aquest (és un senyor). I aquesta, la mare (és una senyora). I ara el bebè (És un nen, no un bebè). I això serà el pàrking dels cotxes i l'avió (sobre la capsa de colors). El bebè, aquí (sobre una fusta que fa de llit) i els pares aquí (junts, en les respectives fustes per a cadascú) No, no: el bebè aquí al mig (entre els pares).* T: *"Potser penses*

*que si el bebè no està entre els pares i està en el seu propi llit, és com si el deixessin abandonat? Que no pensessin prou en ell? Fa molts dies que nosaltres no ens veiem, tu i jo; hem fet vacances, i potser pensaves si jo em recordaria de tu?".* En Pau posa el nino en un llit més apartat. N: *"Ja han dormit i ara els pares s'aixequen i li preparen l'esmorzar"* (pare i mare). Els fa seure a tots i mengen. T: *"Sembla que ara sí penses que aquests pares tenen cura del nen"*. Fa com que passa el dia ràpid i tornen a anar a dormir. És el primer cop que el veig jugar amb un joc tan elaborat i amb un argument. Fa aixecar el nino del llit i el fa saltar per sobre de la tanca; diu que s'escapa de casa. Els pares s'aixequen i veuen que no hi és. Surten a buscar-lo. Van amb patinet i cauen pel precipici (taula a baix). Llavors, enfila el nino a l'avió per rescatar-los (em dóna la sensació que és una sortida maníaca), però retorna a la casa i s'amaga sota una peça de fusta. Els pares també tornen a la casa i no el troben i, de nou marxen, corrent desesperats buscant el nen. T: *"Sembla que han de buscar molt, aquest pares; estan una mica espantats"*.

Segueixo pensant en la sortida maníaca, de triomf sobre l'objecte, sobre els pares, però en aquell moment aixeca les tanques i diu que això que ha passat era un somni. Podríem dir que aquest joc i la finalització del joc amb el somni, mostren *l'espai mental* que s'ha pogut desenvolupar dins d'ell; ha assolit un espai oníric, un espai intern diferenciat, el més genuí de la persona, segons deia J. Thomas. El somni és un espai on poder processar les coses.

Per últim, la tercera vinyeta, una de les últimes sessions del tractament. En Pau ve tot decidit. El veig realment més segur, més gran. Un cop dins, va traient les joguines de la capsa, observo que potser, per al comiat, no faltaran els castellers. Succeirà quelcom molt curiós: farà proves per anar construint torres cada cop més altes; de vegades, jo no crec que allò es pugui aguantar, no tinc prou fe, però ell sí, i ho aconsegueix posant molta atenció en els llocs on la torre es desvia, i col·locant aleshores la següent peça una mica més inclinada perquè ho compensi i així obtingui resultats sorprenents. De nou, em pregunto si no apareix un aspecte maníac amb aquestes torres tan altes, però recordo que una de les seves dificultats era que no volia créixer, no volia enfrontar-se a les situacions noves, d'aprenentatge. Aleshores, tinc la impressió que em vol mostrar que sí, que s'hi enfronta i amb escreix, amb molta més esperança de la que jo tenia, pel fet que mentalment em rendia abans que ell.

Li faig referència al final del tractament i, tot lligant-li l'inici i les dificultats per les quals ell va començar la psicoteràpia com, per exemple, quan tenia molta por de fer coses noves i de fer-se gran, o quan les coses li costaven i les deixava de fer perquè s'empipava molt. Li dic que ara em demostra que intenta lluitar enfrontant-se a les dificultats, fent aquestes torres tan altes i aconseguint que s'aguantin perquè s'hi fixa molt com i on ha de posar cada peça. I afegeixo: "*No ho has abandonat dient «jo no puc», sinó que t'hi has mirat molt, i hi has pensat!*" I també li dic que potser ha fet torres rememorant moltes sessions, per recordar tot un temps que hem treballat tots dos. I em mostra que ho té present i que li serveix.

### **Relació entre el concepte d'espai en diferents disciplines i el cas clínic**

La indagació que he fet d'aquest concepte m'ha portat a lligar-ho amb disciplines i autors diversos com l'escultor E. Chillida. Darrera de la seva obra escultòrica, hi ha un constant qüestionament al voltant del concepte *d'espai*. Hi ha tres aspectes cabdals que recolzen el seu pensament i són aquests: els límits, l'espai i la matèria. Diuen que la sèrie dels dibuixos de les mans, molts cops repetits i estudiats que Chillida fa, són el compendi de les seves preocupacions per l'activació *de l'espai* entre les seves formes (l'espai entre els dits i el palmell de la mà), l'*espai* en expansió o bé en reclusió. En la seva escultura, els ferros es despleguen o es tanquen sobre l'*espai* tractant d'expandir-lo o atrapar-lo i recloure'l. Els ferros serien com aquests dits de la mà. Potser aleshores s'entenen millor els espais que resten atrapats a l'interior de moltes de les seves obres (alabastre i "la lurra"=terra), com si es tractés d'espais buits per l'encontre i el repòs de la ment i de l'ésser humà. L'escultor explica com entén *espai* i matèria d'aquesta manera: "*el diálogo limpio entre la materia y el espacio, la maravilla del límite, creo que una parte importante se debe a que el espacio o es una materia muy rápida o bien la materia es un espacio muy lento. ¿No será el límite una frontera no sólo entre densidades, sino también entre velocidades?*".

Al llarg de tota aquesta recerca i indagació sobre l'obra de Chillida em sembla veure que, quan ell fa, cap els anys 90, el que anomena *les gravitacions*, escultures en les quals l'*espai* queda dins de quelcom suspès, si no és una representació del concepte de Bion, continent-contingut. Són les gravitacions, de les últimes obres que ell realitza, les que em fan pensar en la

representació més abstracta de l'escultura, ja que aconsegueix crear les tres dimensions d'una manera molt lleugera i subtil, creant-les amb paper, roba o feltre i penjant-les amb cordills.

No és debades que Martin Heidegger demanés a Chillida que li realitzés la part gràfica del llibre "*L'art i l'espai*". Aquesta petició té un sentit: tots dos han reflexionat intensament sobre aquest tema. L'escultor em porta a la cita de l'article del filòsof "Construir, habitar y pensar" (1994), en què parla del pont de Heidelberg com element que descriu *un espai*. Ve a dir que el pont no s'instal·la o construeix en un lloc, sinó que el pont determina el lloc. Heidegger ho diu en aquests termes: "*...un espacio es algo aviado (espaciado), algo a lo que se ha franqueado espacio, o sea, dentro de una frontera, en griego τερασ. La frontera no es aquello en lo que termina algo sino, como sabían ya los griegos, aquello a partir de donde algo comienza a ser lo que es (comienza su esencia).*"

No vull acabar sense esmentar el treball de Salomon Resnik (1991) que parla de l'*espai mental*. A les set lliçons a la Sorbona, diu que no es pot entendre "el món intern" sense concebre *un espai mental*.

I aquí rau el meu interès al voltant del cas exposat. Pensava com, darrere d'aquestes vivències de catàstrofe que vivia en Pau, hi havia unes defenses d'identificació adhesives, de què parla J. Coromines (1991). De fet, per al nen, en determinats moments, només existien dues dimensions, atès que les defenses que ell utilitzava (recargolar-se els cabells fins a arrencar-se'ls, mossegar-se les ungles, etc.) estaven aferrissades a la sensorialitat, i per això li costava introduir una tercera dimensió que propiciés la profunditat, la consciència de contingut, la possibilitat de crear-se *el seu espai*, i un món intern que afavorís el creixement de la seva identitat. En determinats moments, no hi havia lloc per a les emocions ni per als sentiments, vist que aquests li ocasionaven un dolor insuportable. Voldríem pensar que el pacient va poder sortir de la gelosia marcant *un espai*, sentint que cadascú té un *espai singular* (el pàrking).

El més sorprenent de l'obra de Resnik és que no es queda en la tercera dimensió (concepte que introdueix M. Klein quan parla d'un Jo en relleu i d'uns objectes interns que poblen normalment l'espai mental del món intern), sinó que parla de la quadridimensionalitat, entenent la noció d'*espai mental* com "veritat" geomètrica i corpòria viva i en continu moviment, on domina la tridimensionalitat que es desplega en el temps.



