

REVISTA DIGITAL

PSICOTERÀPIA PSICOANALÍTICA

Núm. 1
Any 2012-2013

ACPP

Asociación Catalana de
Psicoterapia Psicoanalítica

Editorial

I Jornada celebració 25 anys de l'ACPP: On erem, on som?

Dr. David Rosenfeld: *Adicció a les drogues i relacions objectals primerenques*

Comentaris a càrrec del Dr. Carlos Tabbia: *Regirar i revòlver.*
Consideracions entorn de " Abuso de drogas, la regresión y las relaciones de objeto primitivas", del Dr. David Rosenfeld

Dra. Manuela Utrilla: *Grups i institucions*

Sr. Alfrons Icart: *Assistència a les famílies a la xarxa pública*

Comentaris a càrrec de la Dra. Montserrat Martínez del Pozo: *Dialogant amb la família, els grups i les institucions*

Ana Costa, Dra. Glòria Mateu i Vives i Mercè Villegas: *Intervencions grupals a les àrees bàsiques de salut*

Sra. Maria Ignacio i Roca: *TLP*

Dr. Joan Manuel Blanqué i López: *Programa d'atenció al trastorn de psicosis incipient. 2012*

Dr. Pere Polch i Mateu, Dr. J. Oriol Esteve i Dr. L. Isern: *Projecte Vellesa*

Unes línees. Nomenament membres d'honor d'anteriors presidents de l'ACPP.

Moments musicals a càrrec de Xavier Coll

II Articles originals

Dra. Eulàlia Massach i Dra. Montserrat Plana: *Experiències de Grups de suport a professionals de salut per el tractament del malestar laboral.*

Núria Tomás, Teresa Pont i Imma Sierra: *Què fem amb els adolescents? Consideracions sobre alguns aspectes tècnics a tenir en compte en les intervencions psicoterapèutiques.*

III Celebració de Sant Jordi 2013. Poemes i Imatges

Algunes línees a càrrec de la Laura Hernández

Resenya del llibre “Mi oído en su corazón” de Hanif Kureishi a càrrec de Said El Kadaoui Moussaoui

La llavor de l’Inconscient. Pintures a càrrec de l’autora Raquel Vidal Arandes

IV Normes de presentació dels articles

Presentació

Ens fa molta il·lusió poder-vos presentar el número 1 de la Revista de Psicoteràpia Psicoanalítica de l'ACPP en el seu nou format digital.

En ella s'apleguen articles originals, algunes de les ponències i comunicacions que vam poder escoltar en la passada Jornada de celebració dels 25 anys de l'ACPP, la qual tenia per títol: *On érem, on som*. Sabem que és impossible reproduir per escrit l'emoció, calidesa i els diàleg que es va aconseguir tant en la Jornada com en la celebració de Sant Jordi, però considerem que serà del vostre interès la seva publicació.

La Comissió de Publicacions, que com sabeu, està dins del Consell directiu, us ofereix aquesta plataforma i us encoratja a tots els associats i professionals vinculats amb la salut mental a comunicar els vostres treballs.

També ens agradaria que la Revista tingués un caire interdisciplinari i donés cabuda a aportacions que, sense ser estrictament clíniques, tinguin relació amb el nostre ofici de psicoterapeutes. Fent palès això, en aquest primer número trobareu un tast de poesia i pintura, del qual vam poder gaudir en directe en la diada de Sant Jordi, que com cada any vam celebrar en la seu de l'ACPP el passat mes d'abril.

Pilar Barbany

Montserrat Martínez del Pozo

Raquel Vidal

Comissió de Publicacions.

El link per connectar amb la ponència del Dr. Rosenfeld es penjarà properament

Regirar i revòlver*.

Consideracions entorn de " Abuso de drogas, la regresión y las relaciones de objeto primitivas", del Dr. David Rosenfeld

Carlos Tabbia (2012)

La meua intervenció girarà al voltant de regirar i del revòlver. M' explico. Quan els organitzadors d'aquesta celebració em van convidar a discutir, mes ben dit, a discórrer sobre la conferència del Dr. David Rosenfeld, se'm "van regirar" moltes emocions.

D'una banda, se'm brindava la possibilitat de conversar personalment amb el Dr. Rosenfeld, a qui coneixia des de feia anys, encara que només fos a través dels seus escrits, els quals considero magnífics. Tots ells. Des d'aquell que parlava dels trastorns a la pell fins al que se centrava en l'abordatge de pacients severament pertorbats, passant per les seves aportacions les aportacions que fa sobre l'esquema corporal psicòtic.

Avui es tracta d'aquest tema --el de les addiccions--, que en part ja havia llegit en una revista de l'Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Però també es van remoure ansietats: què puc comentar, discutir, afegir, quan el que em sorgeixen més aviat són preguntes?

En llegir els textos de Rosenfeld, he tingut sempre la sensació de trobar-me a prop d'un aquells psicoanalistes valents, capaços d'apropar-se al món intern dels pacients, amb la disponibilitat de qui confia en els seus objectes interns i per tant té llibertat i tacte per capbussar-s'hi, sabent que podrà tornar a la superfície amb una metàfora. Encara que les comparacions puguin molestar, ell em recordava l'altre Rosenfeld, Herbert, en els abordatges amb els seus pacients psicòtics, o el que un altre valent explorador, Salomón Resnik, ens relatava sobre el tractament de pacients regressius. Són bons models! Fars en la travessia.

En el treball de David Rosenfeld sobre addiccions que havia llegit, es presenta material clínic de dos pacients addictes tractats per ell. Un era un senyor amb grans dols, identificat amb objectes morts, que en una sessió es va commoure en referir-se al moment en què va dir que havia de "regirar" les restes enterrades del seu fill petit, en haver d'exhumar-les. L'altre material es el de Jorge; i se centra en l'anàlisi del primer somni aportat per Jorge en les seves sessions, en què apareix un "revòlver Magnum" que acaba sent disparat a la boca del pacient. **Regirar i revòlver** [cfr. "revolver i

revólver”], dos termes diferents, les arrels dels quals, una castellana i l'altra anglesa, coincideixen pel que fa a la forma, i també són molt pròximes pel que fa al significat.

En l'origen llatí, el **verb regirar** –o *revolver-*, significa “moure alguna cosa al voltant d'una altra”, o “moure de dalt a baix”, però també significa “inquietar o embullar”, i el **substantiu revòlver** adquireix aquest nom pel tambor portador de bales, que “gira”. Però el verb regirar, girar, té, a més, una significació ampliada: la de donar voltes en la ment, i meditar, de regirar la ment a la recerca d'alguna cosa. Per tant, regirar –o *revolver-* i revòlver tenen un origen comú, però amb significats bastant antitètics: no poques vegades la dificultat per discórrer, meditar, porta a disparar el revòlver. Tota aquesta excursió és per justificar l'origen de l'associació que em va venir al cap entre **regirar** les restes del nen mort i el somni del **revòlver** Magnum de Jorge, sobre el qual discorreré.

Rosenfeld diu que *“El següent és el primer somni que [Jorge] va relatar, el del revòlver Magnum: primer em va parlar de les pintures que feia, dels ulls i els llavis que estava pintant. [...] Tot seguit, em va explicar el seu somni: **ell viatjava en un autobús quan un grup de persones es va començar a barallar amb un altre. Un dels individus treu un rifle de canó retallat i li dispara a un altre home, que cau a terra, on mor. Després l'home del rifle dispara al pacient. En un primer moment, Jorge em va dir que quan aquell individu li dispara a ell, el mata; però de seguida, després d'un silenci, va dir: “No, no m'havia matat, va passar una altra cosa: apareix una altra persona en una altra part de l'autobús, que dispara amb un revòlver Magnum a l'home que amb el rifle em volia matar a mi. Llavors jo no moro”. Després el somni continua amb una escena en què el pacient s'escapa i en la fugida afegeix: “Em vaig trobar amb un altre pacient internat a la clínica, M., aquell que havia tingut un accident, un accident molt greu conduint drogat, i que va quedar afectat per problemes neurològics molt severos. Està gairebé descerebrat. Després va relatar una altra escena “on hi ha molts policies. Aleshores jo agafo un revòlver i em disparo a mi mateix dins la boca”.** Fins aquí el text.*

Pretendré a continuació “regirar” el somni de Jorge per “discórrer” i captar algun significat dels atacs amb el “revòlver” de les drogues i repensar les reaccions que es “regiren” en la relació transferència-contratransferència, en l'escenari terapèutic on es tracta de remoure resistències i identificacions amb objectes parcials i/o mutilats, amb la intenció de possibilitar una segona oportunitat en la vida emocional dels pacients.

A l'interior de l'autobús, com a continent parasitari i desposseïdor hi ha guerra i persecució. És un territori gens fiable, on l'única esperança és sobreviure. Qui és l'assassí? A qui s'assassina? Sembla un continent envaït per malfactors lluitant pel control de l'autobús, on ningú està fora de perill. Ningú confia en ningú, només es

confia en les armes, els revòlvers per evitar ser assassinat o ser enviat al món de la bogeria, o quedar descerebrat, o atrapat en la malenconia; és a dir, identificat amb objectes morts. En la desesperació sempre hi ha la secreta esperança de disparar-se un tret a la boca i matar l'objecte persecutori. Quina droga va fer callar aquells dies la veu de Whitney Houston? Ella, que feia pocs anys havia declarat que el seu marit era la seva droga...

Quan els trets amb bales de drogues no resulten letals, es dispara l'eufòria d'haver sobreviscut un dia més, fins a la propera puntada de dolor, i així seguir declarant, com Jorge, que “*no m'havia matat*”. Cada vegada és un desafiament a la mort, un salt sobre el buit, perquè si avui no m'he matat és que estic viu, encara. Un joc perillós en què tanta gent perd.

Coincideixo amb Rosenfeld a afirmar que “*cada pacient busca la droga per un motiu diferent*” i tot seguit proposa diferents estructures subjacents a diferents persones addictes. Però repensant, o “regirant en la meva ment” al voltant de les diferents estructures, em vaig plantejar la possibilitat que totes elles tinguessin alguna cosa en comú. I llavors va ressonar que el punt de coincidència era no tenir objectes interns amb prou consistència per sostenir els conflictes, el dolor mental. Una inconsistència manifestada de maneres diferents.

Tant si consumeixen drogues per experimentar una momentània sensació plaent com si és per sentir un alleujament passatger, un moment sense patiment..., sota les diferents defenses i estructures s'observa la imperiosa necessitat d'un objecte, un fetitxe: o bé una droga, o bé objectes-mercaderia, o ideologies-totalitzadores, un marit, etc., que supleixi el dèficit d'un endoesquelet, d'alguna cosa que sostingui. Això em recorda un pacient que em van enviar perquè gairebé mor pel mal ús d'anabolitzants que emprava per crear un exosquelet que suplís el buit interior derivat de l'absència d'objectes interns consistents que li permetessin funcionar amb autonomia. Però en aquest pacient, com en general en els addictes, mentre s'anaven rehabilitant els objectes interns –en una laboriosa anàlisi– sempre rondava l'amenaça d'eliminar l'objecte persecutori. El **revòlver acostuma a aparèixer com una alternativa quan costa regirar** en el món intern.

Crec, a més, que el tret que Jorge es dispara a la boca és un tret que no pretén només alliberar-lo del dolor. És un tret acusador, dirigit tant a la família com a l'analista. No és fàcil desprendre's dels fetitxes. Però no es pot negar que el consum del drogoaddicte és una agressió al grup familiar, ressentit perquè el grup familiar no ha estat prou bé per garantir l'òptim desenvolupament dels seus integrants. Per aquest motiu, no es pot ometre la pregunta a qui va dedicada l'autoagressió. Potser per això vaig trobar a faltar en el generós relat de l'anàlisi de Jorge –tal com apareix en el text– alguna referència

al conflicte edípic amb el seu pare i la madrastra, present aquesta en la vida de Jorge des de molt aviat, i clar integrant d'una estructura triangular.

Per més limitat que sigui el grup familiar, tant aquest com el mateix analista sempre són objecte d'admiració i rebuig per a la part addicta de la personalitat del pacient que no tolera l'autonomia dels objectes.

I per aquest motiu volia referir-me a l'ambivalència del pacient davant de l'analista i al que es “regira” en l'analista en tractar aquests persones. Potser un dels moments més difícils dels tractaments es presenta quan el pacient ens gira l'esquena, retira tots els vincles i en canvi ofereix una aparença de relació basada en la pseudocooperació, l'adulació, les mentides, la hipocresia, el cinisme i totes aquelles manifestacions de la transferència negativa que s'allunyen de la transferència basada en l'amor, l'odi i el desig de coneixement. Per això em sembla molt oportú que Rosenfeld destaquí que el pacient drogoaddicte menteix, molt més que la majoria dels pacients. Menteix perquè no confia, perquè si perd la seva defensa tem enfonsar-se. Només el treball perseverant enmig de les tempestes permetrà que s'estableixi una relació confiada, amb l'esperança que pugui sorgir una relació sincera.

Però m'interessaria abordar breument allò que es “regira” en l'analista quan tracta pacients severament afectats, perquè si hem estat acceptats com a terapeutes, haurem d'estar disposats a sentir tota classe de turbulències, amb l'esperança d'establir una relació diferent a la de l'autobús del somni de Jorge.

Però el pacient necessitarà molt de temps per descobrir que les coses poden ser diferents al món de l'autobús. Des del principi, pot ser que pensi que l'analista és un més dels habitants d'aquest territori i que podria regir-se per les lleis del mercat i de la supervivència. I pel que fa a aquesta projecció, mirarà de convertir-nos en els seus còmplices i, com diu el Dr. Rosenfeld, en objectes inerts a la seva disposició.

És notable la capacitat que el pacient té per adormir-nos i conduir-nos perquè col·lusionem amb les seves defenses, les seves mentides. Però, malgrat que estem sols amb ell, disposem d'una base sòlida per recolzar la tasca: l'anàlisi de la transferència i de la contratransferència. I concordo amb el Dr. Rosefeld a descriure aquesta última com el *“conjunt d'emocions, sensacions, afectes, i de vegades fins i tot estats confusionals, que el terapeuta experimenta quan es troba en el camp específic de la transferència analítica. És un senyal, només un senyal, que ha de ser descodificat, que reflecteix la transferència i que finalment ha de ser avaluat pel terapeuta, per ser més ben entès abans de poder ser usat tècnicament [...] Té dos aspectes que han de ser discriminats: les ressonàncies personals que es desperten en l'analista a causa del material clínic, i les sensacions i afectes que es poden trobar en el mateix terapeuta...”* No per repetit perd valor, però com bé diu el Dr. Rosenfeld, els

senyals han de ser descodificats per entendre a què remeten. Per fer-ho, cal diferenciar el que evoca la transferència del pacient del que es regira de la història personal de l'analista. Tot ha de passar pel tamís de la discriminació, de la descodificació, la qual cosa evitarà actuacions derivades de confusions i col·lusions. Una discriminació fonamental és que el pacient percebi que l'analista no forma part de la seva "magna" confusió. Cal "regirar" aquesta magna confusió malgrat tots els intents que l'addicte faci per convertir-nos en passatgers còmplices d'un autobús regit pel principi del plaer, on regna l'**excitació** –sempre passatgera--, l'**amença** –em deu voler matar? com deia Jorge--, el temor a la **traïció** –pot ser que estigui adulterada, la droga?-- i el temor a la **bogeria**, on certament regna la solitud; com la d'un altre pacient, que consumint coca utilitza una prostituta perquè li realitzi fel·lacions però que és incapaç d'establir una relació íntima.

Molts són els objectes amb els quals ens podem identificar, parcials, moribunds, embogidors, morts, foradats, totals, vius, etc., però tots tenen alguna cosa en comú, que és provocar alguna ansietat, la qual cosa mou a buscar algun alleujament, sobretot amb objectes sentits com a persecutoris.

Com a analistes, estem disposats a embarcar-nos en una travessia de final incert, on estarem disposats a compartir els treballs perquè la nau –diferent d'aquell autobús inicial-- pugui navegar enmig d'ansietats. L'experiència d'haver pogut navegar prèviament i d'haver tingut l'experiència de la trobada amb els nostres analistes és el que ens capacita per convertir autobusos tanàtics en continents rehabilitadors. Aquesta experiència interioritzada serà –a més-- el nostre salvavides, que ens sostindrà en la turbulenta trobada amb aquells pacients que fins ara han buscat alleujament en les addiccions.

* Título original: **Revolver y revólver**. Traduit al català per Albert Duran.