En la mitologia grega, vèiem que Cronos castrava Urà. En el cas que ens ocupa, el pacient volia viure com Urà, enganxat a la mare; no es podia separar d'ella i negava el pas del temps; no volia créixer ni físicament ni —almenys a certs nivells— tampoc emocionalment. Però Cronos (el temps) marcarà precisament l'espai, separant Urà de Gea.

Al llarg del tractament, el nen recorre repetidament al tema de les torres castelleres, torres que construeix i destrueix. És un fer i desfer que ens pot dur a pensar que el joc del nen està a mig camí entre el joc simbòlic i un altre de tipus més sensorial, mitjançant el qual el pacient investiga sobre *l'espai*. J. Corominas (1991) diu que “en la mesura en què es va prenent consciència del cos com a espai amb límits propis i, simultàniament, de l'existència d'un fora “d'aquest espai”, es permet donar pas a la consciència de l'existència de l'objecte”. Així, de mica en mica, el nen podia anar copsant que sí que tenia un lloc propi i que ell estava diferenciat de l'objecte.

Tornant al pensament de Resnik, *l'espai mental* està molt enllaçat amb el sentiment de dol, davant de la dificultat de viure la pròpia interioritat i la frondositat de l'ésser: una forma de defensa és “omplir” l'espai de fum, de buidor. En Pau havia viscut el deslletament i l'arribada de la germaneta com un fet que l'esquinçava i, quan encara no s'havia refet d'un dol, li arribava l'obligació d'afrontar-ne un altre. L'oferiment d'una psicoteràpia va propiciar que pogués anar conformant un Jo amb relleu, amb tres dimensions, construint així *el seu propi espai intern i singular*, com els pàrkings que construïa en les sessions, en què assolí simbòlicament que hi ha un espai per a cadascú, que cada un d'ells pot ser singular, únic. En definitiva, que tothom pot tenir *el seu propi espai*.

Tant de bo aquesta vivència es pugui dur a terme en els diferents àmbits a què faig esment a l'inici del treball: personal, familiar, ideològic i social. Potser aleshores podrem pensar que, de la mateixa manera que un pacient realitza una maduració, també la humanitat pot ser capaç d'evolucionar.

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Corominas, J. (1.991). *Psicopatologia i desenvolupament arcaics. Assaig psicoanalític*. Barcelona: Espax.

Chillida, S. ( 2.003). *Elogio del horizonte. Conversaciones con Eduardo Chillida*. Barcelona: Ediciones Destino.

Heidegger, M.(1.994). *Conferencias y artículos. Cap. VI Construir, habitar, pensar*. Barcelona: Ediciones del Serbal, pp. 107-119.

Kortadi olano, E. (2.003). *Una mirada sobre Eduardo Chillida. Vida y obra de un artista universal*. Madrid: Editorial Síntesis.

Resnik, S. (1.991). *Espacio mental. Siete lecciones en la Sorbona*. Madrid: Julián Yébenes Editores.

Vernant, J.P. (2.000). *El universo, los dioses , los hombres. El relato de los mitos griegos*. Barcelona: Editorial Anagrama.

**DES DE LA DISSOCIACIÓ A LA INTEGRACIÓ  
DELS ASPECTES AGRESSIUS**

**EN UN GRUP DE PACIENTS, FILLS D'ALCOHÒLICS.**

Francisca Rodríguez Cortés

(Psicòloga –psicoterapeuta de l'Unitat de Salut Mental, Hospitalet)

francis321@terra.es

## **Abstract**

Aquest treball pretén mostrar com, a través del treball grupal, els pacients que van realitzar el tractament van tenir la possibilitat de reconèixer i tolerar aspectes negatius negats i fragmentats dins del seu món intern plé de por i inseguretats derivades dels abusos sexuals i els maltractaments físics i psíquics en la seva infància i adolescència.

Este trabajo pretende mostrar como a través del trabajo grupal, los pacientes que realizaron el tratamiento tuvieron la posibilidad de reconocer i tolerar aspectos agresivos negados y fragmentados dentro de su mundo interno poblado por miedos e inseguridades derivados de los abusos sexuales y los maltratos físicos y psíquicos en su infancia y adolescencia.

This work pretends to show like through the grupal work, patients that carried out the treatment had the possibility to recognize and to tolerate aggressive aspects that were denied and broken into fragments inside their internal world, populated by fears and derived insecurities of the sexual abuses and the physical and psychic ill-treatments in their childhood and adolescence.

## **PRESENTACIÓ DEL GRUP**

El grup es va formar amb pacients que arribaven a la Unitat de Salut Mental amb una demanda d'ajut psicològic i que, per l'experiència que l'equip tenia en aquests casos, era difícil abordar a nivell individual. La por d'aquests pacients a establir un vincle emocional individual i proper, alhora que un compromís terapèutic, els abocava, en molts casos, a un fracàs, després de poques sessions d'iniciar el tractament.

Tanmateix es va decidir proposar un tractament grupal que els servís de contenció i elaboració d'ansietats de mort, alhora que de flexibilització de les defenses psicòtiques. Es va pensar que un espai grupal facilitaria la possibilitat de vinculació emocional i d'un compromís terapèutic, perquè tots ells podien compartir situacions dramàtiques sofertes des de la infància primerenca.

Depositant en la terapeuta il·lusió i esperança, es van poder tractar tots aquells aspectes desesperançats. Ella representava aquell objecte idealitzat i meravellós fantasiejat i desitjat, alhora que temut.

La terapeuta, mitjançant la relació transferencial, va poder facilitar la transició des de allò ideal al real. Va passar de representar per els pacients l'objecte omnipotent capaç d'oferir-ho tot al inici del tractament a ser un objecte real amb capacitat de frustrar; però també amb possibilitats de mantenir la il·lusió.

Es cert que durant les primeres sessions el grup va servir de continent d'ansietat de desintegració, lluitant entre la vida i la mort del grup. Però en la seva relació amb la terapeuta i la resta dels components, el grup va facilitar posar-los en contacte amb un objecte intern viu i rescatar el que havia estat o bé negat o bé escindit.

La separació per les vacances o la fi del tractament va permetre l'expressió de sentiments destructius en la figura de la terapeuta. Aquesta fou atacada, talment com, en la seva fantasia, ho havia sigut la mare que abandona; però a través d'aquesta nova experiència es va poder reparar a la mare que en algun lloc els havia pogut oferir aspectes bondadosos en la relació.

## **CRITERIS DE SELECCIÓ**

El grup estava format per 9 pacients, 6 dones i 3 homes, d'edat entre 20 i 30 anys. Tots ells tenien antecedents, d'un pare o una mare o bé d'ambdós, de perllongada història d'alcoholisme.

Quasibé tots seguien un tractament farmacològic pel fet de presentar símptomes depressius i ansietat marcada. Un d'ells estudiava, dos treballaven i quatre estaven al atur amb risc de no poder incorporar-se al mercat del treball.

Dos pacients mostraven un deteriorament important en les seves relacions socials. Per això se'ls havia derivat a acollir-se a una paga no contributiva per la seva precària situació econòmica.

Es va escollir la franja d'edat entre els 20 i 30 anys perquè vam pensar que el nivell de sofriment era molt elevat i, en molts dels casos, la dificultat per elaborar la història traumàtica que mostraven, estava interferint severament en la seva vida laboral i també en l'afectiva, amb les seves parelles.

També vam pensar que seria menys difícil per a ells enfrontar-se a un treball terapèutic perquè les defenses podien ser més flexibles i modificables que si fossin més grans de 30 anys.

Una vegada feta la proposta al equip de la Unitat, un coordinador extern els va fer una entrevista individual a fi de verificar la motivació dels pacients. També per passar un qüestionari i uns tests projectius.

Vam considerar que, tot i que en el grup anirien mostrant la patologia que els afligia i també les dificultats d'alguns en les seves vides afectives, el fet de passar una bateria de tests reduïda, unes setmanes abans de l'inici del grup i en acabar aquest, ens proporcionarien dades sobre l'evolució que havien tingut alhora que la seva capacitat per introjectar l'experiència que el grup els hi oferia.