Els Grups a les Institucions

Manuela Utrilla Robles

INTRODUCCIÓ

Des que van aparèixer els primers Treballs sobre dinàmiques grupals i posteriorment sobre funcionaments institucionals, els dos temes han estat objecte de múltiples llibres i articles.

Existeixen tants treballs sobre grups que seria difícil poder descriure les seves modalitats i també les seves denominacions. Al parlar de grups en les institucions es sobreentén que mes de dues persones interaccionen entre si, és reuneixen, intercanvien, reflexionen, comparteixen fantasies i angunies diverses, escullen temes d'estudi, preparen projectes o prenen decisions organitzatives.

La situació humana és grupal per excel·lència i la nostra història està plena d'exemples de convivència o de conflictes que han alimentat la rivalitat entre els pobles per guerres successives i interminables.

Però el valor terapèutic dels grups apareix més tard encara que és de suposar que molts estrategs de grans batalles havien intuït el valor del maneig dels grups i la força que podien tenir en el moment de l'atac. Si rastregem les descripcions d'aquestes grans batalles, podem contemplar que cada cabdill, cap, capità, cacic, amo o senyor, sobirà, cesser o qualsevol altra denominació, intuïa i manejava les estratègies que podia utilitzar per convèncer els seus subordinats, donava arguments que podien mobilitzar la majoria i emprava conductes per ser admirat i sobretot perquè li obeïssin. La història està plena d'exemples d'homes que desitjaven destacar, estar per sobre dels altres, manar i dirigir. És a dir, que davant la denominació de grup, sempre trobem la de director, cap o com s'ha anomenat, líder.

Aquesta influència històrica ha hagut de impregnar els anomenats grups terapèutics, perquè si contemplem la literatura al respecte, hi ha tantes varietats que, de vegades, és difícil comprendre com procedeixen i els arguments implícits que empren, com si els que dirigeixen molts grups es deixessin portar per la intuïció o per la seva sensibilitat grupal característica per obtenir els efectes desitjats. No obstant això, si contemplem la breu història del desenvolupament de les teories que van sorgir per especificar el treball en els grups, podem deduir que hi ha bases teòriques que sustenten tant la comprensió dels fenòmens grupals, com la seva evolució.

En intentar comprendre el panorama actual a la institució psicoanalítica en matèria de grups, hem de constatar que estan proliferant d'una manera expansiva i que majoritàriament procedeixen com en la més remota antiguitat, per intuïció, perspicàcia, sagacitat, imaginació,

sensibilitat i altres característiques com si s'hagués oblidat que existeixen teoritzacions i arguments científics que permeten aprofundir en els seus processos. Si se'm permet una comparació, és com si una persona amb aptituds terapèutiques es posés a treballar com a psicoanalista sense tenir en compte tota la base teòrica i pràctica que regeix qualsevol teràpia psicoanalítica.

Aquest fenomen ha de tenir diverses explicacions: d'una banda, és cert que procedir per la via de la facilitat (fer experiències sense formar-se prèviament) és una manera de procedir prou coneguda. D'altra, quan no es defineixen per endavant les finalitats, tot és possible, és a dir, el maneig d'un grup pot obeir al desig d'omnipotència dels seus líders. Entre aquestes dues posicions, podríem trobar un gran nombre d'hipòtesis intermediàries corresponents a patologies diverses: narcisista, obsessiva, paranoide, perversa, psicopàtica, fanàtica, etc.

Per abordar aquest escabrós tema crec indispensable aportar algunes referències a com es van constituir els primers grups terapèutics, com es van desenvolupar els models teòrics més importants, plantejar-nos la qüestió del que anomenem grups i especificar algunes premisses diferencials entre grups terapèutics i grups de treball, tenint en compte que els grups de treball prenen com a model les constants teòriques que regeixen els grups terapèutics, així com qualsevol estudi de psicoanàlisi aplicada pren com a model la teoria psicoanalítica.

En aquestes reflexions intentaré fer un resum dels principals autors i moviments a nivell internacional, les seves teoritzacions, i la seva vigència actual, així com les repercussions que van tenir en la seva època.

CORRENTS EN TEORIES GRUPALES

En realitat tot va semblar iniciar-se amb Joseph Pratt el 1905 qui va utilitzar el model educatiu / inspiracional per al tractament moral de pacients amb tuberculosi a Boston, però va ser Trigant Burrow el primer a aplicar les idees psicoanalítiques als grups en 1920, perquè estava interessat en els efectes de l'estrès social i les tensions psicològiques que envaïen als individus, així que va usar els mètodes de grup.

En els anys següents les experiències grupals van anar incrementant i molts autors com E.W. Lazell, L. Cody March, Louis Wender, i Paul Schilder van utilitzar el treball grupal en hospitals, generalment amb l'ús de tècniques educatives combinades amb la presa de consciència dels efectes originats en els vincles en el si del grup.

En els anys de postguerra, veiem aparèixer, sobretot a Amèrica el que podríem anomenar, els models psicoanalítics. S.R. Slavson va ser el propulsor del desenvolupament de la teràpia grupal a New York, sent el creador de l'American Group Psychotherapy Association

el 1942. La seva orientació va ser la d'aplicar el treball psicoanalític individual a la teràpia grupal, de manera que va emfatitzar la importància de la comprensió de les dimensions emocionals en les relacions de cada membre en la transferència amb el terapeuta, i les transferències laterals amb el grup. Alexander Wolf i Emanuel Schwartz, contemporanis de Slavson, van introduir modificacions tant teòriques com pràctiques. Per a ells, els efectes terapèutics no només provenien del treball del líder, sinó de la capacitat del grup per aprendre els uns dels altres. Wolf va promoure la idea de sessions alternants sense el líder com una forma específica de fomentar entre els membres iniciatives i responsabilitat.

Altres com Fritz Redl descriuen la importància del contagi emocional grupal i els diferents estils de lideratge. Però sens dubte van ser Ernest Simmel, Trigant Burrow, Paul Schilder, i Wender, que interpreten l'individu en el grup.

En l'altre gran moviment teòric dels anys de la postguerra, coincideixen diversos autors, que van formar el "grup de conflicte focal". Aquesta idea prové dels treballs de Thomas French a Chicago i Harry Ezriel a Londres. Aquests autors van conceptualitzar la dinàmica individual en termes de conflicte nuclear originat en les experiències primerenques

Lieberman, Whitaker i Whitman, van desenvolupar aquest concepte de tensió focal del grup ja que es van adonar que l'emergència de temes comuns venien de membres de grups amb problemes severos. Un cop establert el tema, el grup podria intentar buscar una solució per al conflicte.

En el treball de Whitaker està implícit que un tema particular pot ser rellevant, primàriament només a partir del grup de membres. Aquestes idees tenen el mèrit d'haver introduït dins la literatura de grup el concepte de conflictes interns, deixant fora el dels processos de grup.

Després de la guerra 1939-1945, veiem aparèixer noves idees en les teories grupals, és a dir, considerar el grup com un tot i a les institucions com a comunitats terapèutiques. Van sorgir més algunes diferenciacions entre psicoanàlisi de grup i psicoteràpia psicoanalítica de grup.

Els seus principals representants segons Gómez Esteban van ser Taylor, Bion, Ezriel, Foulkes, de l'escola anglesa, i E. Pichón Riviere de l'escola argentina. El que els caracteritza és considerar el grup com un tot.

La figura principal d'aquest grup va ser Wilfried Bion, qui a través de nombrosos articles escrits entre 1943 i 1952, va estimular i va influenciar les pràctiques psicoterapèutiques grupals, articles que van ser publicats en un llibre, "Experiències en grups i altres papers", en 1961. Aquest treball es va associar amb el terme "grup com un tot". Bion va considerar que un grup és "un estat de treball" o de "un o diversos estats de supòsit bàsic. La frase

"supòsit bàsic" és usada per descriure la reacció col·lectiva dels membres. Bion el 1968, és el primer psicoanalista que fa una Psicoanàlisi dels grups i per als grups, descriu tres tipus de supòsits bàsics: dependència, aparellament, i atac-fugida.

S. H. Foulkes, procedent d'Alemanya, arriba a Anglaterra cap a 1933 després de dos anys d'entrenament amb Kurt Goldstein, segons M. Pines, i crea en 1940 la psicoteràpia grupoanalítica, que és una psicoteràpia del grup i per al grup. En els seus inicis analitza l'individu en el grup, però més endavant ho inclou com a part del grup, per tant ha encunyat una important frase "l'individu humà mai està aïllat, la psicoteràpia de grup li arrenca de la seva xarxa primària familiar i li barreja amb altres, formant un camp d'interacció en què cada subjecte comença de nou ". Aquesta idea va ser presa anys després pel corrent integracionista o eclèctic de Yalom, com veurem més endavant.

El model de la segona tòpica (Jo, Allò i súper Jo) és l'utilitzat en els grups, de manera que alguns membres poden representar aspectes i fantasies d'un individu donat, de manera que el grup es transforma en un "passadís de miralls" reflectint estats interns. Foulkes també va emfatitzar el paper del terapeuta com "conductor" qui lidera el grup seguint el material emergent, manté una actitud analítica d'abstinència, neutralitat, i lliure associació, com un psicoanalista en la relació dual. Les idees de Foulkes van servir de pont entre les idees analítiques clàssiques i les actuals conceptualitzacions del grup com un ambient terapèutic.

En opinió de Nitsun, l'enfoc de Foulkes va representar l'Eros (instints de vida) i el de Bion el Thanatos (instints de mort), Bion tenia una visió tràgica de l'individu en el grup, el considerava com "un animal de grup", que se sotmetria a una experiència regressiva i pessimista com a instrument de grup; Foulkes veu al grup com un instrument positiu de canvi.

D'altra banda, l'escola argentina sorgeix amb un psiquiatre i psicòleg social anomenat Enrique Pichón Riviere, qui en 1948, crea l'Escola Psicoanalítica Argentina, d'influència kleiniana. A la seva concepció li dona el nom de *Concepció Operativa* de grup, la qual es va a estendre a l'Argentina, amb noms com Hernán Kesselman, Armando Bauleo, Eduardo Pavlovsky, i Eduardo Paolini, que emigren a Espanya i creen el Grup Quipu de Psicoteràpia de Grup, enriquint la teoria de Colom, als quals s'uneixen els espanyols Nicolás Caparrós , Alejandro Àvila Espasa, Joan Camps, i l'uruguaià Scherzer.

Cap als anys 50, Raúl Usandivaras, Emilio Rodriugué, i R. Morgan, (aquests dos últims s'havien format a Londres, a la Tavistock Clinic), comencen a treballar amb grups de psicòtics, i Rodriugué, Langer i Grinberg publiquen un llibre sobre psicoteràpia psicoanalítica que va ser una gran aportació i un èxit mundial.

A Armando Bauleo, psiquiatre, es deu la creació i estructuració, partint de Pichón Riviere, de la *Concepció Operativa* de grup que delimita en tres fases: indiscriminació, discriminació i síntesi.

A Nicolás Caparrós, psiquiatre, es deu la *concepció del model analític vincular*, sent el vincle, com a unitat mínima bàsica, el que condiciona tota la dinàmica grupal i permet entendre les interrelacions dels membres del grup.

A Juan Campos, alumne directe de Foulkes, es deu la introducció de gran part de les idees d'aquest a Espanya. Aquest autor conjuntament amb H. Kesselman combina les teories de Foulkes i les de Pichón Riviere. Camps i Kesselman van crear un espai que es va anomenar el "Grupoanálisis operatiu"

A Alejandro Àvila Espasa, psicòleg, catedràtic de la Universitat de Salamanca, se li confereix l'interessant mèrit d'ocupar-se del diagnòstic vincular per a la formació del grup terapèutic, i per a la selecció dels integrants.

A Amèrica del Nord cal destacar Yalom i McKenzie qui en el seu resum, sobre la història de la psicoteràpia de grup, dins del llibre "Time - limited group Psychotherapy", no nombra als seguidors de Foulkes a Europa, ni tampoc a Pichón Riviere i seva escola, la qual es gestava l'any 1948.

Amb Fabrizio Napolitani a Roma, i Diego Napolitani a Milà, es parla de l'escola italiana de Grupoanálisis, que té una forta influència de Foulkes.

Existeixen també altres corrents més de les ja esmentades, com la d'Arnold Lazarus que tindrà un gran impuls als Estats Units.

El model de Carl Rogers, i els seus deixebles mereix una distinció a part, ja que representa un enfoc de pes en la psicoteràpia de grup centrada en el client, auto-denominada *conseling* de grup, tant pel seu estil i èmfasi en els grups de trobada, com en la seva forma de treballar-los.

El psiquiatre i psicoterapeuta canadenc, radicat a Califòrnia Eric Berne, plantejarà sobre els anys seixanta la seva teoria de la personalitat, de la psicoteràpia, i de la comunicació: l'Anàlisi Transaccional, el qual es convertirà també en una eina de grup que serà utilitzada posteriorment, per alguns seguidors en camps particulars de la psicoteràpia de grup com és el cas d'alcohòlics i d'altres trastorns.

L' emigrat jueu-alemany als Estats Units, Fritz Perls, psiquiatre i psicoanalista és un abanderat de la teràpia de grup de la gestal, particularment desenvolupada en els Estats Units pels seus deixebles (J. Brinley, J.Fagan, E.Polster, I. Shepard, R. Cohn, i més recentment per Castanedo.

Whitaker i Lieberman demostren que hi ha implicacions en els estudis sobre grups d'entrenament per a la teràpia de grup, fent referències als ja esmentats Durkin; Bugenthal i Tannen Baum, Larkin, Carson i Morton els quals relacionen la Teoria de la Personalitat amb l'entrenament en relacions humanes.

El treball de Yalom va sorgir i va ser el resultat d'una onada de canvis socials de la seva època i sobretot de la influència de Lewin (sobre la utilitat de considerar la Psicologia Social), de Rogers (qui havia estat treballant en els "grups de creixement personal", usant els seus conceptes de la teràpia centrada en el client), de Jerome Frank (qui va estar simultàniament investigant l'impacte de "factors inespecífics") i de H.S.Sullivan, (qui va desenvolupar les seves idees sobre les relacions interpersonals com a base del desenvolupament psicològic).

LES INSTITUCIONS

Ja que les institucions estan compostes de grups i aquests al seu torn d'individus, hem de contemplar els problemes grupals des de la perspectiva psicoanalítica per comprendre l'impacte de les institucions sobre l'individu. La meua hipòtesi central és la possibilitat d'elaborar tant en els grups com en les institucions els processos que impedeixen el desenvolupament i l'evolució del pensament.

En general, les teoritzacions sobre les institucions provenen dels coneixements sobre fenòmens i processos grupals.

Des que el mateix S. Freud els descrivís, les escoles tant kleiniana com lacaniana han aportat les seves característiques i punts de vista, configurant cada vegada més una teorització institucional i ja des de 1959 els treballs es multipliquen.

A Anglaterra, Argentina i Barcelona, els analistes kleinians (entre els que només destacaré: Bion, Jacques, Fornari, Bleger, Grimberg, Tizón i Freixas) aporten nombrosos estudis i publicacions.

A França també apareixen publicacions de l'escola lacaniana i postfreudiana: Anzieu D. Kaes R. Leclerc, R., Mannoni, M. Oury, J. Tosquelles, F. Mauco, Enríquez, M. Racamier, P. C. Lebovici, S. Talen 1, Lluc G., Diatkine R., Hochman J., Cahn R., etc.

Un estudi exhaustiu de totes aquestes teoritzacions desbordaria el quadre d'aquestes reflexions, per això, només em referiré breument a algunes d'elles:

F. Fornari sembla considerar l'estudi de les institucions independentment de les problemàtiques individuals ... «Les institucions socials poden considerar-se i ser descrites com a mecanismes de defensa contra l'angoixa primària persecutòria i depressiva.» Prenent les idees de Bion, Fornari intenta explicar els supòsits bàsics. Aquests, diu l'autor, podrien definir-se com reaccions defensives i específiques contra les angoixes psicòtiques reactivades i mobilitzades en cada individu per la situació de grup, pel dilema que representa aquesta situació i la regressió que suscita.

Podem anotar aquí que Fornari parla de reaccions i de situacions, nocions a les que més tard em referiré, així com a la idea que s'anuncia de psicotització del grup.

La idea de Bion de funció messiànica del líder estaria explicada en aquestes premisses de Fornari, ja que el líder tindria una funció originària de salvador que podria reparar la situació creada. Així, el grup per aparellament que espera un Messies reparador, és el que crea aquesta il·lusió.