El grup el va conduir una psicòloga –terapeuta i una observadora que romania callada, estudiant de postgrau en Psicopatologia, la missió de la qual era observar el que passava en el grup i, a la fi de cada sessió, ajudar, amb les seves aportacions, a reconstruir el que havia passat en el grup.

Per a nosaltres era imprescindible realitzar el treball de recollida de dades després de cada sessió. Això ens permetia reflexionar i aprofundir en el material donat pels propis pacients. A més podíem confrontar els sentiments que havien aparegut en la parella terapèutica, d'acord amb el que havia passat en les sessions.

\*Aquest és un punt que desenvoluparem més endavant.

D'aquesta manera, sistemàticament, terapeuta i observadora són les qui s'encarreguen de recollir el material, que, després, es tractarà en l'espai de supervisió.

Pensem que aquest espai és fonamental per poder fer el treball en un grup terapèutic en el que les projeccions dels pacients a vegades es presenten de forma massiva i la terapeuta ha de fer-se'n càrrec.

Pensem que si no es disposés d'aquest espai de supervisió es dificultaria el treball de reflexió.

També la possibilitat d'elaborar el significat d'aquestes projeccions, tan per part dels pacients com de la terapeuta. Si no s'entenen i elaboren pot dificultar l'objectiu del grup. Aquest és ajudar als pacients a entendre l'origen dels seus conflictes i a tolerar l'impacte emocional que suposa realitzar el treball psicològic en el sí d'un grup.

## **SETTING TERAPÉUTIC**

Vam establir que el tractament tindria un any de durada com a mínim. Podríem allargar-lo si el grup ho demanés i nosaltres valoréssim la viabilitat de la seva continuació.

També que la sessió duraria una hora i que es faria un cop a la setmana. Es van assenyalar les dates de les vacances de Nadal, Setmana Santa i estiu.

El grup es va dissenyar com a grup tancat; però la terapeuta va deixar oberta la possibilitat d'incloure nous membres en el cas que, durant els primers mesos estigués en perill la permanència i estabilitat del grup perquè algun membre l'abandonés i que això no permetés que el grup pogués continuar.

Aquesta possibilitat hi era realment. La nostra experiència de molts anys de treball amb grups evidenciava que hi havia baixes per motius diversos. Aquests llocs que quedaven lliures podien aprofitar-los altres pacients pels que fos adequat aquest tractament.

Es van establir dues condicions: no iniciar la sessió amb menys de tres pacients i no reunir-se fora de la sessió. Tampoc es van mantenir contactes individuals fora del setting grupal a fi d'evitar el desenvolupament de llaços transferencials fora del marc de treball.

La terapeuta va establir una altra condició: no va voler tenir cap coneixement previ de la història dels pacients, per poder treballar més lliurement amb el material que aquests portaven en la situació grupal. Tot i que sabem que hi ha diferents maneres de treballar en aquest particular, vam pensar que el fet de conèixer només que tots ells tenien en les seves històries anteriors, de pare o mare o d'ambós, d'addicció al alcohol permetria introduir-nos en l'experiència grupal sense interferències. Aquesta seria una experiència nova per a nosaltres talment com els passava als pacients.

## EVOLUCIÓ DEL GRUP

En la primera sessió assisteixen només 7 dels 9 membres convocats. La resta s'incorpora en la segona sessió.

Després de la presentació de la terapeuta i de l'observadora, els pacients comencen a parlar sense gaires dificultats. Expliquen històries esfereïdores, records de maltractaments, abusos i abandonaments.

Des de l'inici es busca quelcom que els uneixi per fer front a la desesperació . Parlen de les seves pors, del seu dolor; però també d'una part seva addictiva a l'alcohol, a les pastilles o a la idea de suïcidi. Això perquè algun membre manifesta haver fet algun intent seriós a fi d'acabar amb el sofriment que els paralitza per fer vida normal.

Al costat del sofriment compartit també apareix la il·lusió de poder trobar en el grup un antídoto contra el malestar i l'angoixa que des de fa molts anys els embargava.

Claudio Neri, en el seu llibre "Grupo", ens diu que al començar un grup apareix "L'espera messiànica i la il·lusió grupal " L'espera messiànica" connectada amb la idea de que el terapeuta amb la seva experiència els donarà esperança i confiança en el futur o bé un enriquiment de la visió del món. Però on posa més émfasi és en "la il·lusió del grup". Aquesta respon a un desig de seguretat, de la preservació de la unitat del jo amenaçada. En front de l'amenaça al narcissisme individual, respon instaurant un narcissisme grupal.

Fer un bon grup pot constituir una defensa contra l'acabament del grup; però també és una manera de sortir al pas de la necessitat dels membres d'estar junts, quan encara manca la capacitat d'estar en una "relació".

Quan s'acaba la primera sessió dos pacients il·lustren amb els seus comentaris la il·lusió que han depositat en el grup, tal com diu Neri:

Te.: "Jo he posat molta il·lusió en aquest grup, és l'última cosa que em queda. Si això no funciona em moro...Bé, potser aniria a un altre psicòleg ; però em costa confiar."

Mari.: " Sí, jo també m'ho he pres amb moltes ganes."

Aquesta il·lusió però és precària perquè aviat comencen a no venir alguns membres. La resposta dels pacients enfront d'aquestes absències és la



d'ignorar-los perquè això suposa un perill de desintegració i de renunciar a la fantasia d'ajut que s'ha dipositat en la terapeuta i en el grup.

Dos pacients parlen de badades i d'oblits. La terapeuta interpreta que potser aquests oblitats estan en relació amb situacions desagradables, doloroses, de la mateixa manera que en les sessions que es parla de molt sofriment, la tendència és evitar parlar d'aquests sentiments, no venir.

M.:” Home ¡ venir aquí és dur... has d'enfrontar-te a coses que et fan mal, que no has explicat a ningú, precisament perquè et fan mal.”

L'altre dia vaig recordar-me molt de vosaltres perquè em va passar una cosa i m'ho vaig passar molt malament i m'hagués agradat fer ¡xas! I que estiguéssim aquí tots reunits. Jo si vinc ho faig per ajudar-me a mi mateixa i no pensar si els altres vénen o no.No vull donar més voltes a aquest tema”.

Terapeuta: “Potser no volen pensar perquè és dolorós imaginar-se que no tots han dipositat la mateixa esperança i il·lusió en aquest grup; però podem pensar en els sentiments que aquestes absències els desvetllen”.

Isa.: “No ho entenc”.

Ant.:” Sí, vol dir que hem de parlar de com ens afecta a nosaltres que els altres no vinguin”.

Te.:” Jo no penso preguntar.Tant se me'n dona.Jo vinc aquí per mí perquè estic malament L'altre dia no sabia perquè no havien vingut els que faltaven i me'n vaig anar igual que havia entrat. Sense saber-ne res.”

Però ens aturem uns moments aquí i intentarem analitzar el que estava passant ara en el grup. Aquest està en perill de disordre's perquè hi ha dos membres que no acaben d'integrar-se perquè tenen serioses dificultats emocionals.

Però també apareix Te. com la que monopolitza el grup.

Proposa des de línici una determinada estructura de rols reiteradament i aconsegueix imposar-la més allà de les necessitats de la tasca terapèutica i impedit així la comunicació lliure dels seus companys.

Te. aparentment és la mestressa de la direcció del procés dinàmic. Vol mostrar la facticitat d'un reforçament narcíssita en la que ella és l'única proveïdora; però que necessita els “altres” els qui concedirà el lloc d'observadors, mantenint-los fora de qualsevol decisió. Però la presència d'“altres” augmenta

la frustració al ser viscuda com un atac a la unió dual i exclusiva amb la terapeuta, tot negant la presència d'un tercer, "els altres".

Quan intueix que els seus companys poden tenir autonomia i connectar-se amb sí mateixos o bé entre ells o amb la terapeuta, això ho viu com una ferida narcissista.

Però els "altres" permeten o faciliten la seva funció perquè, si Te. aconsegueix el seu propòsit, ells tindrien accés a una solució narcissista. Poden observar, sense que s'els vegi, la fantasia de que un altre, en aquest cas Te. s'arrisqui, El grup està en el supòsit bàsic de dependència, com ho descriu Bion. S'ha constituït al voltant d'un líder Te. com una defensa per contrarestar ansietats molt primerenques.