Fornari diu també que Bion va deixar en «suspens» la descripció d'aquesta ansietat primària. L'autor pensa que aquesta és l'expressió d'una ansietat genètica, que ell mateix va detectar en els somnis de les dones embarassades. En aquests somnis, Fornari tria dos denominadors comuns:

1. El futur bebè és imaginat com un objecte idealitzat, investit narcisísticament, és a dir, reparador.
2. Amb les fantasies del part apareixen les fantasies del naixement, viscut com un objecte persecutori, font de dolor, d'esquinçament moral i físic. És a dir, el naixement pot comportar la mort de la mare.

D'aquestes premisses es dedueix que l'ansietat persecutòria és conseqüència de l'ansietat genètica.

L'altre vessant de l'ansietat genètica és la depressiva, que prové de l'anterior, ja que aquesta sorgeix de la percepció del possible deteriorament del producte de la concepció.

Fornari dedueix que per a mantenir la il·lusió reparadora, el nadó no ha de néixer. Així no existiria ni separació, ni diferències.

Aquestes dues idees constitueixen el sentit de la creació de castes i l'organització aristocràtica, on no es toleren en un mateix grup ni les diferències, ni les idees noves, i encara menys les confrontacions

En aquestes situacions, la regla general i tolerada és la endogàmia que cregui monstres iguals.

W R. Bion és molt més conegut i tots els analistes manegen els seus ja famosos postulats bàsics. Els recordaré esquemàticament:

Dependència, el prototip és l'Església.

Atac-fuga, representant de l'Exèrcit.

Aparellament, indicatiu de la Aristocràcia.

En realitat tant Fornari com Bion s'han basat en algunes idees de E. Jaques, un dels autors que més ha estudiat els fenòmens institucionals i les resistències al canvi.

La hipòtesi general que es desprèn de l'estudi d'aquests autors es que la alternança canvi-conservació depèn de si els individus canvien i no es centren tant en les capacitats d'elaboració que tenen els grups com en d'altres teoritzacions.

La necessitat que canviïn els individus és un tema recurrent en moltes institucions preconitzant la psicoanàlisi individual o fer un nou anàlisi cadascun dels membres de la institució.

Vegem les teoritzacions:

Per D. Anzieu el grup, com el somni, és una modalitat privilegiada de compliment del desig inconscient. Per a altres autors de la seva escola que empren les nocions d'aparell psíquic grupal, l'individu s'apuntala sobre la institució ja que l'inconscient no seria llavors individual sinó col·lectiu.

Per exemple, per a R. Kaes la institució unifica processos heterogenis i la seva capacitat de tolerància de diferents nivells lògics i les seves interferències, constitueixen la base de la seva funció metafòrica.

Aquests processos heterogenis ajudarien a compartir el gaudi, realitzar els desitjos, identificar-se i assegurar la continuïtat.

Altres autors, com Oury, Tosquelles, Mannoni i tots els que es van unir al moviment antipsiquiàtric de Laing i Cooper, han publicat múltiples llibres i articles que seria impossible resumir.

En termes generals aquests autors incideixen sobre la iatrogènia dels processos institucionals, arribant a descriure els mecanismes de segregació i generació de patologia.

PROCESSOS INSTITUCIONALS

Entenem per processos institucionals els moviments psíquics inconscients de les persones que treballen en les institucions i que tenen denominadors comuns com la submissió, la simbiosi, la confusió i la robotització.

Aquests processos psíquics poden ser actuats de diferents maneres, i la multiplicitat de matisos que poden prendre, fa difícil la seva descripció.

Aquest moviment (des de la submissió a la robotització) no és un senzill exercici teòric ja que, en la meua experiència, l'he pogut constatar tant en la meua pròpia persona com en els col·legues amb els quals he compartit les preocupacions institucionals.

La idea d'una trajectòria que resumeix intencionalitats inconscients ocultes després de nombrosos artificis relacionals, em sembla constituir punts de reflexió que es presten més a les elaboracions que les hipòtesis proposades anteriorment per altres estudiosos del fenomen institucional.

Com recordarem, certes teoritzacions posen més l'accent sobre ansietats primàries (de difícil elaboració) o sobre aspectes que, si bé són fàcilment assequibles pel seu antropomorfisme o la seva sociabilitat, no deixen de situar-se fora de l'àmbit pulsional, com si els individus ho haguessin de patir sense intencionalitat.

A l'hora de plantejar-se com els individus que formen part d'una institució poden prendre consciència de la seva participació en certs processos institucionals, hem de reflexionar en la possibilitat de fer connexions psíquiques entre les vivències i els desitjos ocults, entre les idealitzacions i els seus components agressius, entre les identificacions i els seus errors.

La qüestió de presa de consciència no està estrictament lligada a una situació de psicoanàlisi.

Se'm podria argumentar que si els individus que treballen en les institucions es psicoanalitzaran, prendrien consciència d'aquesta participació inconscient.

En realitat, no és així: en general, els especialistes que treballen a les institucions poden madurar en la seva psicoanàlisi personal, però en la situació institucional funcionar amb les mateixes regressions que els no analitzats.

L'explicació no em sembla tan difícil de comprendre: la psicoanàlisi personal es desenvolupa en una situació de dues persones molt diferent a les situacions grupals que es viuen en les institucions.

Segons la meua experiència, el poder detectar les característiques dels processos esmentats anteriorment, compartir-los amb els col·legues i més tard elaborar-los en els grups, proporciona una dimensió al treball en la institució per la qual els especialistes poden comprendre millor la situació en què es troben els que consulten, ajudar al seu torn a prendre consciència de la seva participació en la mateixa trajectòria però en situacions diferents (família, escola, treball, etc.).

Aquesta trajectòria podria trobar nombroses crítiques: no és el mateix intentar estudiar «el fenomen institucional» com un conjunt abstracte i generalitzable que estudiar una institució particular i específica.

No obstant això, hem de tenir en compte que en tota reflexió teòrica hi ha aquests dos components: el que es pot individualitzar i el que és generalitzable, suposadament aquest últim reuneix els denominadors comuns que permeten vincular del particular al general.

En qualsevol context associatiu hi ha denominadors comuns (els éssers que poblem el planeta terra tindrien com a denominador comú el ser terrestres en relació amb altres planetes, però entre classes diferents també trobaríem altres denominadors: animals, plantes, etc.).

La perspectiva des de la qual vaig a encarar les problemàtiques institucionals és, doncs, la dels denominadors comuns, que no tots els estudiosos dels fenòmens institucionals comparteixen.

SUBMISSIÓ

Vegem un exemple: un individu (en aquest cas un professional) comença a treballar en una institució anomenada de salut mental.

Aquest professional tindrà la seva forma de pensar particular, la seva història, els seus processos psíquics, la seva manera d'entendre el món i les seves relacions, però, no podrà

sostreure a l'emoció de pertànyer a un organisme idealitzat on pot projectar els seus desitjos d'èxit, de poder, de dominació, d'omnipotència.

Però com més idealitza la institució, més forta i poderosa la sent, més petit es veu ell, més insignificant.

En aquesta situació, petitesa comparada al grandios, es produeix un fenomen anomenat submissió.

No és que aquest individu sigui un sotmès de tota la vida, que en la seva història hagi tingut tendències a la submissió (cosa que hagués pogut ser també) o que tingui un problema específic de submissió. No es tracta d'això. És que en aquest sistema, l'única manera de conjugar petitesa amb grandiositat és la de sotmetre. Ara bé, el grau de submissió dependrà del grau d'idealització i del grau de la seva tendència a la submissió. Però el fenomen de submissió és comú a totes les persones que estiguessin en aquesta situació. Així, la situació predetermina una tendència, en aquest cas en diríem tendència a la submissió.

Aquesta qüestió exigiria que la matiséssim més: ens podem preguntar submissió a qui, com, en quines circumstàncies, amb quina intensitat, persistència i permanència? Sotmetiment a persones o a ideals?

Podríem dir que en les institucions es produeixen tota la gamma de submissions traduïts sovint per complaences, acords inqüestionables, aliances, etc., a persones que representen la jerarquia, viscuda com una força delegada per un altre poder més important i que en general es desconeix.

De fet, si ens parem a reflexionar, les institucions terapèutiques són organismes d'estat assignats a algun Ministeri i que representen, per la seva pertinença, la força i el poder. Així, les persones a les quals s'atorga la delegació d'aquest poder són revestides d'idealitzacions variades.

Ens trobem davant d'una situació que s'assembla a la familiar: pares i nens; adults majors i nens petits.

El nen pot sotmetre amb l'esperança d'arribar a tenir un dia el que tenen els pares. Encara que els processos psíquics pels quals passa un nen per evolucionar no siguin els mateixos que un adult davant la jerarquia institucional, l'anomenat denominador comú serà el mateix: desig de posseir la força que l'altre se suposa que te. Com podem constatar, no es tracta aquí de confondre la institució amb la família, sinó de trobar alguns denominadors comuns que les dues comparteixen. No podem oblidar que la relació entre pares i fills no és la mateixa que entre superiors i treballadors institucionals.

El futur del nen dependrà de les relacions amb els seus pares, de la seva manera de re-significar-les i de com els pares responen a aquestes situacions. A la institució l'evolució personal depèn d'altres factors: els interessos que es posen en joc, les rivalitats personals, les característiques de certs intercanvis, etc. Pensar la relació entre professionals i les seves jerarquies solament en termes pares i fills, em sembla una reducció errònia, però ens ha servit de model durant molts anys.

L'estat de submissió que es produeix al principi de l'activitat institucional el podem pensar de diferents maneres. La intencionalitat amagada de la submissió seria la de qui es fa petit per ser més gran (hi ha un proverbi jueu que diu: «no et facis el petit que no ets tan gran»). La intencionalitat amagada seria també la que es fa el pobre per no ser desposseït i així estar sempre en condicions d'adquirir alguna cosa. Les situacions predisposen a certes fantasies. El que se sent insignificant perquè no posseeix el que pensa que tenen els altres, pot creure que només desposseït podrà adquirir-lo.

Ara bé aquesta alternança tenir-no tenir, depèn de la constel·lació que hi ha a la fantasia.

En la fase oral, per exemple, la diferència pot ser sentida d'una manera tan radical que només la fantasia d'incorporació de l'altre pot disminuir l'angoixa produïda per la diferència.

L'eix central de la fantasia seria el poder posseir el que un imagina que té l'altre i el que canvia en la constel·lació fantasmàtica, oral o anal, és la manera de procedir. A la fase oral empassant-te l'altre i imaginant que si està dintre de nosaltres ja no existirien les diferències. I en l'anal, imaginant-lo que no té cap valor, provocant-lo per mesurar les forces i per trobar els punts febles de l'altre i així rivalitzar millor, etc.

Però com a aquestes fantasies s'afegeixen desitjos inconscients sado-masoquistes, voyeuristes o exhibicionistes, el conjunt pot fer que les estratègies de desposseïció vagin acompanyades d'apassionaments retorçats i sinuosos que entelen les relacions amb tints, sovint, incongruents i de difícil comprensió.

Per això, les característiques de la submissió poden ser tan variades: submissió silenciosa o de resistència, submissió per idealització, d'aparença generosa, embolicada en múltiples atencions, sol·lícita, que afalaga, dòcil, etc.

L'expressió «submissió» ha adquirit en la nostra època un sentit pejoratiu, pel que és difícil associar a vivències personals quan la llegim o l'escoltem com a concepte teòric.

Estar sotmès a la voluntat d'una altra persona, estar per sota, rebaixat (pròxim a humiliat), sentir-se, així, menyspreat, ofès, denigrat, és una posició tan oposada a la idealització que semblaria més aviat una desgràcia que una necessitat per poder evolucionar. Encara més,

quan barregem submissió amb autoritat i confonem els termes dominat-dominant, torturat - torturador, esclau-dictador, etc. No obstant això, si pensem que per adquirir el profund sentit de les diferències cal acceptar posicions a nivells variables, tendiríem a deduir que la fantasia de submissió permet l'elaboració de les diferències en tant que productores dels intercanvis psíquics.

El concepte «submissió» podria ser un denominador comú d'una gran quantitat d'actituds que anirien des del sotmetiment més arcaic a l'acceptació de les diferències socials.

Estar sotmès a una llei social perquè se sent la profunda necessitat d'aquesta llei en tant que permet les relacions humanes, dóna a aquesta submissió un valor productiu que permet pensar el sentit dels límits.

Així com no tota autoritat és autoritarisme, no tota la submissió és sotmetiment.

Per aquest motiu en les vivències institucionals la posició de submissió a un sistema que desconexem pot permetre accedir al coneixement d'aquest sistema per evolucionar.

Pensant en l'arrel llatina del concepte: *sumitere*, connota alhora, ficar, deixar-se dirigir, humilitat, acatar, obeir, així com enfonsar, submergir, comprar, aconseguir i abstreure.

Ens podríem preguntar si quan fem en una institució sense saber quin és el seu sistema organitzador no vol dir deixar-nos dirigir, comportar-se amb certa humilitat, acatar les seves lleis, obeir respectant la utilitat de la jerarquia, enfonsar-nos en els seus processos, submergir-nos per explorar, abstreure per comprendre, i, per fi, aconseguir un coneixement que ens permeti conjugar tota la nostra individualitat amb el grup al qual pertanyem.

També podríem afegir que no és igual romandre sotmès a evolucionar gràcies a una certa submissió.

També hem de contemplar la força d'atracció que la submissió exerceix. És comparable a les regressions que sempre ofereixen pau i tranquil·litat, absència de conflicte, protecció, les cures que suposem que un nadó té.

Aquesta fantasia d'un ésser dependent dels altres però gaudint de tots els avantatges (afecte, valoració, admiració, possessió de tots sense esforços, només disposat al plaer, omnipotent) pot actuar en les interrelacions institucionals.

L'estat de dependència-submissió es transforma en un desig de simbiosi, viure a través i gràcies a l'altre, dominar tant com un és dominat, abolir les diferències de coneixement, de competències, de funcions.

SIMBIOSI

Es tracta d'un terme que pren referència de la biologia: un cranc que conviu amb un cargol de mar les vides depenen estrictament del que es puguin aportar un a l'altre; separats, moren.

Les teories sobre un estat simbiòtic amb la mare al principi de la vida han estat descrites per M. Mahler per comprendre les evolucions psicòtiques dels individus que han quedat fixats a aquesta etapa. Més tard, el terme s'ha estès a altres aspectes de les vivències relacionals per indicar el grau de vinculació afectiva excessiva acompanyat de fantasies on no es podria viure sense l'altre, i les conseqüències poden, o bé proporcionar un sentiment de benestar profund i interminable, o bé una sensació catastròfica caracteritzada per la famosa cobla popular «ni amb tu ni sense tu els meus mals tenen remei. Amb tu perquè em mates i sense tu perquè em moro ».

Si en la submissió, l'altre és reconegut com a diferent, en la simbiosi, les diferències es desdibuixen sense arribar a ser totalment abolides.

La fantasia d'igualtat sembla ocupar tot l'espai relacional, però no es tracta aquí d'una igualtat tal com s'entén en els processos socials (el dret a la igualtat, és a dir, a ser tractat amb respecte i dignitat), sinó a una igualtat de fet.

Així, la igualtat es transforma en un fet, no en un dret, no cal arribar a saber tant com l'altre per gaudir del seu benestar, la igualtat de fet, ve donada en la situació de simbiosi, sense esforç, sense frustracions, sense lluites, sense compromisos. L'estat de simbiosi semblaria correspondre a una assegurança de vida fàcil i constant que garanteix tot per sempre. Sobretot, una assegurança que dona satisfacció i plaer. Què més es pot demanar!

Les institucions, pels problemes que tenen en el seu sí, ofereixen aquesta seguretat, el que la institució procura encaixa perfectament amb el que l'individu espera d'ella. Es pagaria qualsevol preu, fins i tot el de perdre la seva pròpia identitat.

Submissió-simbiosi, són dues etapes en la carrera cap a la dominació.

Aquest conjunt complex de promeses i realitats que representa la institució, es pot posseir i una persona es pot transformar en institució.

Un individu pot institucionalitzar-se i transformar-se en una força que arrassa, en una organització inamovible, en un poder dominador, un ideal admirat, un monstre.

La transformació de l'individu en institució per l'art de les seves pròpies fantasies i per la realització dels seus desitjos més primitius, s'opera gràcies a la confusió.

CONFUSIÓ

La trajectòria «submissió-simbiosi» desemboca a la confusió en el seu camí cap a la robotització.

Els estats confusionals solen ser els denominadors comuns de múltiples actuacions de les persones que componen la institució. Però no tota confusió és de la mateixa naturalesa. La confusió és l'abolició total de les diferències, l'abolició de les idees, de la capacitat de pensar, de sentir, de comprometre's. L'abolició de la identitat, de la imaginació, de les fantasies, fins i tot l'abolició del cos propi.

Com podrem estudiar amb més detall en els exemples de funcionament institucional que aportarem, la confusió sol iniciar-se perquè no es delimiten bé les funcions dels membres de l'equip institucional, hi ha absència d'informació d'uns estaments cap a altres, i es tergiversen missatges impregnats de paradoxes. El sistema de comunicacions paradoxals és la fàbrica que alimenta les confusions.

Les confusions poden també generar-se per la proliferació de fantasies degut a la manca de precisió que hi ha en quant a quines són les funcions diferencials dels especialistes. De fet, les experiències grupals, com hem vist, són veritables cultius de fantasies.

I no és perquè les fantasies no representin una activitat encomiable, sinó perquè constitueixen fantasies regressives amb un alt grau d'indiferenciació entre l'actuació i el pensament. En la realitat institucional s'actua per no pensar.

Sovint, el que comença a treballar en una institució desconeix quines són les activitats específiques dels seus caps immediats i també quines són les estratificacions jeràrquiques generals. Ignora què se li exigeix en el seu treball, quines són les finalitats d'aquesta institució, en quines condicions va a realitzar les seves activitats, etc.

En general, es convida a l'especialista a la improvisació, a exercir els seus coneixements segons un ordre que estarà imposat sovint per unes interrelacions grupals complexes, i no per una distribució coherent d'un treball. Treball que sota el signe de la confusió pot exercir segons unes habilitats empíriques on els criteris científics solen estar absents.

Si pensem en termes de situació, podríem deduir que l'especialista nouvingut a la institució, es troba en una situació on se li convida a la regressió, a submergir-se en els mecanismes

més arcaics de la seva persona, mecanismes compartits per tot un grup i que indueixen a comportar-se de manera paradoxal com si la paradoxa reemplaçés a l'activitat científica.

Se li convida a desidentificar-se, a crear una nova identitat.

En aquesta situació, qualsevol curs, qualsevol aprenentatge que estimuli l'omnipotència, pot ser pres com quelcom que permetrà curar tot, reparar tot, donar solucions a tot. La confusió engendra així l'omnipotència i aquesta, quan és exercida, condueix a la robotització.

Robotització

Els especialistes així robotitzats poden exercir la seva professió sense plantejar cap dubte, convençuts del seu saber, del seu poder. Treballen amb instruments, no amb idees, o bé aquestes s'han transformat en armes estratègiques, sempre les mateixes, utilitzades de la mateixa manera. El saber es transforma en poder i aquest en dominació.

Els autors que he anomenat positivistes de la institució podrien argumentar que dono una visió negativista, que no sempre les coses passen així, que els professionals que han treballat i treballen a les institucions no són tots robots, sinó persones apreciades i influents en la matèria, individus madurs que han adquirit saber i experiència. I afegiran que tot això és a causa dels beneficis professionals que les institucions procuren. Però també confirmaran que es tracta d'uns pocs professionals, els que en l'evolució institucional han pogut tenir accés a exercir jerarquies successives i això demostraria que les diferències són respectades ja que uns quants s'han mostrat diferents, havent escalat fins als cims més alts.

Una anècdota podria il·lustrar aquesta explicació: un col·lega em parlava de les diferències en la institució i em deia que si llancem a un pou relliscós un centenar de persones, per què només unes poques arriben a grimpar en condicions tan adverses? I ell mateix es responia: perquè són les més fortes. Aquesta anècdota confirmava les meves sospites: ¿es tractaria de demostrar que un és el més fort quan es treballa en les institucions? I més fort per a què?

És habitual que quan un professional entra en una institució, desconeix la intimitat de la seva organització (que, a vegades, pot descobrir amb prou feines).

Les funcions jeràrquiques no solen estar precisades, les possibilitats tampoc, les finalitats institucionals són mal explicades o en termes abstractes, els mitjans es solen confondre amb les condicions i aquestes, sobretot, segueixen les oscil·lacions de múltiples fantasies.

En aquesta situació, els professionals intenten buscar lloc segons les seves aptituds o interessos i també segons el seu art a manejar processos indiscriminats.

Com, en general, aquest professional no se li assigna una funció definida (ja que els caps o els seus col·legues tampoc la tenen) i no té coneixements precisos sobre les finalitats de la seva feina, aquest professional estarà sotmès al que jo anomeno «la màxima càrrega fantasmàtica», tant de la seva pròpia persona com del grup en el qual està inserit.

He descrit hipotèticament l'evolució d'aquest professional en 4 possibles fases: submissió, simbiosi, confusió, robotització.

És evident que no són fases per les que tot professional passa i de manera lineal, però sí fenòmens que poden sorgir amb determinada força i que van a impedir, per la seva càrrega desestabilitzadora i despersonalitzant, les elaboracions grupals.

Tot investigador sap que no es pot treballar amb paràmetres infinits, per una raó senzilla: perquè es necessita posar en relació uns paràmetres amb altres per treure conclusions.

Posar en relació significa al seu torn diferenciar els paràmetres, identificar-los, donar-los «senyes d'identitat». Per diferenciar i identificar es necessita limitar.

ELABORACIONS

La teoria de l'estudi de situació constitueix un conjunt de possibilitats per a comprendre les múltiples dificultats que es presenten en la pràctica terapèutica en general.

Els especialistes que treballen en institucions, privadament o en activitats interdisciplinàries es confronten a una sèrie de problemes que poden tenir múltiples procedències:

- 1) Dificultats de l'adquisició de coneixements i habilitats per fer elaboracions.
- 2) Dificultats degudes a la seva pertinença a un grup heterogeni i dificultats pròpies a les dinàmiques que es generen en ell.
- 3) Dificultats degudes als problemes específics de cada institució.
- 4) Dificultat per la varietat en quant a la demanda.
- 5) Dificultats que provenen de les possibilitats de fer elaboracions dels consultants.

6) Dificultats degudes a les derivacions per altres institucions, etc.

Tots aquests paràmetres exigeixen l'especialista una gran capacitat d'elaboració no només per situar-se en els grups i a les institucions sinó per situar les demandes i poder respondre el més adequadament possible.

La pràctica situacional es basa en dues perspectives: les elaboracions i les possibilitats de buscar alternatives (possibilitats inscrites en la capacitat creativa que s'origina de les múltiples elaboracions).

Què entenem per elaborar?

Les respostes que la majoria d'especialistes utilitzen (segons la meua experiència com consultant de moltes institucions) és que s'elabora quan es parla, sobretot quan un equip es reuneix per parlar d'un cas (51), més encara si es pretén que la pluridisciplinarietat serveixi perquè cada especialista doni la seva opinió.

En general, el que no se sol contemplar en aquestes situacions és que en comptes d'elaborar es creen dinàmiques grupals (ja siguin d'aliances o de rivalitats) on s'amaguen certes incapacitats per comprendre el problema dels consultants.

Elaborar no és només parlar, reunir-se, intercanviar problemes o nomenar patologies. També hem de tenir en compte:

- 1) La seva connotació de treball psíquic (el que suposa posar en relació diversos factors, moure paràmetres, així com treure denominadors comuns, reconsiderar-los, formular hipòtesis i comprendre la seva adequació a les situacions d'on sorgeixen).
- 2) El seu sentit de recerca (respectant les trajectòries de les que vaig parlar en el capítol 1).
- 3) I sobretot la seva estructura situacional (qualsevol elaboració tindria tendència a posar en relació els mitjans, les finalitats i les condicions).

Considerant que les elaboracions són sempre individuals (per i per a l'individu) encara que es facin en els grups o a les institucions, podríem deduir que serveixen perquè un especialista prengui consciència de certes dificultats personals o grupals, perquè pugui aprendre de les interaccions amb els seus col·legues i amb els consultants, perquè evolucioni en les seves concepcions sobre les teràpies i perquè adquireixi una qualitat de recerca que li permeti proporcionar respostes útils i productives.

No obstant això, les elaboracions adquireixen una qualitat diferent segons les circumstàncies en què es fan: durant una relació, fora d'ella, durant una reunió o en altres indrets diferents de les institucions.

Perquè un individu adquireixi la capacitat d'elaboració, sembla necessari que sàpiga traduir la seva experiència en un llenguatge evolutiu.

Aquesta expressió que semblaria molt senzilla, en realitat és molt complexa ja que exigeix certes disposicions a prendre distància dels seus propis desitjos inconscients, dels sistemes atractius (regressius) inclosos en les dinàmiques grupals i sobretot de la promesa implícita de qualsevol institució pel que fa a l'adquisició del poder.

Hem de tenir en compte que els mecanismes de repetició són més importants del que imaginem.

Repetició d'actituds, de maneres de pensar, de característiques patològiques o de resistències, de components relacionals paradoxals, de situacions conflictives i d'altres tantes constants per les que l'activitat terapèutica pot o desaparèixer o veure's amb moltes dificultats i fins i tot transformar-se completament en una activitat antiterapèutica.

Aquestes línies generals quant a l'elaboració, les seves conseqüències (prendre distància), impedir les repeticions patològiques (produir alternatives creatives) i les seves finalitats terapèutiques s'aniran matisant amb els exemples que donaré sobre elaboracions grupals i institucionals.

Les qüestions que es plantegen pel que fa al tema de les elaboracions són molt nombroses. En molts col·loquis o seminaris se m'ha preguntat si només es pot elaborar en un enquadrament donat i si altres reflexions fora de l'enquadrament es poden considerar com discurs original.

Crec que no seria difícil d'acceptar que qualsevol activitat psíquica (de pensament) es pot considerar elaboració quan segueix les pautes enumerades anteriorment.

Els graus d'elaboració dependran també de la quantitat i qualitat del treball efectuat: existiran reflexions i pensaments que tindran funció d'elaboració, algunes seran més continuades o altres esporàdiques; també hi hauran a curt o llarg termini. Aquest concepte, doncs pot anar des dels simples intents d'elaboració fins a les possibilitats d'explicitar, en un desenvolupament coherent, els graus i la intensitat de certes elaboracions, les seves conseqüències de presa de consciència d'aspectes ignorats, de vinculació amb desitjos desconeguts, la seva relacions amb fantasies i altres activitats psíquiques, el seu esclariment i la seva formulació (verbalització).

Podem considerar així els graus d'elaboració com etapes consecutives cap a una finalitat i a cada pas, una quantitat i qualitat diferents.

Ara bé, pel que fa a l'activitat terapèutica crec que qualsevol especialista ha de ser exigent quant a aquests graus i no conformar-se amb considerar que una xerrada, una trobada, o una reflexió siguin suficients per no repetir certs components patològics.

En aquest tema sempre he defensat que em sembla més important que hi hagi una tendència a l'elaboració que la total absència, ja que la manca d'elaboració que provoquen certs fenòmens grupals i institucionals em semblen un cultiu idoni on es repeteixin o perpetuïn processos patològics i desestructurants.

Queda pendent el tema del que entenem per terapèutic, adjectiu àmpliament utilitzat.

LA FUNCIO DEL TERCER

Una de les qüestions que revesteixen més dificultats en el procés d'elaboració és el detectar les fantasies (tant personals i grupals, com institucionals) i poder-les elaborar.

Elaborar les fantasies consistiria, a grans trets, en aclarir el lligam entre el nostre passat infantil i les realitats que experimentem en la vida quotidiana.

Les fantasies que s'originen en la nostra existència, des de les etapes més primitives del nostre desenvolupament psicoafectiu fins a les més evolucionades, formen part de la intimitat dels nostres pensaments fins al punt que es poden confondre amb l'essència del nostre ésser, pel tant, si les revisem, podem crear angoixes de pèrdua de la nostra identitat i de les nostres capacitats de reflexió.

Aquests sentiments que «alguna cosa» molt important es pot perdre generen resistències per a la seva elaboració (presa de distància i transformació) per això certes fantasies contenen un alt grau d'actuació.

Quan les fantasies en comptes de ser pensades i elaborades s'actuen, perden la seva capacitat de modificació i interrompen l'evolució psíquica amb els consegüents riscos d'estancament i paràlització del pensament. La possibilitat d'elaborar les fantasies (52) depèn també del seu grau d'individualitat, dels seus components grupals, institucionals i socials;

Quan un cert nombre d'individus intercanvien fantasies comuns, aquestes adquireixen més força de convicció i la diferència amb la realitat es desdibuixa (53) fent-se més resistent la seva elaboració.

Aquestes resistències augmenten quan aquestes o altres fantasies són compartides per un gran nombre d'individus (en una institució, per exemple) i fins i tot quan recorren èpoques històriques.

Quan exposi de manera resumida certs aspectes històrics de la psiquiatria infantil veurem com hi ha fantasies que han recorregut una bona part de la nostra història i han contribuït a concepcions errònies i inoperants.

Així, pel seu grau d'adhesivitat psíquica, les fantasies es resisteixen a les elaboracions individuals i és necessària la presència d'una altra persona que ajudi a detectar-les i transformar-les.

Aquesta és una part important de la concepció terapèutica i un argument, entre molts altres, per considerar la necessitat de elaborar per intentar resoldre o superar certs problemes.

En el nostre llenguatge psicoanalític parlem d'un tercer per indicar que una persona pot dialogar amb si mateixa dirigint-se a altres personatges de la seva història, com si en aquest diàleg intern sempre existissin dos.

El tercer, se suposa, és el terapeuta que per la seva escolta particular, els seus coneixements i la seva experiència, pot comprendre el relat que se li dirigeix d'una manera específica. Anomenem també interpretacions dels missatges que els terapeutes transmeten als pacients, missatges portadors de noves concepcions, visions diferents d'un problema, sentits variables i evolutius així com construccions de la història, d'un pacient que aquest transforma en reconstruccions personals.

Podem, en aquest sentit, comparar la situació en què es troben els pacients davant d'un conflicte psíquic i la situació en què es troben els especialistes davant un conflicte grupal o institucional.

Tant els pacients com els especialistes necessitaran d'aquest tercer que els ajudi a prendre consciència d'aquest conflicte, a elaborar-lo i en els millors dels casos a superar-lo. Posaré de relleu que l'especialista, en la mateixa situació que el pacient, pot comprendre millor les implicacions d'aquesta situació, identificar-se amb el pacient i acompanyar-lo en la recerca d'alternatives.

El tercer pot tenir una funció psicoanalítica o terapèutica, en general, segons el grau de compromís relacional (54).

Les interpretacions psicoanalítiques o les interpretacions terapèutiques són les que permeten al pacient no només prendre distància dels seus fantasmes sinó d reconstruir la seva pròpia història amb paràmetres diferents als simptomàtics.

No desenvoluparé més aquest aspecte, però vull subratllar que el tercer és un professional que posseeix coneixements i experiència suficients en psicodinàmica individual, grupal i institucional per ajudar a altres col·legues a fer aquest treball, de distanciament i de reconsideració de les seves pròpies impressions per poder elaborar les problemàtiques que se li presenten.

Aquesta funció de tercer que també podem anomenar de supervisió o d'ajudar a elaborar, és imprescindible en el treball institucional, i com veurem, pot constituir una supervisió personal, grupal i fins i tot institucional.

Les supervisions d'una institució és una tasca molt important que ajuda a precisar les funcions institucionals, les característiques i la adequació entre els mitjans que disposa i les condicions en què els professionals exerceixen la seva feina.

Com més puguin matisar i diferenciar aquestes funcions, més valor terapèutic adquireix una institució.

ELABORAR EN UNA AGRUPACIÓ

Les teoritzacions sobre els processos grupals i institucionals poden ajudar-nos a comprendre els delicats i complexos fenòmens que succeeixen en els grups institucionals però sobretot a situar-nos en quant a les possibilitats d'elaboració.

Al voltant d'aquest concepte hi ha versions i fantasies molt variades en la pràctica institucional.

La dimensió del concepte d'elaboració procedeix de la pràctica psicoanalítica (experiència de dues persones en condicions molt precises) on les seves característiques i desenvolupaments han estat molt estudiats i no ofereixen tanta dificultat com les elaboracions institucionals, però, el concepte si es treu del seu context (situació analítica) exigeix que se li diversifiqui i que se li adapti a la situació en què és utilitzat. A la pràctica institucional, en general, s'utilitza com una possibilitat de parlar dels pacients i també com a sinònim de reunió.