La seva finalitat és la de negar l'angoixa paranoide que desvetlla la nova situació. Tenen por de que la terapeuta descobreixi davant del grup allò que ells consideren dolent i perillós en el seu món intern. Però també tenen por d'una relació de rivalitat entre els seus companys a fi d'obtenir un tracte millor de la terapeuta.

La por a exposar-se en les primeres sessions és una situació que es repeteix en quasibé tots els grups. És una situació nova, amb persones desconegudes que s'ajunten per fer un treball que implica exposar sentiments, vivències íntimes.

Una part d'aquest temor a ser desemascarats es podria justificar pel fet que la majoria pertanyen a una població propera geogràficament. Això perquè la Unitat estava inserida en un sector delimitat proper a la ciutat.

Te. repeteix en la transferència una situació traumàtica en la que ella és la representant d'una unió dual, defensa narcissista?, amb un pare alcohòlic i agressor. Però la resta dels components del grup repeteixen o representen la part passiva en aquesta relació, temuda però també idealitzada.

En la situació transferencial, que es crea en el procés, es repetirà així, en la situació grupal, una vivència interna coneguda per tots. Jo m'havia convertit en aquest objecte ideal omnipotent capaç d'oferir-los tot a partir d'una relació simbiòtica amb mí, per altra banda necessària en els primers moments del tractament. Jo representava la il·lusió i l'esperança d'allunyar-los de les seves fantasies destructives i actuades mitjançant els intents de suïcidi.

Per aquest mitjà s'intentava matar la part destructiva d'ells mateixos que estava escindida i projectada en l'objecte.

En el seu historial, els pares representaven aquells objectes denigrats, incapaçs de contenir les seves ansietats de mort i donar-los un continent adequat on projectar els seus impulsos destructius. La terapeuta, contràriament, representava per a ells un objecte idealitzat i tanmateix desproveït d'aspectes negatius. Jo m'havia convertit, per la situació analítica en la que estava, en la depositària de la il·lusió i confiança que els va ser negada en les seves experiències primerenques.

Ja sabem que com més està idealitzada la figura del terapeuta en situació de dependència, més gran serà l'hostilitat i el ressentiment que la seva figura provoca quan, després de continues frustracions, s'ensorra la idealització.

En el grup es desenvolupen processos transferencials múltiples que permetran al terapeuta conèixer les modalitats objectals, alhora que l'organització dels seus grups interns. La interpretació serà el vehicle per comprendre-ho. Aquesta comprèn l'experiència de desil·lusió. Però en un grup terapèutic, com ho descriuen J. Puget i altres en el llibre : "El grupo y sus configuraciones": "Els atacs al narcissisme del terapeuta poden ser més grans que en una relació bipersonal, perquè la seva comprensió és permanentment confrontada per altres".

En una sessió en la que s'avisava d'un canvi de dia de sessió per part de la terapeuta i en la que falten dos pacients, en Jordi parla de la ingesta d'alcohol i d'una escena de molta violència. A més comencen a parlar dels absents i només un pacient mostra el seu malestar per això. La resta nega que això sigui important. L'atmosfera d'enfrontament augmenta; però quan la terapeuta senyala el seu enuig pel canvi que ella ha proposat i també per les absències A. nega aquests sentiments, : "Vol dir que vostè es venjaria no venint perquè hi ha persones que no vénen a totes les sessions?".

En la sessió següent A proposa un canvi d'horari que tots rebutgen.

Estem en la setena sessió. Era el moment en el que la terapeuta va establir per valorar el nivell de compromís que els pacients podien adquirir en el tractament.

A: "Ahir em va trucar la meua exnovia, ara surt amb un fatxa que porta un bat de beisbol en el maleter del cotxe".

J: "Li va la marxa fins que li doni canya, que la pegui i després surti per T.V."

Isa. (enfadada): "Escolta, per a tú potser a totes les "ties" els hi va la marxa"  
Hi ha un batibull.

Terapeuta: "Pel que ha explicat A. veiem que quan es presenten fets on hi ha violència, apareix aquí una discussió, sembla que en front d'aquestes situacions, el grup es commou".

A.: "He tingut un malson. Estava amb una noia que m'agradava en un terrat i quan anava a fer-li un petó la vaig llençar terrat avall. Em vaig despertar i em sentia rar, espantat, suat, tenia una sensació d'extranyesa, es com si descobrís una part de mí que no coneixia, vaig pensar que potser de petit havia fet mal a algú sense saber-ho i ara estic pagant per la culpa. Es com en la pel·lícula de Hitchcock, en la que el protagonista no pot veure 3 ó 4 línies perquè ell de petit va empènyer al seu germà per un tobogan...va anar a parar a unes tanques, es va quedar enganxat i va morir. Des de aleshores no podia veure 3 ó 4 línies verticals, perquè li recordaven les tanques. Era un trauma infantil".

Te.: "Jo també he tingut un malson. Anavem en cotxe, jo de copilot, el meu xicot conduint i entre ell i la porta hi havia una "tia" que posava la mà damunt l'espatlla del meu xicot. Jo vaig mirar-la malament i li vaig dir: tú, què, ja està bè, no? ...Aleshores ella treu la mà i el meu xicot em diu: Què gelosa que ets!. Jo li dic que s'agafin de la mà, obro el cotxe que està en marxa i em llenço. Quan sóc a la carretera veig que per l'altre carril ve un cotxe fantasma, bé, no portava les llums enceses, surto de pressa de la carretera i començo a córrer per agafar el meu xicot...no em vull quedar sola allà, en la fosca; però no l'agafo. Quan em vaig despertar estava contenta perquè vaig pensar: hòstia , tia , ho has pogut deixar, has sigut capaç de deixar-lo....tot i que després torno enrera , perquè em fa por la foscor." La terapeuta els convida a associar.

M.: "Són les pors que tenim"

S.: "Sí, jo també ho veig com ella".

Isa: "Quan somies, t'enfrontes a allò que no pots a la vida real".

S.: "Donçs tant de bó jo quan somio, pogués sortir dels ferros, o pogués obrir la porta i escapar-me quan el meu pare em pegava".

A.: "Es un somni molt agressiu, és que jo la llenço!. Crec que la violència és una tara en el cervell".

M.: "Crec que mostra que hi ha una falla en quelcom, és l'expressió d'una falla bàsica en quelcom, és l'expressió d'un a falla bàsica perquè només es pega als que són débils".

S.: "Sí, jo he rebut també la violència; però a la meva germana no la pegaven, era allò dels abusos; ell també va intentar-ho amb mí; però no va poder. Jo no sóc violent, en canvi la meva dona si que ho era, pegava als meus fills".

Te.: "Jo havia tingut malsons de petita, somiava que el llit rodava i també l'habitació i quan em despertava cada vegada era en una habitació diferent i no trobava el llum.

Després vaig tenir un altre malson, somiava que estava lligada amb els ulls embenats i que m'estaven violant, després a través de la bena veia que era el meu pare qui em violava; però jo no feia res per evitar-ho. Quan em despertava em sentia bruta, porca, em feia fàstic. Després a la nit me n'anava de casa i tornava quan el meu pare no hi era. Quan m'aixeco em vesteixo tot seguit per no tenir-lo a sobre. No vull ni veure'l."

V.: "I per què no li dius?"

Te.: "És que si li dic perdré a la meva mare i no em puc permetre aquest luxe. Em dirà que sóc capaç de follar-me el meu pare".

V.: "Des de quan et passa això?"

Te.: "Jo no volia associar-ho; però recordo que quan era petita seia a la cama del meu pare i quan vaig anar-me fent gran ell em tocava més i més a prop cada vegada, es posava guenyo i era quan s'excitava; però no volia associar-ho. El meu pare és molt violent. Ens ha estomacat a la meva mare i a nosaltres".

Terapeuta: "Estan parlant de situacions violentes; però també parlen de què fer amb aquesta violència que pot aparèixer en vostés":

S.: "Jo a vegades em poso nerviós. El que faig aleshores és que surto de mi mateix, m'altero molt i em poso violent. El dia que em vaig assabentar que el meu pare abusava de la meva germana el vaig llençar contra la paret. Potser sóc un psicòpata assassí i no ho sé".