Sovint, he escoltat aquesta frase: «ens hem reunit i hem elaborat». I després de preguntar en què consistia aquesta elaboració se m'ha contestat «parlar dels pacients».

Les experiències que he tingut en el meu llarg recorregut per les institucions són interminables: l'equip es reuneix, un especialista exposa el cas d'una família amb les dades que s'han recollit exhaustivament i cada component del grup dóna la seva opinió, en general, per fer un diagnòstic (que s'exposaria segons la formació de cada un) però en realitat del que es tracta és d'actuar els innombrables problemes grupals (rivalitats, desacords, aliances, promeses, decepcions, etc., la llista seria infinita).

Mentre s'actuen (i d'una manera indiscriminada i inconscient) semblaria que l'atenció està centrada en el cas.

El grup sol estructurar-se aconseguint un acord diagnòstic (que en general serveix d'etiqueta tranquil·litzadora), acord que dóna la sensació d'haver parlat, pensat i elaborat.

L'acord diagnòstic s'ha transformat en una fantasia d'elaboració i aquesta en satisfacció (perquè s'ha arribat a un acord grupal).

El diagnòstic al que s'ha arribat pot servir també de confirmació de l'eficàcia del grup i viscut com una ofrena que podrà fer-se al pacient o la família.

Les expressions: «ja tenim un diagnòstic», «el podem donar (o no donar)», connoten aquesta ofrena. De fet, donar un diagnòstic pot també significar un favor que se li fa a una altra persona (donació), on està contingut el desig d'un agraïment, agraïment que si el pacient no mostra pot esdevenir un retret per part de l'especialista (amb la feina que hem fet, i el pacient no ho agraeix!)

Com podem contemplar, les fantasies d'elaboració mostren altres tantes fantasies que cada vegada estan més fora de context i s'allunyen de la realitat.

Si pensem, doncs, que reunir, parlar i intercanviar diagnòstics no és elaborar, hauríem de donar a aquesta expressió altra dimensió, que implica al seu torn una sèrie de complicacions inherents a les situacions en què els especialistes es troben en la institució.

ELABORACIONS GRUPALS

El model teòric d'elaboració grupal el constitueix el grup terapèutic, les constants garanteixen les màximes condicions perquè una elaboració productiva i evolutiva es pugui portar a terme.

Quan parlo de model no vol dir que sigui la fita que hauríem d'aconseguir. Model pressuposa una referència teòrica que ens permeti pensar: en les elaboracions grupals en el si de les

institucions, el model d'enquadrament ens permet comprendre que són necessaris certs paràmetres perquè les elaboracions es produeixin (continuitat, temps, espai, etc.).

El model del grup terapèutic ens ajuda també a comprendre la necessitat d'un líder que tingui coneixements i experiència per elaborar els processos que sorgeixin.

Ara bé, les diferències entre grup terapèutic i grup d'elaboració institucional estan a la finalitat del grup: en el terapèutic la finalitat és que cada participant pugui superar els símptomes motiu del seu desig de teràpia, a la institució la finalitat és que els especialistes prenguin consciència de la seva participació en les problemàtiques grupals i institucionals, així com la seva tendència a les repeticions patològiques.

Quan parlem de mitjans, condicions i finalitats, la situació de teràpia grupal sembla reunir totes aquestes característiques: el líder té competències, és a dir coneixements i experiència així com actituds de recerca, és a dir, pensament evolutiu.

L'experiència grupal exigeix a més que els seus components hagin expressat el desig de viure i comprendre els fenòmens grupals per al que han hagut de posar-se en contacte amb el líder per demanar-li la realització d'aquesta tasca.

Els mitjans (competències de líder, desig dels participants) semblen precisos i clars. Se suposa més que els participants accepten el marc on aquesta experiència es realitza i que garanteix la serietat i l'evolució: temps fixos, espais constants, ritmes invariables i contracte econòmic com en tota forma de treball s'estipula.

Les condicions no semblen oferir grans ambigüitats. Les finalitats d'aquesta experiència serien les de portar a terme un treball en comú (grup) per elaborar els processos grupals i fer una veritable tasca psíquica: presa de consciència, transformacions psíquiques i reconstruccions.

Aquest treball és possible gràcies a les intervencions i les interpretacions del líder que organitzen, clarifiquen, modifiquen certes posicions i construeixen nous sentits.

Aquest exemple il·lustra força bé la relació que existeix entre mitjans, condicions i finalitats.

La importància que cal donar a les competències del líder i a la capacitat evolutiva dels participants podríem anomenar-lo exemple-model i encara que no constitueixi més que una referència teòrica ens permet situar-nos per comprendre les dificultats del discurs original que tenen molts grups.

En tota investigació fan falta bases o punts de referència que permetin orientar el que s'ha trobat i modificar les trajectòries evolutives. I en una investigació tan específica com és l'elaboració grupal necessitarem d'aquests paràmetres de referència.

La necessitat d'un model no només és teòrica sinó pràctica. La finalitat de tota experiència grupal és l'elaboració i l'evolució, i qualsevol que sigui el grup o l'agrupació, el punt de mira és comú.

Posades ja les bases de l'elaboració grupal anem a desenvolupar en què consisteix, prenent sempre com a model el grup terapèutic.

Quan el grup es reuneix, la consigna és la d'expressar en lliure associació, és a dir, que cada membre pugui parlar del que se li ocorre intentant superar les traves de l'autocrítica, els judicis o les resistències davant alguns pensaments.

La lliure associació vincula, per la verbalització i el llenguatge, les relacions entre produccions psíquiques inconscients i preconscious.

En aquest fluir entre l'inconscient i el preconscious apareixen fantasies, mecanismes de defensa, associacions, resistències, desplaçaments, condensacions, etc., Molt significatius pel psicoanalista líder del grup.

Com en una psicoanàlisi, el referent (líder) escolta els continguts latents dels relats, els vincula a les rememoracions del grup, busca denominadors comuns entre elles i possibles llaços amb les fantasies infantils.

Aquest treball descrit aquí d'una manera esquemàtica el trobem detallat en qualsevol llibre sobre grups, pel que no desenvoluparé tots els aspectes de l'elaboració psicoanalítica.

Ara bé, si cada grup constitueix una identitat a part pels seus modus d'elaboració, podem constatar que en tot grup es produeixen fantasies comuns que mereixen ser desenvolupades.

Molts estudiosos dels grups (56) utilitzen la denominació general de "grup" per les fantasies que apareixen en qualsevol agrupació humana.

Per la meua banda he diferenciat les agrupacions dels grups, no per designar que puguin existir fantasies diferents en un o altre, sinó pel seu grau de possibilitat d'elaboració, ja que la quantitat de fantasies producte de les regressions psíquiques dels individus que componen les agrupacions o els grups poden ser innombrables.

Crec també que les fantasies no poden classificar-se pels seus continguts sinó per les seves possibilitats evolutives i que quan més capaç de fer elaboracions és un grup les fantasies que es produeixen tenen més probabilitat de deixar l'imperi dels desitjos inconscients primaris per apropar-se a la realitat.

L'enfoc per estudiar aquestes fantasies dependrà de l'escola psicoanalítica que es manegi i el lector podria sentir-se confós per les varietats teòriques: uns posen l'accent en les

angoixes, altres en les relacions dels sistemes psíquics, altres en pressupostos bàsics o en concepcions relacionals com són les simbiòtiques, les dels dipositants-dipositats, o les relacionals amb els significants.

Encara que la descripció pot aparèixer com un desenvolupament cronològic he de precisar que qualsevol fantasia pot sorgir en qualsevol moment de l'experiència grupal.

Les conseqüències de la regressió psíquica dels membres que componen un grup sorgeixen sota forma de desitjos d'unió.

La frase coneguda de "la unió fa la força " il·lustra aquesta intencionalitat de cercar un ideal comú perquè el grup se senti solidari i fort. Aquesta, com altres fantasies, no pot mantenir-se per molt temps ja que la gelosia i les enveges vindran a entelar aquesta meravellosa sensació d'unitat.

Les rivalitats que es van generant en les interrelacions semblen calcades dels models familiars. No és estrany que persones que es veuen i comparteixen regularment les seves produccions psíquiques visquin emocions i afectes del seu passat on la família juga un paper important.

A vegades, passa que la immensitat dels odis creats per les enveges és tan fort que van canalitzant en un sol personatge; aquest pot estar representat per un membre del grup, el qual es transforma en boc expiatori o pot estar representat per una persona aliena al grup que denominat perseguidor exterior.

Quan tots els conflictes i tensions grupals es projecten a l'exterior (en una persona, en un altre grup o en una altra institució) el grup torna a sentir sensació d'unitat que de nou es trencarà per altres fantasies: desitjos de posseir la voluntat dels altres i de dominar-los (característiques de les fantasies orals primitives que són les de més difícil elaboració), aquestes fantasies poden coexistir amb altres de caire controlador les que anomenem anals (expulsives, excitants, agressives, fins i tot sàdiques o exhibicionistes).

Aquestes fantasies anals impliquen un alt grau de erotització per tant la seva elaboració és també difícil ja que comporten satisfaccions narcisistes i eròtiques de les que un no pot distanciar-se amb facilitat.

El (la) líder o coordinador (a) del grup tindrà com a tasques principals detectar aquestes fantasies, comprendre el seu grau de modificació i intervenir sobre alguns dels seus aspectes perquè el grup pugui elaborar.

Les fantasies elaborades es transformen en veritables motors del canvi psíquic permetent la maduració.

En utilitzar aquesta expressió m'adono que probablement no coincideixi amb la idea que es té de madurar: una persona madura seria considerada com un ancià que ha arribat a l'edat de la maduresa.

Per maduresa psíquica entenc una capacitat d'associar, posar en relació esdeveniments amb idees, una possibilitat de fluïdesa del pensament lliure dels seus aspectes regressius (realització de desitjos primitius, recerca absoluta de les satisfaccions, incapacitat d'espera, egocentrisme, etcètera).

Des del meu punt de vista, maduresa correspon a capacitat creativa, a possibilitat de trobar noves alternatives i crear expectatives noves. En una paraula, distanciar-se de les idealitzacions infantils per construir il·lusions de futur més acords amb la realitat que les que obeeixen al principi del plaer.

També hi ha fantasies trucades fàl·liques pels desitjos inconscients que les acompanyen, desitjos de grandiositat, expansió narcisista, creença de ser el més important i el més fort, i que van acompanyades de la por a perdre aquestes potencialitats, a ser desposseït de elles.

Aquestes i altres fantasies poden alternar amb les anomenades edípiques, on el reconeixement del valor estructurant d'un tercer (tercer en el sentit de la triangulació que presideix tota situació edípica) implica l'haver abandonat la intenció de ser sempre dues persones

Aquesta intencionalitat inconscient impregna moltes característiques relacionals: desitjos d'exclusió d'un tercer, no tolerar la competició (que s'esten sovint a no tolerar les crítiques o les opinions contràries), ni les diferències.

En aquest tema vull precisar que no es tracta d'intencions conscients ja que qualsevol lector podria argumentar-me que accepta bé les diferències, el tercer i que és, fins i tot, molt sociable quan en la realitat de les seves experiències de relació pot existir un denominador comú de rebuig cap a aquestes característiques.

Com deia un col·lega, l'inconscient no perdona. A l'inconscient tampoc se li pot dominar amb actes repressius, receptes normatives o judicis imperatius. L'inconscient només es pot elaborar per la seva relació amb el preconscient productor del llenguatge comunicatiu.

Les elaboracions grupals en aquest enquadrament terapèutic (teràpia psicoanalítica de grup) segueixen les pautes de les elaboracions psicoanalítiques, gràcies a les interpretacions del líder, les produccions psíquiques es van diversificant i com en tota situació psicoanalítica hi ha processos de canvi, de construcció i reconstrucció no només de les vivències infantils basades en les fantasies descrites sinó també en les preses de consciència que relacionen el passat infantil amb l'actualitat viscuda.

Aquestes elaboracions no poden produir-se en els anomenats grups de treball ja que aquests no estan organitzats de la mateixa manera: Se sobreentén que en un grup de treball els membres no han demanat o demandat fer una teràpia i estan reunits per necessitats institucionals d'un treball precís.

CONCLUSIÓ

Els grups en les institucions plantegen nombrosos problemes que poden ser elaborats si estudiem detingudament les teories sobre grups, els processos institucionals i les seves varietats. Com he intentat descriure, aquests coneixements no serien suficients sense una pràctica adequada on es posen en relació els mitjans (coneixements i competències que posseïm), les condicions en què efectuem la nostra feina, i les finalitats que ens hem proposat. La relació entre els mitjans, condicions i finalitats ens donaran els índexs de les possibilitats que hi ha de fer elaboracions.

Bibliografia

- ABRAHAM, K.: (1966). *Oeuvres completes*. París, Ed. Payot.
- AJURIAGUERRA, J. de: (1973). *Manual de Psiquiatria Infantil*. Barcelona, Ed. Masson
- ALEXANDER, F., y FRENCH, T.: (1965). *Terapéutica psicoanalítica*. Buenos Aires, Ed. Paidós.
- ALLEG, H (2002) *La tortura*. México: Pórtico.
- ALONSO A, ZWILLER H. (1995) *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*". México DF: Editorial Manual Moderno.
- ANCONA L. (1994) Lo espectro operativo-clinico de la Gruppoanalisi. En *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, Anno LV, Maggio-Giugno; .p.597-607.
- ANCONA L. (1996) Psicoanalisi e gruppo-analisi. *Gli Argonauti*. 68:29-47.
- ANZIEU D. (1979) Supervision des psychodramatistes et traitement de leurs problèmes personnels non résolus . *Bull Psychol*. XXXII(339):223-6.
- ANZIEU, D., BEJARANO,R. Y KAËS, R., MISSERNARD, A Y PONTALIS, J.B. (1978) *El treball psicoanalític en els grups* México. Ed. Siglo XXI.
- ANZIEU, D.: (1974). *Le moi peau* . Nouvelle Revue de Psychanalyse, 9, 195-204. Trad. esp.: *El yo piel*. Biblioteca Nueva, Madrid, 1987.
- ARGYLE, M.: (1978). *Social Interaction*. Londres, Tavistock Publications Ltd.
- ÁVILA ESPADA A, CABELLO C. (1999) Clásicos en la clínica grupal. Sobre Eduardo Pavlovky. *Intersubjetivo*; 1(2):213-26.
- ÁVILA ESPADA A, GARCÍA DE LA HOZ A. (1994) Aportaciones de la Psicoterapia de grupo a la atención pública en Salud Mental. Madrid: Editorial SEGPA;.
- ÁVILA ESPADA A. (1993) *Manual de psicoterapia de grupo-analítico vincular*. Madrid: Editorial Quipú.
- AVRON O, GARCÍA-BARROSO M. (1979) « Psychodrame- Le changement de rôle : décalages et correspondances ». *Bull Psychol*:XXXII:243-8.
- BACH G. (1958.) *Psicoterapia Intensiva de grup*. Buenos Aires: Editorial Hormé.
- BACHMANN, C., LINDENFELD, J. y SIMONIN, J.: (1981). "*Langage et communications sociales* ». Hatier. Paris
- BALINT, N.: (1971). "*El médico, el paciente y la enfermedad*". Buenos Aires, Libros básicos.