És una sessió especialment complexa per tants somnis que porten; però també per la fascinació que desvetlla la Te. amb els seus relats que repeteix a l'inici del grup amb bastant exhibicionisme. La Te. excitava al pare; però també excita al grup, el sedueix violentament amb el seu discurs.

Els somnis proposen la teoria del “trauma” que han sofert. Les tanques simbolitzen les coses que, d’entrada, no entenen en les seves vides; però també en el grup, les coses a les que hauran d’intentar donar significat. El grup és l’espai per acollir la seva problemàtica; però també és lloc de conflicte i potser es pregunten quines coses ells llençaran fora. El teló de fons és si ells es quedaran o bé marxaran, llençant fora la possibilitat d’enfrontar-se als seus conflictes infantils i actuals. El grup romandrà atrapat en el trauma, serà més aviat una presó que un refugi ...També patiran gelosia...Viuran els terrors o bé podran tenir esperança de sortir d’una situació que els manté atrapats dificultant-los unes relacions socials i afectives que els gratifiquin?.

El grup està excitat, identificat amb la història de l’altre i no pot respondre a aquestes preguntes; però hi ha una por compartida a poder tractar els seus aspectes agressius, negats i projectats en un altre.

De nou apareix aquí la por de que sigui la terapeuta qui els posi en contacte amb aquests aspectes tan temuts; però també de repetir en el grup el drama que han viscut a nivell familiar.

De nou porten 4 somnis en la sessió següent.

Mabel. : ”El dimarts passat (dia de la sessió) vaig tenir un somni, anava amb un xicot, la meua parella, en cotxe, molt de pressa, a 140. Estava tensa, amb por, no confiava en ell...queiem per un precipici i jo sentia impotència queiem sobre uns cubs; però jo mirava abaix i no podia. El noi m’indicava el camí i m’empenyia i jo tenia molta por. A la fi vam arribar a baix on hi havia molta gent molt tranquil·la. Crec que en el somni apareixen les pors i la inseguretat.”

Tots estan d’acord amb la Mabel que el somni mostra això.

Te.:”Jo he tingut un somni on hi havia gent que es feia mal”.

Isa.:”Masoquistes?”.

Te.:”No ho sé; però la gent estava plena de sang, anaven pel carrer i jo els mirava, com si no hi fos, tot i que els veia...m’he aixecat sentint-me malament”.

Mabel:”Estava relacionat amb sexe?”

Te.:”No ho sé; però la gent anava despallada per sobre dels cotxes; però no sé si jo anava en pilotes...jo mai aniria a aquestes orgies on es peguen”.

Ser.:”Jo somio que estic atrapat dins d’un cotxe, està en relació a l’accident i ara tinc por si vaig en cotxe, em sento malament, ara no sóc capaç de conduir”.

Jor.:”Jo he tingut un somni que es repeteix moltes vegades. A casa tinc un quadre de la meva mare i en el somni estic mirant el quadre, em giro i quan el torno a mirar, la imatge d’ella ha desaparegut; però apareix ella caminant. En l’últim somni apareixia donant-me bastonades amb el mànec de l’escombra perquè jo havia pegat a la meva germana; però em giro i ella ja no és en el quadre”

Isa.:”I per què no treus el quadre de casa teva? Jor.:”Perquè crec que s’enfadaria.. ella era maca però amb molt de caràcter, va morir quan jo tenia 5 anys d’una embòlia; però estava malalta i bevia molt de nit. El meu pare, en canvi, era dèbil”.

Aquests somnis estan connectats amb les vivències que tenen pel que fa al grup. Tambè al moment precari pel que passa el tractament.

Sembla que sentin que aquest tractament va a un ritme de vertígen, a gran velocitat, perquè aporten una gran quantitat de material. Aixó produeix excitació; però també molta por a no poder aturar-se. Si el grup està tan excitat, qui posarà límits?. La terapeuta serà capaç de posar fre a tanta orgia o bé el grup es precipitarà vers un enfrontament sagnant on ells seran els qui es lesionaran?.

Pensant en el somni de Jo. crec que podríem veure condensats els aspectes, temuts i admirats al mateix temps, de la terapeuta.

Talment com en el somni de Jo.,puc representar aquesta figura maravillosa, admirada i estimada, amb una mirada atenta; però també algú dèbil , capaç de perdre el control i convertir-se en una fera que els maltracta i els porta a seguir un camí perillós.

Aquesta ambivalència es fa palesa en les dues sessions següents en les que dos membres abandonen el grup i uns altres dos anuncien que desconfien del tractament. Es un moment crític perquè, a més d’aquests abandons s’hi hi ha d’afegir la primera separació del grup dues setmanes per les vacances de Pasqua. Es fan dues setmanes de vacances en lloc d’una perquè la terapeuta les allarga una setmana ja que ha de marxar fora de la ciutat en la que viu normalment.

No donen importància als abandonaments ni a l’absència de la terapeuta.

Isa.:”Jo estic decepcionada. No parlem del que hauríem de parlar, de coses importants. Cadascú ha dit el que li passa; però encara falten moltes coses per

explicar. M'estic plantejant si paga la pena seguir venint, no avancem, tot i que abans de decidir-ho he preferit parlar- ho amb vosaltres".

Mabel:"Jo estic gairebé d'acord amb tú, tot i que no ho veig tan fort com tú".

Ant.:"Jo crec que anem avançant a poc a poc".

Jor.:"Jo també estic d'acord amb vosaltres".

Te.:"El meu xicot deia que ho deixés; però jo li vaig dir que m'havia compromés i que vosaltres confiàveu en mí i jo en vosaltres":

Veiem donçs que hi ha un debat entre la vida i la mort del grup.

El grup es dispersa des d'aquest moment .Parlen de situacions externes. Hi ha desitjos de refer una bona relació; però hi ha dificultat en la comunicació quan hi ha discontinuïtat en el contacte; però també es senten culpables pel tracte que donen al grup, molts no vénen a totes les sessions ni avisen si no vindran: s'obliden, s'adormen, estudien, treballen...

El grup és discontinu, infidel; però la terapeuta també ho és perquè se'n va, talment com el grup familiar. Apareix un aspecte catàrtic; però també esperen recursos màgics per aquesta convivència. Fan esforços però no toleren la incertesa sobre el que puguin rebre.

Sembla que es posin d'acord per parlar de coses sense importància i de fet parlen de la vida o de la mort. Però si es parla a fons hi ha el perill de no aguantar-se. Tots disculpen als que han marxat, també a la terapeuta. Volen mantenir les relacions lliures de tot enuig, com si enutjar-se fos catastròfic, amb sentiments de culpa i amb una actitud de no voler irritar a l'altre.La dispersió es fa per evitar la intensitat de les relacions en el grup. Encara mantenen la il.lusió de viure el que no han tingut en les seves vides familiars; però no la poden mantenir continuament per raó d'aquests vaivens. Projecten en la terapeuta la il.lusió i la confiança. No la poden atacar perquè es quedarien buits, sense esperança.

S'han sentit abandonats per els seus companys i per la terapeuta; però no poden reconèixer-ho perquè aixó faria reviure el seu drama familiar, abandonaments anteriors, por a la mort, por a l'addicció a l'alcohol...

Treballar en el grup, elaborar els conflictes, els pot permetre viure millor, més tranquils, amb "vacances" de tants conflictes en les seves vides i s'hi enganxen precàriament.



Un mes abans de les vacances d'estiu, Ser. deixa de venir a 4 sessions sense avisar. Quan retorna al grup explica que després d'una visita als fills, en la que es va produir una discussió amb la seva ex-dona i la sogra, li van prendre el noi.

Es va sentir fatal i va començar a beure de forma compulsiva, barrejant la beguda amb la medicació i va haver de ser ingressat a l'hospital.

Ser.:” Ho vaig barrejar tot, portava a sobre suficient per matar un cavall. Només tenia ganes d'acabar amb tot. El que havia millorat fins ara ho he engegat a rodar”.

El grup recrimina a Ser. pel que ha fet, es posa al costat d'aquests fills en perill de que se'ls privi del seu pare.

Isa.:”Crec que ho has fet molt malament. Pensa que, si a la teva dona li passa alguna cosa, qui cuidarà dels nens? Què? Aniran a un orfanat?

Ser.:”Es que no els puc cuidar. Mai els hi he fet res dolent, no els he pegat. Són la meva dona i la meva sogra les qui no me'ls deixen veure”.

Vic.:”Ens havies explicat que feia dos mesos que no anaves a veure'ls i si tu no hi vas, els nens no ho entenen, només saben que el seu pare no va a veure'ls. Si ens haguéssis fet cas potser no t'hagués passat això”.

Ser.:”No hi vaig anar aquella setmana; però la següent, quan m'ho vareu preguntar, si que hi vaig anar i va passar això que us he explicat”.

Terapeuta:”El que ha explicat en Ser. són situacions que el grup també ha viscut. Vostés han explicat situacions en les que han viscut sentiments de desesperació i impotència. En front d'això un sent el desig d'abandonar-ho tot, si bé hi ha una part més viva que els porta aquí”.

Te.:”Jo també he pensat en el suïcidi. Em vaig prendre pastilles quan un home em va deixar; però ell em va dir: “ Escolta si t'has de morir et porto a casa teva i mor-te allà, altrament jo tindrè problemes “.. i vaig pensar, caram ,noi, donçs no paga la pena morir per tu ni per ningú”.

Jordi:” Donçs jo no tinc por a la mort. Anar pels cementiris em dóna “morbo”.

Te.:” Donçs jo quan anava a l'escola anavem al cementiri i obríem la fosa comú. Coneixíem als qui els enterraven i ens explicaven anècdotes que havien viscut”.

Terapeuta:” Sembla que el tema de la mort ha estat molt present en les seves històries, o bé com quelcom “morbós” o bé com una manera d'acabar amb la

desesperació, com un triomf, un repte que afronten i s'adonen que poden amb la desesperació. Sembla que hi ha una lluita entre una part viva i una altra més suïcida a la que han d'enfrontar-se".

Comencen a parlar de les seves històries personals, de la beguda, dels maltractaments i dels abandonaments. La terapeuta assenyala aleshores com ara el grup es posa en el lloc d'aquests fills de Ser. perquè ells han viscut situacions d'abandonament per part d'uns pares que no els cuidaven, que els deixaven per la beguda, per altres parelles, per la mort i això els fa mal i els provoca malestar i demanen a Ser. que no sigui com aquests pares abandonònics.

Veim que els pacients s'ajunten, s'atrauen; però això provoca contrarietats. Podríem entendre que han sigut tan durs amb Ser. pel sofriment que han viscut al ser abandonats per aquests pares alcohòlics. Hi ha una lluita entre l'abandonament i la proximitat excessiva en el grup.

Es un moment crític del grup perquè coincideix aquesta situació amb l'anunci de les properes vacances d'estiu i això no deixa indiferents als membres del grup. Igualment com en tot procés analític, la separació per vacances (tot i que s'ha acordat a l'inici del tractament) movilitza sentiments molt contradictoris.

Hem d'afegir, ademés, que Mabel mostra la seva decepció respecte al treball que es fa en el grup i anuncia que aprofitarà el període de vacances per reflexionar i veure si torna o no. Ademés Ant. comunica un episodi traumàtic:

Han violat a la seva novia després que ell la deixés al metro.

Aquest és un moment en el que s'hauria d'interpretar les ansietats de separació per la interrupció del tractament. Això no va ser possible aleshores perquè previament hauria d'haver un procés de diferenciació entre el que passava en el grup i fora, la possibilitat de diferenciar entre l'objecte i el subjecte, entre el dins i el fora. Tot això perquè aquests pacients poguessin posar-se en contacte amb aquestes angoixes.

Això no es donava en aquest grup. Negaven qualsevol dependència de l'objecte, es a dir, d'aquella mare/terapeuta l'absència de la qual els creava malestar. Negaven i reforçaven el narcissisme que, per a ells, era la sol.lució de tots els problemes. Els pacients no comprenien encara aquesta ansietat

perquè, si l'assumien, això els portava a una situació de perillosa dependència de la terapeuta.

Ser. posava en la dona i la sogra una part del seu conflicte. Mabel posava en la terapeuta la ineficàcia del tractament.

Meltzer en el seu treball del 1966 sobre la masturbació anal i la identificació projectiva diu: "L'eficàcia de la identificació projectiva massiva per assenyalar l'angoixa de separació, resideix en que la part angoixada del self es col·loca violentament en un objecte (extern o intern).

Tanmateix si interpretem sense adonar-nos d'això, és quasibé segur que el nostre esforç reboti perquè el pacient fa quelcom per no sentir l'angoixa de separació."

Aixó és el que passava en el grup. Qualsevol intent d'aproximació a aquestes ansietats era negat per tots els membres de forma sistemàtica. No obstant es produeix una inflexió en el grup després de les 6 setmanes de vacances de l'estiu.

En aquestes setmanes han pogut viure l'experiència de la separació. S'han pogut posar en contacte amb un aspecte que està més viu dins d'ells i de reconèixer la dependència del tractament i la possibilitat de treballar aquest aspecte que havia sigut tan negat fins aquest moment.

Quasibé de forma paral·lela comencen aleshores a prendre consciència de les absències, a sentir-se culpables pels que se n'han anat. El grup, mitjançant la Tere. pot reconèixer a través dels seus atacs a Mabel (que deixa el tractament) un aspecte molt violent en ells. Poden reconèixer el maltractament que han donat a alguns dels membres que han deixat el tractament. Per primera vegada el grup sent la pèrdua dels seus membres i fa un intent de reparació maníaca, intentant rescatar-los.

Senten que no els han tingut presents, que no han pogut entendre les seves dificultats a causa d'aquesta lluita dins del grup per tenir un lloc privilegiat en la ment de la terapeuta, talment com passava en les seves famílies en relació amb els seus germans.

Poden fer aquesta reparació en una sessió on Isa. i Anton. s'enfronten violentament per un malentés. Tos dos marxen enfadats; però en la sessió següent Isa. li demana disculpes a Anton. Aquest li respon també disculpant-se.

El grup necessita viure les seves pròpies experiències. Necessita experimentar en viu, la seva capacitat per atacar i també per reparar, la seva capacitat per independitzar-se perquè han viscut la seva dependència.

Són capaços per mitjà de la separació de les vacances de sentir l'absència dels companys i de la terapeuta. Reconèixer aquesta part viva en ells tot i que negada i dissociada en ells, en aquell moment, i posada en la terapeuta.

Van necessitar que aquesta pogués mantenir la part viva i il.lusionada no obstant totes les vicissituds. Només quan ella va desaparèixer "per vacances" i una setmana, de més a més, perquè estava malalta, van poder sentir l'angoixa de la seva absència.

Així doncs, a partir d'aquest moment, es va poder treballar l'angoixa i el dolor de la separació del final del tractament. Van haver de lluitar per la vida o la mort del grup, superar un moment de fractura esquinçadora.

Però tota separació i final de tractament suposa un moment de marcada angoixa i desassossec. El grup va evolucionant perquè hi ha una comprensió dels seus conflictes i ansietats que el mantenien dividit. Pren consciència dels seus sentiments de culpa i de la necessitat de reparar, es va integrant per mitjà de poder elaborar la posició depressiva.

Aquesta integració implica, per a cada ú dels participants, l'acceptació del grup com una totalitat, amb les seves parts bones i dolentes i la convicció, en cada ú d'ells de ser acceptat pel grup.

Això suposa l'acceptació en l'individu de les diferents parts de la personalitat i un criteri de realitat que li permet adquirir un judici més objectiu i la possibilitat de relacionar-se millor amb el món extern.

## **BIBLIOGRAFIA**

BION, W.R. *Experiencias en grupo*. Barcelona 1985. Edit. Paidós.

FOLCH MATEU, P. y ESTEVE, J.O. *Recherches psychanalytiques de groupe.n.18*. Èrès 1992.

GARCIA MORENO, J. y otros. *Grupo de discusión y prevención*. Revista Clínica y Análisis Grupal, n. 1 51, pág. 375 a 390.

GRIMBERG, L. Y OTROS. *Psicoterapia del grupo*. Buenos Aires 1961. Edit. Paidós.