- BASAGLIA, F.: (1970). *La institución negada*. Barcelona, Ed. Barral
- BAULEO, A. (1997) *Psicoanálisis y Grupalidad. Clínica de los nuevos objetos*, Buenos Aires, Ed. Paidós.
- BERGERET, J.: (1975). “*Manual de Psicología patológica*”. Barcelona, Ed. Masson.
- BETTELHEIM, B. (1955). *Love Is Not Enough-The Treatment of Emotionally Disturbed Children*. Nueva York, Free Press.
- BION, W. (1962): *Aprendiendo de la experiencia*, Buenos Aires, Paidós.
- BION, W.R. (1963) *Experiencias en Grupo*. Buenos Aires, Ed Paidós
- BLEGER, J.: (1967). “*Simbiosis y ambigüedad*”. Buenos Aires, Ed. Paidós.
- BRAUNSCHWEIG, D., DIATKINE, R., KESTEMBERG, E. y LBOVICI, S.: (1968). «A propos des méthodes de formation en groupe», *Psychiatrie de l'enfant*, V, XI, pp. 71-80.
- CASTANEDO C. (1997) “*Grupos de encuentro en terapia Gestalt*”. Barcelona: Editorial Herder.
- CASTEL, R.: (1974). “*Le Psychanalysme* ». París, Ed. PUF.
- CID SANZ, M. (2003). “Las máscaras de la seducción”. Magazine of Asociación Psicoanalítica de Madrid, nº 39.
- COOPER, D.: (1985). “*La muerte de la familia*”. Barcelona, Ed. Ariel.
- CORTINA, A. (1994) “*La ética de la sociedad civil*”. Madrid: Anaya.
- COSNIER, J.: (1977). « *Communication non verbale et langage* ». Psych. Medicale, 9 (11).
- DIATKINE, R.: (1954). «Fantasme et réalité en thérapie dramatique». *Evol. Psychiat.*, 4.
- FOULKES, S. H. y ANTHONY, E. J.: (1970). “*Psychothérapies de groupe* ». Traducción francesa. París, Ed. de L'Epi.
- FREUD, S.: — (1898a). «La sexualidad en la etiología de las neurosis». Buenos Aires, AE, vol. III.
- (1900a [1899]). *La interpretación de los sueños*. Buenos Aires, AE, vols. IV y V.
- (1901b). *Psicopatología de la vida cotidiana*. Buenos Aires, AE, vol. VI.
- (1910k). «Sobre el psicoanálisis "silvestre"». Buenos Aires, AE, vol. XI.
- (1914c). «Introducción del narcisismo». Buenos Aires, AE, vol. XIV.
- (1915e). Lo inconciente. Buenos Aires, AE, vol. XIV.
- (1923b). *El yo y el ello*. Buenos Aires, AE, vol. XIX.
- (1924b [1923]). «Neurosis y psicosis». Buenos Aires, AE, vol. XIX.
- (1930a [1929]). *El malestar en la cultura*. Buenos Aires, AE, vol. XXI.
- (1940a [1938]). «Esquema del psicoanálisis». Buenos Aires, AE, vol. XXIII.
- GRIMBERG, L. LANGER, M. RODRIGUÉ, E. (1957) « Psicoterapia del grupo : su enfoque psicoanalítico”. Paidós
- KAES, R. (2000) “*L'institution et les institutions*”.Paris. Dunod
- KLEIN, M. (1959) « *Envie et gratitude* ». Paris. Gallimard
- LO VERSO G, VINCI G. (1990) “Il lavoro con i gruppi in Psicologia Clinica: una rassegna bibliografica.ParteTerza”. En: Il gruppo nel lavoro clinico.bibliografia ragionata.Psicologia Sociale e clinica. Giuffrè: Editore Milano; .p.25-36.
- MONSERRAT, A. y otros (octubre 2000), “*Trabajo de pensamiento. Desde la perspectiva psicoanalítica*” Revista A.P.M. nº 33 Madrid
- MORENO, J. L.: (1965). « *Psychothérapie de groupe et psychodrame* ». París Ed. PUF.
- PACKARZ DE LOSSO A. (1988.) “Historia de la Psicoterapia de grupo en la Argentina”. En : Temas Grupales por autores argentinos. Buenos Aires: Editorial Cinco;
- PICHON RIVIERE, E. (2004) “Proceso grupal: del psicoanálisis a la psicvología social”. Bs Aires, Nueva Visión (1971)
- ROGERS C. (1954.) “*Therapy and Personality change*”. Chicago : Rogers and Dymond, Comp;
- SEARLES, H.: (1977). “*L'effort pour rendre l'autre fou* ». París, Gallimard.
- WIDLÖCHER, D. (1996). *Les nouvelles cartes de la psychanalyse*. Odile Jacob. Paris
- YALOM ID. (1986.) “Teoría y Práctica de la Psicoterapia de Grupo”. México DF: Editorial F.C.Ec

ASSISTÈNCIA A LES FAMÍLIES A LA XARXA PÚBLICA

JORNADA ACPP – 25 aniversari

Alfons Icart*

Normalment les malalties es manifesten a través dels símptomes i és mitjançant l'estudi d'aquestes manifestacions que podem arribar a la comprensió de la malaltia.

En salut mental és quelcom més complex. La comprensió de la malaltia mental passa per entendre les manifestacions, la simptomatologia, però també hem de comprendre l'organització mental del pacient, la seva estructura de personalitat i les seves defenses, como ha sigut la seva infantesa i el seu entorn social i ajudats per la nostra formació personal podem arribar a conèixer les causes desencadenants del conflicte. I quan es tracta de nens i adolescents és quasi impossible arribar a comprendre les causes que desencadenen el símptoma sense incorporar a la família a les visites.

Es parla molt d'un canvi de paradigma en la comprensió de les malalties mentals avui. Es diu que hem passat de veure'l tot social i relacional, a que tot és genètic, químic. Segurament que aquest anar i tornar, d'un cost a l'altre, és en essència el que dona vida a la controvèrsia de cada línia teòrica i a una certa pressió a reforçar els estudis per demostrar l'evidència científica. Semblant al moviment del rellotge que no pot trobar un punt mig, por què s'aturaria.

I tota acció que fem en un pacient, consulta, diagnòstic, orientació, etc. amb la intenció de comprendre el que li passa i, per reduir el seu sofriment mental i ajudar-li a adquirir nous recursos per afrontar millor el seu conflicte present i el seu futur, és un act psicoterapèutic, una psicoteràpia adequada al moment i a la demanda. *Rycroft* definia la psicoteràpia com tota forma de "cura parlant", entre el pacient i el terapeuta. Un parlar que ha de conduir al pacient a conèixer millor, i a adquirir habilitats per sortir del seu estat de crisi.

Així, qui intenta animar a un amic desesperat o tranquil·litzar a un nen espantat està practicant la psicoteràpia. Pensem que aquests actes tan simples i quotidians es basen en la comprensió de la naturalesa humana. Sabem intuïtivament que es pot calmar a una persona preocupada escoltant atentament la seva història.

** Psicòleg, psicoanalista membre de la SEP-IPA. Director de la Fundació Orienta i de la Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*

Però el que no sol ser terapèutic es quan volem reduir el temps dedicat al pacient donant-li un fàrmac, per estalviar-nos tenir que escoltar-lo. Oblidem el primer pas de l'acte terapèutic, què és escoltar per poder entendre i comprendre les causes que li han portat a aquest estat, i fer-li sentir que estem al seu costat.

Una de les característiques essencials de les malalties mentals és què, com la resta de les especialitats mèdiques, mai la investigació ha estat tan a prop dels interessos industrials i comercial. I el que és un gran avanç, com disposar de bons fàrmacs, es pot convertir en quelcom molt perillós, per la dificultat que suposa per al professional ser coherent i ètic en aquests moments de tanta pressió mediàtica, i donar-li al pacient el que realment necessita.

Entrar, doncs, a discutir si hem de tenir programes de psicoteràpia o no en els nostres centres, no és més que una manera d'aconseguir pressupost econòmic extra, que ens permeti dedicar més recursos terapèutics per a els nostres usuaris o pacients. En el fons no és més que una manera d'ampliar la dotació econòmica. Lo que sí és important és la nostra actitud de escoltar, de intentar saber que necessita el pacient per sortir del seu estat de dolor, confusió, desesperació, per ajudar-li a superar el seu estat de sofriment. I quan es tracte de nens i adolescents moltes vegades el subjecte que pateix el símptoma no en té consciència del que li passa i, en canvi, són els pares els que pateixen les conseqüències del seu mal rendiment escolar o dels seus problemes de conducta. És per aquest motiu que dedicarem una atenció especial a la família com a grup. Però abans dedicaré uns moments a destacar la importància d'una bona formació per al professional de la salut mental.

La formació

No volem entrar a discutir si la teoria psicoanalítica té evidència empírica o no, tan sols vull recordar les conclusions a les que va arribar Shedler J. 2010, després d'avaluar la seva eficàcia en diferents estudis. I diu: "en la psicoteràpia psicodinàmica hi ha evidència empírica disponible que demostra que és molt eficaç, sobre tot, en: la depressió, l'ansietat, trastorns psicossomàtics, de conducta alimentaria, abusos de substàncies, trastorns bordelines, etc.".

Són algunes de les conclusions del seu estudio. Ara bé la formació és un requisit necessari per a poder desenvolupar exitosament qualsevol professió, però en especial aquesta.

Ens trobem que en el cas de la formació psicodinàmica, per a els professionals de la salut mental és quelcom més complex, per dues raons principals: Nosaltres ens servim de la nostra ment, de la nostra estructura psíquica per entendre i comprendre al nostre pacient. Necessitem analitzar el funcionament de nostres emocions, de nostres mecanismes identificadors, la manera com vam anar estructurant les nostres vivències i relacions de la nostra primera infància. A més capacitat de comprensió del nostre funcionament mental, millor podrem comprendre al pacient que ens consulta.

I més d'aquest coneixement i equilibri personal adquirit a través de l'esforç diari i amb l'ajut d'un anàlisi personal, podrem arribar a conèixer millor el funcionament de l'estructura mental del nostre pacient, el seu complex món intern d'identificacions i projeccions i, sobre tot, la seva capacitat de prendre consciència dels seus conflictes i de la capacitat per a superar-los.

Quan una persona està en conflicte amb sí mateixa o amb els altres tendeix a projectar la seva tensió, la seva angoixa en l'altre, com si fos culpable del seu malestar. La formació psicoanalítica ens permet entendre aquests mecanismes identificatoris i ajudar al pacient a resoldre el conflicte que sol estar en ell. Aquesta manera falsa de pretendre resoldre els conflictes, projectant el problema en l'altre, les tensions, la veiem amb freqüència en les famílies. Pares que tenen diferències significatives entre ells, o problemes personals o laborals, tendeixen a vegades a projectar aquests conflictes, la angoixa, en els seus fills, cridant-los fent-los culpables per coses que no tenen importància, mentre que el problema es seu. Atendre només al nen no servirà per resoldre el conflicte, quan aquest, està en una altre persona –en aquest cas en els pares–.

Altres aspectes importants que el professional de la salut mental necessita conèixer és la psicopatologia. El professional ha de saber quins canvis es donen en cada moment de la vida evolutiva del nen, de l'adolescent i de l'adult. I quin tipus de intervenció és la més indicada per a cada moment, si un tractament individual, grupal o amb la família, etc. No és el mateix que una problemàtica, un conflicte mental, que generen una consulta, tingui les seves arrels en les primeres relacions o sigui conseqüència d'un fet concret i actual. El podem veure en aquests dos exemples següents:

Consulten el pares d'una nena de 8 anys perquè des de que va néixer el seu germà (3 mesos) plora, està trista i de mal humor, li costa anar a l'escola, no té amics i es fa pipi. Al preguntar per la seva història, els pares diuen que de sempre ha sigut així i que mai ha controlat el pipi, però que actualment ha empitjorat. El que podem veure és que el naixement del seu germà ha empitjorat el conflicte o quadro clínic, però el problema que presenta aquesta nena és estructural. Les manifestacions de gelosia que presenta en aquest moment només han vingut a complicar la síndrome d'una nena que té importants problemàtiques estructurals que li dificulten el seu creixement.

El cas següent és diferent. Els pares d'una noia de 15 anys consulten per la seva filla que des de fa dues setmanes s'ha tancat en la seva habitació i no vol saber res d'ells. A més temen pels seus estudis, perquè començà a deixar d'anar a classe. Els pares molt preocupats es temien el pitjor per la pertinença a un grup del barri molt conflictiu, quan per altre part mai havien tingut problemes amb ella. Al preguntar sobre la causa que va provocar aquest conflicte familiar, el pare diu: "Últimament volia sortir per les nits però arribava aviat, fins que un dia es va enrederir sense dir res. Ho vam parlar i vaig decidí tallar-lo de cop i no deixar-la sortir més, fins que demostrés que era adulta i responsable". És una reacció dels pares, produïda per les seves pors i que no respon a la realitat de la noia que es seria, complidora i que, a més a més, vol ser adulta, autònoma.

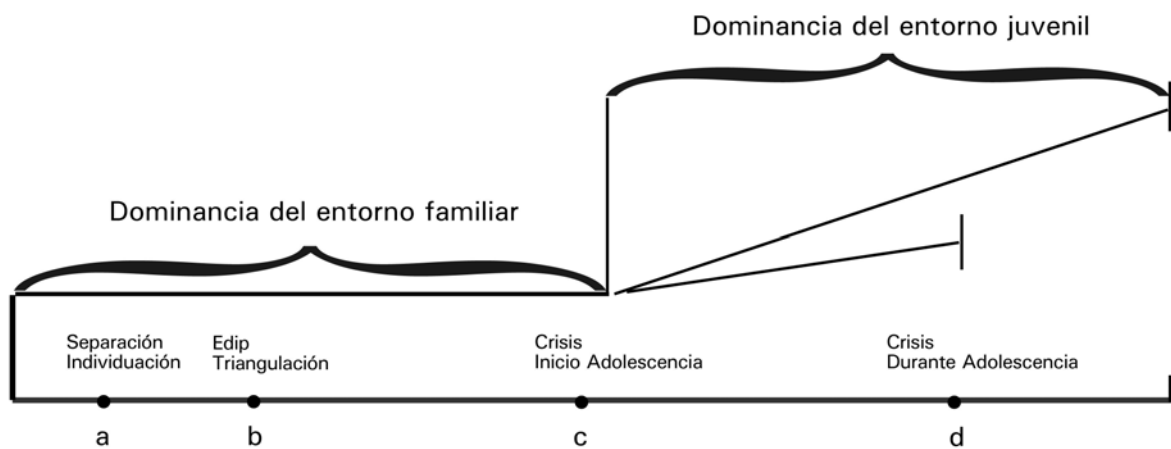
Vam anar comentant tota la situació, les pors, sobre tot a que poguessin perdre el control sobre ella, quan la jove el que volia era un tracte diferent: no ser tractada com una nena sinó com una adolescent. I els pares influït per la por a les males companyes, l'alcohol, etc. (un familiar és alcohòlic) van adaptar una actitud proteccionista autoritària que no la deixaven créixer i la seguien tractant com una nena petita. Els pares van comprendre el que significa créixer i acompanyar en el creixement de cara a adquirir autonomia de la jove a través de parlar amb ella i arribar a pactes, després d'escoltar els seus raonaments.

En un cas tenim tota una problemàtica que s'inicia en les primeres relacions. Una nena que no ha superat la separació-individuació no ha pogut estructurar una identitat, té dificultats per créixer i no es pot projectar cap a el seu món exterior. Tindrem que plantejar un tractament llarg i amb la família, i si no és possible, al menys mare-nena que és a on està la base del conflicte, tot i ser un problema familiar. Una família que en lloc d'estimular el creixement, segurament per les seves pròpies dificultats i confusions mentals, tendeix a

estimular la regressió. En canvi en el segon cas, és una problemàtica aguda, pròpia del creixement en l'adolescència. En aquest casos plantejarem un tractament breu, segurament de tres o quatre sessions, centrat en la causa desencadenant del conflicte. Treballar dins de l'assistència pública ens porta a prioritzar tractaments enfocats a resoldre les causes desencadenants del conflicte, en el mínim temps possible. El treball en equip que realitzem amb els professionals de la salut ens permet discutir aquests casos i acabada la nostra intervenció el professional derivant pot fer un seguiment per observar l'evolució que fa el pacient.

Principals etapes de la vida

Les reflexions que hem fet fins ara, ens mostren que per poder fer un prediagnòstic, ja en la primera entrevista hem de tenir uns bons coneixements de la psicopatologia i de les principals etapes del nen i de l'adolescent; de la importància que té cada etapa. Podrem diferenciar si és la manifestació d'un conflicte amb base estructural (el moment evolutiu a on s'inicia el conflicte) o si es una manifestació aguda produïda por un fet concret. El gràfic següent ens ajudarà a diferenciar aquets passos.



El primer punt que assenyalo és el procés que ha de fer el nen per a diferenciar-se física i mentalment de la mare; la seva evolució anirà des d'aquesta indiferenciació inicial fins a una separació self-objecte (Maler M, 1972; Klein, M 1928). És important tenir clara aquesta etapa per entendre millor els inicis de la formació del jo, la seva evolució i dificultats en la seva formació. És aquí a on trobem les arrels de les psicosis, dels trastorns greus de personalitat i de comportament i d'estructures bordelines, segons el grau de fortalesa i formació del jo.

El segon moment és tot el procés que té que fer el nen per permetre l'entrada de noves persones en la relació amb la seva mare, és el procés de la triangulació, la socialització del

nen. Segurament és l'etapa més espaiada en el temps. I estarà molt influenciada per com ha estat superada l'etapa anterior. Aquí trobarem la base de la majoria dels trastorns neuròtics.

Per a mi, l'adolescència té dos moments importants que és a on es reactiven les crisis o conflictes evolutius no resolts: un està a l'inici d'aquesta etapa i l'altre ja avançada l'adolescència. Segon es devingui en un moment o altre, la crisi tindrà una manera diferent de presentar-se i, també, un quadro psicopatològic diferent.

Aquest tercer moment es dona a l'inici de l'etapa de l'adolescència quan el nen encara no es pot desprendre dels aspectes de dependència infantil amb els pares i entrar en el món de dependència juvenil. En aquesta etapa o moment evolutiu és quan es reactiven les manifestacions psicossomàtiques, crisi greus d'ansietat, problemes de comportament i trastorns greus de la personalitat, etc. Ens mostra que l'arrel, la causa d'aquests conflictes radica en la no superació de la primera etapa. Però aquesta crisi a l'inici de l'adolescència no sempre presenta tanta gravetat. De totes maneres és necessària una intervenció terapèutica amb la família. Normalment en aquests casos, els nens i nenes no senten l'ansietat i són els pares qui la viuen.

La crisi durant l'adolescència es dona quan l'adolescent, que està en ple procés d'afrontar i superar aquesta etapa, per causes diverses fracassa, i entra en conflicte. El que observem en aquests adolescents és la seva fragilitat joica. I aquesta fràgil estructura joica, en un moment donat, no li permet seguir afrontant les dificultats o l'augment de l'ansietat que pot aparèixer, ja sigui provinent del seu món intern, ja de l'entorn familiar, escolar o social. En aquesta segona etapa de l'adolescència trobarem les crisi d'ansietat i els suïcidis, entre altres. I la indicació terapèutica sempre serà l'atenció individual de l'adolescent.

La família

Com hem vist fins ara és difícil separar el nen o nena de la família per atendre les disharmonies evolutives o trastorns propis del creixement. La família precisament es constitueix amb el naixement del primer fill. La comprensió psicodinàmica ens permet detectar i valorar els mecanismes relacionals entre el nen i els pares i tot el seu entorn. La dècada dels noranta ha sigut testimoni de la producció de canvis transcendents en les estructures familiars. Alguns autors sostenen la tesi de que l'estructura familiar ha perdut la seva capacitat de socialitzar, de contenir, educar, d'establir patrons de comportament. Altres, com Beck-Gensheim (2003) (més controvertits) defensen que conceptes tradicionals

(com matrimoni) ja no quadren, no concorden amb la realitat. Són antiquats i incapaços de reproduir el sentiment i la realitat vital de las noves generacions. Sembla, per tant, que ens trobem davant una nova complexitat de la família. Aquesta, de la mateixa manera que altres elements que articulen les relacions socials: treball, Estat, religió, estan canviant i aquest canvi es coneix com “declivi de la funció paterna”.

Luis Flaques, en un text publicat l'any 1999, *La estrella menguante del padre*, va fer un interessant anàlisi del que han comportat els canvis en els models familiars. Segon aquest autor, la pèrdua de l'autoritat, de la legitimitat del patriarcat, ha propiciat la transmutació de les idees i dels valors.

En els últims anys el model de família ha canviat substancialment. De la família tradicional hem passat a les famílies reconstruïdes, a monoparentals i a les constituïdes per persones del mateix sexe. L'experiència en l'atenció d'aquesta diversitat és minsa per poder fer afirmacions i propostes.

De cara a l'abordatge familiar en el nou panorama de les famílies, ens presenta moltes dubtes i variacions en la composició del grup terapèutic, que anem resolent amb imaginació i empeny. Ja no serveix la decisió d'integrar en el grup terapèutic als membres de la família que viuen o dormen sota el mateix sostres com ens deia Jorge Thomas. Ara bé, en aquest treball deixaré aquestes noves modalitats de grups familiars on moltes vegades no queda clar qui desenvolupa les funcions parentals, repartides entre diferents membres, i em centraré en les modalitats clàssiques de família que encara formen part majoritària de la societat actual.

Ara bé, els desajustos i disharmonies evolutives dels nens y dels adolescents, els problemes de salut mental, penso que no tenen a veure tant amb les noves formes de la família, com també amb la manca d'autoritat i models educatius, portats a terme per una o varies persones. És cert que en les famílies reconstruïdes moltes vegades són els fills els que dificulten als nous pares desenvolupar les seves funcions educatives, com veurem en la següent vinyeta clínica.

Una mare separada viu amb el seu fill petit. Durant un temps, la relació dels dos s'intensifica en certes vivències emocionals, cada un busca en l'altre allò que manca amb l'absència del marit y pare. Es compensen mútuament. Quan la mare vol refer la seva vida perquè ha

trobat una nova parella, va trobar grans dificultats per a que el fill tolerés a aquesta nova persona a casa, i menys que desenvolupi funcions de pare. I la mare també va mostrar les seves dificultats per deixar que la seva nova parella realitzés aquestes funcions de pare ja que el vivia com que li prenia el seu fill. Caldrà temps per refer la seva família i, segurament, una ajuda terapèutica familiar. I els terapeutes familiars molta imaginació i capacitat per comprendre el nou grup, en la seva dinàmica i en la seva demanda d'ajuda.

En conseqüència ens trobem davant d'un nou repte per a els professionals que atenem les alteracions i trastorns relacionats amb la salut mental, especialment dels nens i adolescents. Segurament que la confusió entre la societat del benestar i la satisfacció immediata de les coses, ha portat a les famílies i a la mateixa societat a un cert grau d'infantilització, no suportant l'espera, la no tolerància a la frustració, exigint les coses immediatament.

També hem de tenir present que moltes vegades les excessives ocupacions, en especial de les mares, per tirar endavant la família, els obliguen a estar moltes hores absents de la casa i quan hi són, el sentiment de culpa les porta a voler reparar la seva absència amb concessions als seus fills que, en altres circumstàncies, no ho farien. Una dona amb tres fills i un marit que guanyava molt poc, tenia que treballar moltes hores, per la qual cosa veia molt poc als seus fills. I quan estava amb ells intentava cedir a les seves peticions malgrat que es donava compte que no els calmava. Amb llàgrimes als ulls deia: "si només estic amb ells una estona, com els puc dir que no... no puc".

Des d'aquesta perspectiva ens trobem amb problemes o disjuntives relacionals a on els desajustos o la incomprensió d'un amb els altres pot propiciar l'aparició de trastorns emocionals relacionals evolutius.

Tan en els nens com en els adolescents la seva evolució està estretament lligada a la família, als pares. Els nens tindran que superar etapes evolutives que afectaran als pares i els pares tindran també moments difícils que també afectaran als nens i adolescents. I la superació de les diferents etapes o moments difícils de la família influirà en tots els membres de la família. Per això aconsellem que en tot el que són trastorns propis del creixement, disharmonies evolutives, tan en el nen com en l'adolescent, és pertinent per no dir obligatori, atendre el grup familiar.

Amb freqüència observem que determinades aproximacions exclusivament farmacològiques en l'atenció dels trastorns de salut mental, sobretot, en nens i adolescents, obliden que existeixen entre ells i els pares pautes de relacions alterades o inharmòniques i que el símptoma, sovint, és una manera d'evidenciar aquestes alteracions. En conseqüència, si abans de donar un fàrmac resollem aquestes alteracions, segurament s'evitaria l'abús d'aquestes substàncies en aquesta població.

Quan les interaccions entre el nen i el seu entorn són negatives; o sigui, quan les imatges que es projecten són negatives, el seu món intern es va deteriorant i les imatges que el nen té de sí mateix, aquelles amb les quals s'identifica, es tornen també més negatives.

Un nen que fracassa a l'escola, genera preocupació i neguit en la seva família, entorn social, escola, etc., i acaba sentin-se dolent. Es carrega de culpes i queda atrapat en una situació de la que no pot sortir per sí mateix, cada cop més negativa per a el seu futur. No totes les famílies coneixen la importància que tenen aquestes primeres relacions i que els nens han de poder expressar els seus sentiments. La Dra. Coromines, en la seva obra *Psicopatologia i desenvolupament arcaics* (1991), ens parla de la importància que tenen les primeres relacions i de tota la dinàmica familiar. Ens deia que les primeres relacions són estructurants de la personalitat i condicionaran el seu futur. I és a través dels pares que podem saber com es van viure en la família els primers moments de la vida. Segurament cada cop la societat i els propis pares saben més de la importància de les primeres relacions i d'estar receptius cap els nens. Però no sempre és així com podem veure en aquest breu exemple.

Consulten uns pares pel seu fill de sis anys que està molt nerviós, té dificultats per menjar, té terrors nocturns i cada cop està tancat en sí mateix i més trist. El problema va començar quan va néixer la seva germana. Ara té dos anys, no té gelosia, a casa no hi ha gelosia, veritat? li diu la mare i el nen contesta que no. Resulta que algú desafortunadament els va dir que no s'ha de parlar de gelosia i així són més amics els germans. La nostra cultura ha avançat en els últims anys pel que fa a la cura del nen, però no sempre posem suficient atenció als més petits i a les seves gran preocupacions en relació a l'evolució familiar. Els professionals de la salut mental que treballem a l'assistència pública junt amb els professionals de la salut, de l'educació i altres col·lectius de professionals dedicats a la cura del creixement sa dels nens, hem de saber transmetre a tots, la importància de prestar atenció a les primeres relacions i als primers anys de vida dels nens i nenes.

Els pares d'un nen de 30 mesos, van tenir un altre fill. Havien parlat amb el nen d'aquest fet. Els primers dies després del naixement de la seva germaneta, el nen va estar molt agressiu amb el seu pare, amb el qual tenia molt bona relació. En un moment de descontrol el pare el va agafar apart, es va preocupar pel seu neguit i li va preguntar si havia passat alguna cosa i el nen va contestar: "És que ara ja no m'estimeu. Només l'estimeu a ella". Aquest nen no té experiència de compartir. I és normal el seu raonament. Si abans era tot per mi, ara tot serà per ella. No té experiència de que en aquesta família pot haver lloc per als dos. No és, el naixement de la germana el que li preocupa, és el pànic a perdre tot allà que tenia. I només amb el pas del temps podrà adonar-se de que en la família hi ha lloc per a tots. Les problemàtiques que es donen en el creixement i evolució de la família, són normals i cal tractar-les des de la naturalitat sempre que no generen conflictes importants que poden aturar l'evolució normal. Un dels sentiments més freqüents es la gelosia, que apareix en totes les edats, des de els més petits als més grans. Són alteracions que es pateixen individualment, però que són conseqüència del creixement de la família, per tant hi ha que tractar-les amb tota família. Podríem parlar també dels nens amb TDAH. ¿Per què hi ha tant d'interès actualment per diagnosticar nens hiperactius?

Fa uns anys van començar a arribar nens diagnosticats de problemes de percepció espacial i dificultats en la definició de la lateralitat. Aquella moda no va durar gaire. Quan els professionals que estaven realitzant en el sector uns estudis per a la universitat els van finalitzar i van presentar la seva tesi doctoral, es van acabar també aquests diagnòstics i les famílies seguien venint a consultar però sense un diagnòstic previ. En aquests moments ens trobem amb un altre diagnòstic, el trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat. I si abans la família, a través de les entrevistes en la majoria dels casos, entenien que darrera de aquell prediagnòstic havien disharmonies evolutives pel que fa als canvis en la família que generaven tensió, malestar en el nen, ara no passa el mateix. Es tracte, sobre tot d'interessos econòmics, pressions, per tots conegudes, de la indústria farmacèutica, que volem estigmatitzar a la població infantil, juvenil i adulta amb una etiqueta de TDAH. El problema és que aquesta moda no només no "passa de moda", sinó que va en augment.

Però no tot és un problema econòmic de grans multinacionals. A un número de famílies, també els hi va bé que veus autoritzades els diguin que el seu fill té un problema de personalitat, què és un TDHA i què per això és actiu i es distreu, etc. Aquests pares ara, amb l'etiqueta de TDHA es preocupen de portar-lo al professional per a que li donin un fàrmac i es tranquil·litzi, mentre que pensem que potser els pares s'haurien de tranquil·litzar i

sentir-se no tan culpables de no poder dedicar suficient atenció i temps al seu fill. Potser és millor pensar que és un nen problemàtic, un nen malalt i que cal donar-li un fàrmac y que deixi tranquils als seus pares. Tots sabem que darrera d'un nen mogut, dispers, que crida l'atenció contínuament, trobem un nen que se sent solo, que pateix, que busca desesperadament afecto, atenció i que a través del moviment corporal va expulsant la tensió, el malestar que porta dins. Freud ens va dir que el primer mecanisme per afrontar l'ansietat, que pateixen els bebès és, expulsar-la cap a fora mitjançant moviments de mans i peus. I normalment tenim a mares i nens molts deprimits i pares que a través del treball, s'excusen de no complir amb les seves funcions paternes i d'espòs -lcart (2007) Monográfico sobre el (TDAH) Revista de psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente.

Si considerem el símptoma com una manifestació d'una problemàtica centrada en el grup familiar, ens serà molt més fàcil investigar la causa desencadenant d'aquest conflicte que viu tota la família. Normalment el problema es genera per desavinences entre els pares o entre pares i fills, per problemes externs que influeixen negativament en el grup, a causa de canvis en la dinàmica familiar, etc. I quan coneixem bé la causa desencadenant del conflicte, podrem focalitzar el nostre treball terapèutic. Per poder determinar si es pot planificar un treball terapèutic breu o no, hem de conèixer bé la psicopatologia, les disharmonies que solen o poden aparèixer en cada moment evolutiu i així diferenciar-los dels conflictes lligats a aspectes estructurals, que necessitaran un treball terapèutic a mig o a llarg termini. Hem de tenir molt present que el nostre treball terapèutic a la xarxa pública ens obliga a tenir els màxims resultats en el mínim temps possible.

Però altres vegades trobem el problema en els pares i en la seva estructura mental. No han sigut capaços de crear una dinàmica o espai mental ampli com a pares, per integrar-hi els seus fills. Són pares que tendeixen a establir relacions adhesives, amb lo qual advertim que tenen dificultats per crear en la família un grup o espai mental més ampli que pugui albergar varis fills i maneres de pensar. Podem dir que no van resoldre bé les seves etapes de diferenciació i triangulació. Poden dedicar-se plenament a un fill, però no hi ha espai per a dos. I les conseqüències en la dinàmica familiar poden ser importants. Quan només hi ha un fill no solen haver-hi dificultats, el problema és quan apareix el segon i als pares els hi costa tenir suficient espai mental pels dos. Aquests pares quan tenen dos fills tendeixen a posar en un d'ells tot allò que és bo i en l'altre tot allò que es dolent; com si fos un sol fill però dividit en dos. En aquests casos el problema no està en els fills malgrat que ells ho

manifestin, sinó en els pares, en la seva capacitat mental. No hi ha espai per dos fills diferents en aquesta família.

Consulten per una nena de 9 anys uns pares que es descriuen, molt preocupats, pel canvi que ha fet la seva mare des del naixement de la seva germaneta, que ara té 3 mesos. Havia sigut una nena exemplar en tot, a casa, amb la família, al col·legi, etc. Els pares comenten: “nosaltres ja li dèiem que hem estat 10 anys amb ella i que ja és gran, ara té que espabilar-se perquè hem de cuidar a la seva germaneta”. Les rabietes que ara fa com no voler anar a l'escola o els empipaments continus, molestat a la seva germana, són maneres de protestar pel canvi que han fet els seus pares i de reclamar la seva atenció. Podem veure que aquests pares només tenen espai mental per a una de les seves filles. Fins ara era la gran i ara la gran s'ha de defensar sola i els pares cuiden de la petita. Vaig mostrar que no es pot passar de ser la petita i molt protegida dels pares, a ser la gran i sense la seva ajuda. No és possible, tot procés necessita temps d'adaptació, per a la nena i per als pares. Quatre entrevistes familiars van ser suficients per normalitzar la dinàmica familiar.

Pèrdues d'essers estimats

La pèrdua d'essers estimats és un fet molt normal en la nostra vida i, al mateix temps, molt traumàtic. Un dol ben fet ens ajudarà a no oblidar les bones vivències i records de la persona que s'ha anat, però un dol no resolt pot ser la causa de grans problemes emocionals. El dol és un estrès emocional, un estat de dolor, que podem patir les persones. Si els superem correctament sortirem d'ell reforçats en les nostres capacitats emocionals i equilibri mental. Per altre part, de no tenir l'oportunitat o possibilitat de superar-lo, a més de quedar traumatitzats pot ser la causa d'altres problemes emocionals i manifestacions psicopatològiques. Quan la persona que pateix aquest conflicte emocional és un adult, sovint és més fàcil que prengui consciència del seu patiment i que cerqui ajuda per superar-lo.