GRIMBERG, L. Y OTROS. *El grupo psicológico en la terapéutica, enseñanza e investigación*. Buenos Aires 1959. Edit. Nova.

HENDLER, M.S. *Interconsulta Médico- Psiquiátrica y grupo operativo*. Revista Clínica y Análisis Grupal, n.37,pág. 456 a 465.

MELTZER, D. *Estados sexuales de la mente*. Buenos Aires 1974. Edit. Kargieman.

MUÑOZ, F. y VALCARCE, M. *Enseñanza y aprendizaje en grupos operativos*. Revista Clínica i Análisis Grupal. n. 66, pág. 173 a 190.

NERI, C. *Manual de psicoanálisis de grupo*. Buenos Aires 1995. Ed. Nueva Visión.

PUJET, J. y OTROS. *El grupo y sus configuraciones*. Argentina 1982. Lugar Editorial.

SANFELIU, I. *Algunas técnicas de intervención en grupo*. Revista Clínica y Análisis Grupal., n. 58, pág. 399 a 416.

## **ENTREVISTA E INDICADORES EN PSICOTERAPIA I PSICOANÁLISIS**

**ANTONIO PÉREZ-SÁNCHEZ**

**València . Ed. Promolibro. 2006. 269 pp.**

**Recensió:** Ana Miniéri Palau. (Membre de ple dret de l'ACPP)

L'interés d'aquest llibre resideix, al meu entendre, en l'esforç que realitza l'autor, en estructurar i sistematitzar teòricament, tot l'entramat emocional i relacional que es desplega a l'experiència que sorgeix de la trobada professional entre dues persones: el pacient i el terapeuta, des de que la persona inicia la petició d'ajut fins que el professional arriba a determinar l'indicació terapèutica més adient. Per entendre aquest procés, es parteix de l'anàlisi minuciosa d'allò que succeeix a les entrevistes (diagnòstiques-terapèutiques), es passa per l'elaboració d'un inventari d'indicadors psicodinàmics realitzat a partir de les dades biogràfiques, la psicopatologia i l'informació recollida en el contacte directe amb el pacient. L'objectiu de l'esmentat inventari és ajudar al professional a clarificar i decidir quin tractament és el més idoni per cada pacient en concret.

L'obra també inclou material clínic per il·lustrar i destacar determinades qüestions teòriques, la qual cosa constitueix un complement que, enriqueix la lectura i comprensió del llibre, i és una mostra més de que la minuciosa elaboració teòrica només pot ser un reflex d'una pràctica clínica intensa i extensa, sobre la qual s'ha efectuat una reflexió i estudi detinguts.

El llibre constitueix un tot ple de significat, amb una estructura interna a on cada capítol condueix al següent. Ara bé, artificialment, es podria considerar que el llibre consta de dues parts formades per quatre capítols cada una d'elles, a

més a més, d'un primer capítol que es centra en la concepció de la ment i en la consideració dels objectius terapèutics.

És fonamental acceptar l'importància d'aquest primer capítol, per entendre la coherència interna dels continguts que s'aniran desenvolupant posteriorment. Tot professional, al atendre a un pacient, parteix d'una referència teòrica que determinarà la recerca a seguir per establir el diagnòstic, pronòstic i l'indicació terapèutica. L'autor utilitza l'eix teòric Freud-Klein-Bion com a model explicatiu del funcionament de la ment. Així, l'aspecte primordial a considerar en la formació de la personalitat del individu és la vessant relacional que l'ha envoltat, especialment en els primers anys de vida i com s'ha anat integrant a la seva condició biològica. Aquest bon punt de començament implica, per una banda, haver de manegar-se amb conceptes com objecte intern, identificació projectiva, la funció continent-contingut, els estats mentals corresponents a la posició esquizoparanoide i la posició depressiva, etc. I, per altra banda, haver de plantejar-se quins objectius terapèutics es pretenen aconseguir a les entrevistes amb un determinat pacient. El Dr. Pérez-Sánchez exposa amb claredat com, des d'una perspectiva psicodinàmica de la salut mental, es tendeix a substituir el concepte de curació (utilitzat preferentment en el model mèdic i amb connotacions màgiques, omnipotents), com un objectiu a obtenir, per el de procés que hauria de portar al canvi psíquic, promovent més espai mental, més capacitat de pensament, per contenir les experiències emocionals de la vida d'un o altre pacient.

La primera part, els quatre primers capítols, està dedicada al estudi de l'entrevista psicològica dinàmica, concebuda com una eina de treball essencial que ha d'orientar al professional, ja sigui psicoterapeuta o psicoanalista, cap a l'indicació terapèutica més adient, sigui psicoteràpia o psicoanàlisi. L'autor fa una anàlisi minuciosa de la psicologia de l'entrevista, en un intent de ser més gràfics, es podria dir que li posa el zoom a l'entrevista mostrant-nos en detall els processos emocionals que la dinamitzen.

L'inici de la trobada professional, entre la persona que desitja ajuda psicològica i el professional que anirà a atendre-la, es caracteritza per ser una situació

nova per ambdós, que desvetllarà ansietat a cadascun dels components de la relació i que enfrontaran de maneres diferents. A més a més, l'encontre suposa que ambdós han de realitzar la tasca comuna de desplegar la relació que inicien per aconseguir uns objectius, de part de la persona que fa la demanda seria posar de manifest, de la manera més comunicativa possible, la seva psicopatologia en relació a la seva petició d'ajuda, i per part del professional intervenir amb unes condicions mentals coherents a la seva funció, mantenint continguda la seva pròpia psicopatologia.

De tot plegat, es desprèn la necessitat d'explicitar al lector, quina és la situació emocional de l'entrevistat, de l'entrevistador i quina és la dinàmica de la relació que s'estableix entre els dos, fonamentalment en termes de transferència i contratransferència. Un cop hem arribat a aquest punt, crec que val la pena subratllar com es van introduint referències a altres autors (Sullivan, Freud, Klein,..) i, especialment, la habilitat del Dr. Pérez-Sánchez per explicar d'una manera molt didàctica conceptes claus i complexes de Bion, com són l'identificació projectiva, la turbulència mental, rêverie, personalitat total menys..,etc.

Al llibre s'accentua la conveniència de diferenciar les entrevistes diagnòstiques del procés terapèutic pròpiament dit, i és així com s'ha de poder transmetre al pacient que fa la consulta, mostrar-li quin és el sentit de les primeres entrevistes. Això vol dir que l'objectiu principal de les mateixes és conèixer al pacient en la seva psicopatologia, en com ha transcorregut la seva vida fins al moment present (biografia) i quina informació transmet en la relació directe amb el professional que li fa l'entrevista. D'aquesta manera poder arribar a determinar quina és l'indicació terapèutica més adient pel pacient.

També s'ens adverteix que, ocasionalment, es donen certes variacions en el procés diagnòstic. Per exemple, quan el pacient sap que ha de fer una teràpia i acudeix a un professional que no podrà fer-se càrrec, per les raons que siguin, del procés terapèutic. Es tractaria llavors de realitzar unes entrevistes amb l'objectiu d'orientar i fer la derivació cap a un altre professional, la dificultat estaria en el grau d'implicació d'ambdós components per establir una vinculació



per aquesta finalitat. O quan les entrevistes es plantegen amb l'objectiu de fer un diagnòstic però van evolucionant cap una tasca prioritàriament terapèutica, i aquest efecte terapèutic pren més força que l'objectiu diagnòstic.

L'estudi profund de l'entrevista psicològica, com s'ha de portar a terme l'història clínica psicodinàmica per que no sigui una recollida de dades sistemàtica i defensiva, i l'anàlisi d'un cas clínic, ens condueix a la segona part del llibre a on s'aborda la qüestió dels indicadors de tractament psicològic dinàmic, ja es tracti d'una psicoteràpia psicoanalítica, una psicoteràpia de recolzament o una psicoanàlisi.

L'autor subratlla que a partir de les dades recollides en la relació pacient-professional del "aquí i ara" de l'entrevista, més les dades obtingudes de la seva biografia i de la seva psicopatologia, es poden utilitzar dues vies complementaries per establir uns criteris o indicadors de tractament psicoterapèutic dinàmic. Una d'aquestes vies seria la clàssica, proposta des de ja fa temps per diferents autors i que, bàsicament, es refereix a la capacitat d'insight i la motivació pel canvi que té el pacient.

La segona via, elaborada pel Dr. Pérez-Sánchez, consisteix en un inventari d'indicadors plantejats des del principi d'ambivalència de la ment. De manera que, s'intentarà observar la presència d'un determinat indicador i/o el seu contrari. Per exemple, aspectes sans i malalts, aspectes infantils i adults, etc. Segurament, els professionals amb experiència en la realització de tractaments psicològics dinàmics ja han tingut algun tipus de coneixement i/o intuïció, en el contacte amb els pacients, d'aquests indicadors. Però el més nou i valuós és, sense cap dubte, l'esforç en la sistematització detallada dels mateixos, que permetrà distingir amb més facilitat l'informació sobre la personalitat del pacient i la seva capacitat per assumir un procés de psicoteràpia. Encara que pugui semblar una obvietat, crec que val la pena insistir en que cadascun dels indicadors analitzats, en un pacient determinat, ens reflectirà els punts forts de la bastimentada per dur a terme el tractament i a la vegada, també ens reflectiran els punts febles per on es poden infiltrar les dificultats del pacient.

Un cop ja hem arribat a aquest nivell de lectura, l'autor dedica els últims capítols a la especificitat del tractament de psicoteràpia i de la psicoanàlisi, i a l'elecció de l'indicació més adient; psicoteràpia o psicoanàlisi, amb l'il·lustració d'un cas clínic. Només atenent a la nominació dels capítols, ja podem comprendre quina és la postura del Dr. Pérez-Sánchez davant la qüestió de si psicoanàlisi i psicoteràpia són un mateix tractament. Per explicar-nos l'estat actual de la qüestió es torna cap els orígens, la psicoanàlisi de Freud i la psicoteràpia, com una aplicació derivada del primer, en un intent de que pugui arribar a un més gran nombre d'usuaris. Amb el temps, les diferències entre un i altre tractament s'han anat desdibuixant, d'una tal manera que existeixen tendències teòriques que consideren a ambdós processos el mateix tractament. No seria aquest el plantejament del Dr. Pérez-Sánchez, qui utilitza aquests capítols per precisar i argumentar teòricament els elements comuns i diferents de cadascun dels mètodes.

No hi ha cap dubte, que la reflexió i discussió està servida i que es tracta d'un tema que ens competeix especialment als psicoterapeutes no psicoanalistes, donat que, està en joc la nostra identitat professional com un status diferenciat del status del psicoanalista, i que no hauria de definir-se en referència a aquest últim.

Potser, trobo a faltar un capítol dedicat a la difícil qüestió de com portar a terme la derivació d'un pacient, des del procés de psicoteràpia psicoanalítica al d'una psicoanàlisi, per que resulti exitosa. Abordant l'assumpte des de la situació emocional i psicològica del psicoterapeuta quan és qui ha de plantejar la derivació, passant per la del pacient quan és qui ha de rebre la nova idea d'un nou tractament amb un altre professional, així com la receptivitat d'aquest últim.

Ja per acabar voldria utilitzar una cita de Kurt Lewin: "No hi ha res més pràctic que una bona teoria", perquè exemplifica el que pot representar aquest llibre, en l'exercici del treball psicològic amb els pacients, si ens donem l'oportunitat de llegir-lo. La clarificació teòrica contribuirà a que el terapeuta es situï millor amb els pacients i a ser conscient de què és allò que està fent a cada moment

i, sobre tot, si per qualsevol exigència per part del pacient i/o professional s'ha de canviar el curs d'un determinat procés psicològic, es sàpiga en quin punt s'altera, perquè s'altera i es pugui pensar quin és l'abast d'aquests canvis.

## NORMES PER LA PRESENTACIÓ DE TREBALLS

1. La Revista Digital de Psicoteràpia Psicoanalítica de l'Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanalítica (ACPP d'ara en endavant), publicarà articles que tinguin una relació, més o menys estreta, amb la psicoteràpia psicoanalítica en qualsevol dels seus vessants i aplicacions.
2. Els treballs hauran de ser inèdits.
3. S'enviaran quatre còpies del treball a la seu de l'ACPP: Pl. Bonanova, 11 entresol 2<sup>a</sup>, 08029 Barcelona. S'indicarà en el sobre que la tramesa és per a la Revista de l'ACPP. En el primer full del treball hi ha d'haver el títol del mateix i l'autor (o autors) hi farà constar el seu nom, l'adreça, el telèfon i correu electrònic. Si s'escau s'hi afegirà el departament, servei, centre o universitat on s'hagi elaborat el treball. Aquestes normes són d'aplicació per a totes les còpies que cal enviar.
4. Tots els treballs rebuts seran sotmesos a la lectura de, com a mínim, tres o quatre membres del Consell de Redacció. L'acceptació -o no acceptació- per a llur publicació dependrà del informe dels membres d'aquest Consell i serà decisió última de la Comissió de Publicacions de l'ACPP. Si es donés el cas que s'estimés convenient fer alguna modificació en el treball amb vista a la seva publicació, la Comissió de Publicacions de l'ACPP ho farà saber al primer autor del treball. S'observarà la més estricta privacitat en tot el procés de revisió i selecció de treballs. La Comissió de Publicacions es reserva el dret de sol·licitar articles a autors que es considerin de reconegut prestigi o sobre temes que siguin d'interès.
5. En igualtat de condicions pel que fa a la qualitat dels treballs (és a dir, treballs que hagin estat informats positivament pel consell de Redacció) la Comissió de publicacions donarà prioritat de publicació als treballs presentats per membres de l'ACPP.
6. Els treballs es presentaran en document de Word compatible, font Arial, tamany 12, color negre, amb 3 cm de marge, i espai i mig d'interlineat. Cal que el text estigui ben alineat al marge dret i esquerre i les pàgines numerades a peu de pàgina, al centre. Els treballs tindran entre 5600 i 13000 paraules i les ressenyes tindran un màxim de 5000 paraules.

## NORMES PER LA PRESENTACIÓ DE TREBALLS

7. El títol anirà en majúscules i el subtítol (si procedeix) en minúscules. El nom de l'autor/autors anirà sota el títol de l'article i, entre parèntesi, el lloc de treball de l'autor/autors.
8. Caldrà que els treballs es presentin en suport paper i també informàtic. El suport paper és el que s'enviarà per correu habitual, el suport informàtic s'entregarà mitjançant pen drive o per enviament via correu electrònic a l'adreça electrònica de l'ACPP: [acpp@psicoterapeuta.org](mailto:acpp@psicoterapeuta.org)
9. Es necessari presentar una síntesi en Català, Castellà i Anglès, que tindrà entre 200 i 250 paraules i que es situarà al inici del treball
10. Els apartats dels articles (introducció, cas clínic, comentaris, conclusions...) caldrà que estiguin sense numerar, en negreta i en minúscula.
11. La bibliografia i d'altres cites, aniran al final de l'article i seguint les normes de la APA  
([http://biblioteca.udg.es/serveis/guies/Cites/Estil\\_APA.asp](http://biblioteca.udg.es/serveis/guies/Cites/Estil_APA.asp))
12. Les ressenyes segueixen els mateixos criteris del articles, l'extensió (citada anteriorment) de 5000 paraules com a màxim i amb les dades del llibre o la publicació ressenyada, sota el títol de l'article.
13. La utilització de cursives és exclusiva per a neologismes o paraules científiques.
14. Les cites s'inclouran en el cos del article entre cometes, no en cursiva ni en negretes.
15. Quan es tracti de material clínic, l'autor/autors de l'article ha de vetllar per la privacitat del material que es publica, introduint variacions per que facin el cas no identificable. Tot i que estem protegits per contrasenyes, hem de complir la llei de protecció de dades. (<http://civil.udg.es/normacivil/estatal/persona/pf/lo15-99.htm#T4C2>) Si és el cas, es faria necessari demanar el consentiment informat al pacient .
16. L'ACPP, la Comissió de Publicacions i el Consell de Redacció no es fan responsables dels punts de vista i afirmacions dels autors en llurs treballs originals.

Núm. 0  
Any 2011

**ACPP**

Asociación Catalana de  
Psicoteràpia Psicoanalítica