No és el mateix quan la persona que pateix aquest conflicte emocional, que ha perdut una o més persones del seu entorn íntim familiar és un nen o una nena. Ja sigui perquè els adults no li donen suficient importància o, senzillament, perquè ignoren les conseqüències que poden tenir per a un nen un dol no resolt. En aquests casos és quan la família concentra el protagonisme i és a través d'ella que podem enfocar la resolució del dol del nen, de l'adolescent i de tota la família.

En la resolució d'aquests conflictes té molta importància les costums educatives de la família. En totes les cultures i religions es dona gran importància a la mort i a través de diferents escenificacions es facilita l'expressió de les emocions, l'elaboració de la pèrdua. Però encara en la nostra cultura existeix, en certs cercles, la idea de que als nens cal amagar-los o apartar-los de les pèrdues familiars. En aquests casos és molt difícil fer el dol, si no es pot parlar de la persona absent.

El cas d'un nen de 9 anys que havia perdut el seu avi i a casa van decidir no comentar-li al nen aquest fet. Va ser enviat transitòriament a casa de la seva tia. Quan es va incorporar a la vida normal els pares van intentar distreure'l dient que l'avi s'havia anat de viatge i es quedaria al poble, amb la esperança que tot s'ho oblidaria. Però no va ser així, el noi va començar a estar trist, a perdre la gana i a tenir pors nocturnes. Comentat el cas amb els pares ràpidament van poder veure que estaven equivocats. El fet era que el seu avi el recollia a l'escola i restava amb ell tota la tarda fins que per la nit venien els pares del seu treball.

Amb aquests breus exemples podem veure el paper clau que té la família. Ja sigui per amagar veritats doloroses que no permeten afrontar emocionalment el conflicte, com en les possibilitats que ens ofereix per solucionar-los. I per finalitzar mostraré un exemple de mala praxis, quan es deixa de costat a la família i es pretén resoldre el conflicte sense la presència dels pares.

En aquest cas la nena es trobava malament, no podia dormir, no anava bé a l'escola i no tenia amigues, etc. Com la nena no parlava el terapeuta li va donar l'alta, indicant a la seva mare que si continuava igual que podien tornar a demanar visita passat un temps. Però el terapeuta no va pensar que podien haver succeït coses molt importants al seu voltant i que la nena no podia explicar.

La directora d'una escola d'idiomes, coneguda meva, em va parlar d'una nena de 7 anys, inestable que passava d'un estat de molta agitació a estar callada i quieta en el seu lloc. La veia trist. Fins quan reia la veia trist. Busca l'aprovació en tot i si no pot ser el centre d'atenció es retira i es queda sola. A més, últimament li costava molt menjar, quelcom que va a més cada dia. Li dono una hora per a tota família, què és com habitualment treballa.

Venen la mare i la filla. En la primera entrevista la mare es queda callada y diu que tot va bé, només que la nena, la filla està una mica trist i busca constantment que li donen petons i ser el centre de tot. La nena fa un dibuix d'una família amb papes, ties i avis i, un altre, amb una princesa que està molt alegre y feliç. Em va semblar que em deia que el problema estava amb la família i que darrera de la princesa alegre havia una nena trist. Al preguntar pel pare, em diuen que va morir fa poc mesos. Mentre tant no veig que ni en la mare ni en la nena hi ha mostres de dolor. A la sessió següent comento que explorem que va passar amb el papa i amb la resta de la família.

Els pares es van separar fa dos anys. El pare estava malalt y es va morir 3 mesos abans de dar-li d'alta del seu tractament individual. Mentre el seu pare vivia, cada 15 dies parlava amb ell per telèfon, doncs es va anar al seu país d'origen. Ara no ha volgut parlar més del seu pare. No és gens fàcil seguir explorant a aquesta família. Jo el que sento és que hi ha molt dolor contingut i que tant la mare com la nena no poden parlar. Poc a poc és possible explorar el que va passar en la família. Al llarg d'un any han perdut, a més del pare, a dos avis, una tieta i una amiga de la família i no s'han pogut acomiadar de ningú per la distància. La mare dona mostres de molt dolor, en canvi la noia respon de forma maníaca a tot aquest relat, com si no hagués passat res.

A la sessió següent la mare ve molt preocupada perquè la nena ha deixar de menjar. Segons diu la nena, no es empassar res. És com si no li passés el menjar, ni tan sols allò que li agradava molt.

Vaig pensar que la nena estava expressant que no podia fer front a tantes pèrdues i "empassar-se" tan dolor. Tragar simbolitzava prendre consciència de les persones que havia perdut i era massa dolor, no podia. En aquests casos s'ha aconsella acompanyar-les en tot el procés del dol. I així vaig enfocar les cinc entrevistes següents. Mentre, vaig parlar amb la pediatra, per compartir aquesta preocupació i evitar possibles exploracions orgàniques, segurament innecessàries, com així va ser. Va estar d'acord. Van ser unes sessions molt intenses i doloroses i la presència de la mare va ser molt important per anar verbalitzant tot el que va passar i recuperar al pare i les altres pèrdues. Recuperar el bo i positiu que tenien i com l'havien estimat. Passades dues sessions, ve un dia i diu: "ara ja puc "tragar" i, a més puc gaudir del menjar". La resta de coses es van anant normalitzant. Segons el seu pediatra aquest canvis es van anant consolidant.

Bibliografia

Adroer S, Icart A (1989). L'espai mental en patologia psico-somàtica i la seva relació amb els problemes de simbolització. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 6.

Aguilar, J (2001). Sensorialidad, creatividad y mentalización: problemas técnicos. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*. 17, 39-45.

Barraquer Bordas, LL y Icart, A (2004). La relación médico-paciente. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 3, 39-51.

Bleger, José (1998). *Simbiosis y ambigüedad: estudio psicoanalítico*. Argentina: Paidós. pp. 318.

Bion, W. R. (1962a). A theory of thinking, *International Journal of Psycho-Analysis*, vol.43: Reprinted in *Second Thoughts* (1967).

Bion, W. R (1970). *Attention and Interpretation*. London: Tavistock Publications. Reprinted London: Karnac Books 1984].

Corominas, Júlia. (1989). *Psicopatologia i desenvolupaments arcaics*, Barcelona, Paidós

Engels, Friedrich, in Hottingen-Zurich October 1884; traducció anglesa de Alick West 1942: *The Origin of the Family, Private Property and the State* Actualment en: Marx/Engels Selected Works, Volume Three. Traducció catalana, ara en L'origen de la família, la propietat privada i l'Estat. http://www.marxists.org/catala/marx/1884/ursprung/me21_025.htm
http://www.marxists.org/catala/marx/1884/ursprung/me21_025.htm

Fonagy, P; Gergely, G; Jurist, E. L (2002). *Affect, Regulation, Mentalization and the Development of the self*. Other Press, NY.

Freixas, J (1988a). La transferència en el tractament psicoterapèutic d'un adult neuròtic: l'home de vidre. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol. V, núm. 1.

Grimberg León y Grinberg Rebeca (1998). *Identidad y Cambio*. Paidós Iberica, Barcelona.

Icart, A (1995). Abordatge dels conflictes familiars en la infància i en l'adolescència. Tercera Taula: Nous models de família en l'entorn urbà. Generalitat de Catalunya. Barcelona

Icart, A (1997). Psicopatología infantil y juvenil, en: Bras, J. de la Flor, J. E y Masvidal R. M, *Pediatría. Atención primaria*, Madrid, Springer-Verbag Ibérica, Cap. 44

Icart, A (2000). Algunes manifestacions de l'angoixa a l'adolescència. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, Vol. XXVII, Núm. 1-2

Icart, A (2004). Manifestaciones psicósomáticas a la adolescencia. *Revista Portuguesa de Paidopsiquiatria*, 19, 7-22

Icart, A Y Ribalta T (2005). Intervención precoz en la prevención del trastorno hiperactivo. Una modalidad de psicoterapia familiar breve. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 6, 85-96

Icart, A (2007). Tratamiento del niño hiperactivo a través de la familia. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*. Monográfico 2, 31-42.

Icart, A (2012). Trastorno límite de la personalidad en la adolescencia. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 19, 35-44..

Icart, A y Freixa, J (2013): *La familia como elemento dinámico. Comprensión dinámica e intervenciones terapéuticas*. Barcelona, Herder.

Kernberg, O (1984). *Severes personality disorders*. NY

Klein, M (1952). Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. *Obras completas*. Vol III. Buenos Aires, Paidós-Hormé.

Manzano, J (2004). La psicopatología: una concepción relacional. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 3, 9-11.

Meltzer D. i. Harris M. (1989). *El paper educatiu de la família*, Barcelona, Espaxs.

Nicolò, A. M (2009). Descompensación psicótica en la adolescencia. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 14, 39-48

Torras, E (2011). *La mejor guardería, tú casa: Criar saludablemente a un bebé*. Plataforma Editorial, SL.

Thomas, J (1995). *Niveles de la organización mental*. Madrid, Instituto Europeo de Estudios de psicoterapia psicoanalítica.

Winnicott, D (1957). The Child and the Family, in *The child, the family, and the outside world*. London: Penguin Books (1964). Ara en Winnicott, D. W (1973). *The Child, the Family, and the Outside World*, Middlesex.

DIALOGANT AMB FAMÍLIES, GRUPS, I INSTITUCIONS

Dra. Montserrat Martínez del Pozo

Quan uns mesos abans de la Jornada de Celebració dels 25^a anys de l'ACPP: "On Érem, On Som?" els companys de l'ACPP em varen demanar que comentés les ponències d'Alfons Icart i la Dra. Manuela Utrilla, vaig començar un diàleg imaginari amb els seus treballs. La cruïlla comunicativa que promovien era molt interessant i generava impactes emocionals que es transformaven en vivències d'esperança, reflexió, noció de límit i pensament creatiu.

Aquesta Jornada s'inicià com un viatge que es comença a preparar molt abans amb il·lusió, afany de coneixement i desig de vinculació. Els ponents, els col·legues que van venir a la Jornada i jo mateixa ens vàrem endinsar en la nostra trajectòria psicoterapèutica, des d'on partíem fins a l'actualitat. Va ésser molt emocionant. La lectura dels seus treballs generava l'escolta de la nostre contratransferència de lectors i ens sentíem ajudats!

Els conferencians aconseguiren una comunicació emocional i cognitiva amb els assistents a la Jornada. Una interacció ben ràpida amb els psicoterapeutes que treballem amb adolescents, en teràpies individuals, de parella, família, i grup en diverses institucions de característiques ben diferents. Va ésser un privilegi gaudir de la seva presència!.

Quan ens trobem amb pacients en períodes de crisi personal que tenen mancances psíquiques fonamentals, no ens resulta fàcil generar-los aquells elements, els quals necessiten de forma imprescindible per desenvolupar la seva ment, millorar la seva salut i els vincles socials, i alleugerir el seu sofriment. Es a dir: hem d'enfortir el seu self per fer front a les vicissituds quotidianes, i als infortunis i alegries que ens presenta la vida.

Centrant-me en la nostre taula, i en el que acabo de mencionar, cal subratllar que ***l'atenció psicològica, educativa, social i mèdica als infants i adolescents, a les seves famílies, i als equips i institucions és ineludible, tant a nivell preventiu com terapèutic. Atenció que paradoxalment disminueix les despeses del sistema sanitari i educatiu.***

També hem de remarcar que és necessari ajudar als diferents professionals que atenen, cada dia, el sofriment, les carències i els conflictes relacionals. El patiment dels treballadors en les Institucions és alt i te conseqüències en la seva salut. En els pacients, familiars i diferents equips institucionals es detecta l'emergència d'una alta incidència en trastorns

mentals, físics, psicosomàtics i situacions d'estrés. La frase "Cuidar als cuidadors" hem d'aconseguir que s'arribi a materialitzar.

En els pacients, familiars i equips institucionals detectem defenses de tot ordre fins i tot les més primàries. En aquestes últimes el seu patiment no s'ha aconseguit transformar en mentalització, verbalització i recerca de solucions. No es disposa de suficient capacitat per enfrontar les problemàtiques i es busquen sensacions que tapin el dol, la renúncia, l'ansietat, la depressió i els estrés. Com els podem ajudar?. Els ponents varen abordar aquestes qüestions de manera excel·lent en el seu treball i en el diàleg amb els assistents.

Durant el matí parlem de les dificultats de nens que no saben jugar, dibuixar, vincular-se profundament, créixer mentalment, adolescents atrapats en la seva depressió, addiccions, adults i gent gran molt desesperada i decepcionada. A conseqüència de l'anomia social, ambient deficitari i la impossibilitat de digerir les adversitats (entre d'altres elements) no han pogut construir i guardar els objectes interns en prou bones condicions per superar les situacions en què es troben. Ells es vivifiquen i emmalalteixen en els grups on viuen: la família, els grups on fan activitats d'oci, els grups escolars, de l'institut o universitat, del món laboral, i el que també és molt important el dels grups-institucionals.

Les situacions socials, econòmiques, etnològiques, antropològiques i culturals també interactuen i incideixen en els grups mencionats i donen lloc a sentiments i emocions que requereixen ser expressats i escoltats. La interacció dona lloc a un emergent que revela conflictes i carències de tot ordre, sentiments de por i fins i tot terror a ser expulsats dels grups de pertinença, violència, depressió, ansietat, indefensió, la gran vulnerabilitat del ser humà.

Es molt necessari que els psicoterapeutes de grup i dels grups - institucionals rebin una educació suficient, eficaç, actualitzada i pertinent, de manera que es possibiliti l'exercici professional adequat. Tan sols així es podran analitzar i elaborar els fenòmens que succeeixen en el sí dels grups institucionals.

La Dra. Manuela Utrilla i Alfons Icart destaquen de forma magnífica el treball d'anàlisi i elaboració de la interacció dinàmica grupal dels "grups-institucionals". En ells és possible la gènesi d'un pensament creatiu que desbloqueja processos grupals que estan impregnats de dificultats que impedeixen l'evolució de la institució, i al mateix temps generen molt sofriment, malestar i malalties en els membres que formen el grup. Si persones adequadament formades no els rescaten, el seu sofriment sovint quedarà congelat i no pot disminuir.

El enfocament de Manuela Utrilla és efectiu: "Com les institucions estan compostes de grups i aquests alhora d'individus, hem de contemplar els

problemes grupals des de la perspectiva psicoanalítica per comprendre l'impacte de les institucions sobre el individu.

La hipòtesi central de l'autora és que existeix la possibilitat d'elaborar, tant en els grups com en les institucions, els processos que impedeixen el desenvolupament i l'evolució del pensament.

Com existeixen nombrosos grups diferents i en cada un es desencadenen mecanismes i processos específics, les elaboracions grupals exigeixen un estudi minuciós de les característiques dels grups de treball, la funció del coordinador, el marc de treball i el procés”.

Ens remarca que els eixos essencials d'elaboració en el grup institucional són tres: 1) Els mitjans dels quals disposem en la Institució,

2) Detectar les situacions en què es pot treballar i

3) Les finalitats u objectius que tenen els seus membres (Utrilla, M. 2009).

Alguns problemes centrals són les resistències al canvi, la degradació del pensament i el problema del poder.

El “**grups-familiars**” son diferents dels “**grups-institucionals**” de les institucions. En el primer es constitueix l'arquitectura de la ment i el desenvolupament personal, des de el interior del ventre de la mare fins que el ser humà es adult i aconsegueix ser autònom.

En la família adquirim la capacitat de valorar-nos realísticament i aprenentatges múltiples, entre ells la regulació i gestió pertinent de les emocions etc, i fem múltiples diferenciacions self-objectes, etc.

En els “**grups-institucionals**” els sistemes de poder són d'índole diferent als grups familiars. En els institucionals, els professionals reben un sou, sel's valora o no de forma adequada, adquireixen o no prestigi, i conviuen amb els sistemes de poder saludables i amb aquells en què existeix abús de poder.

Com diuen Alfons Icart i Manuela Utrilla ens hem de plantejar què succeeix en els grups-familiars on viu l'adolescent i què passa en els grups- institucionals. Els dos grups es repercuteixen mutuament.

La Dra. Manuela Utrilla i Alfons Icart destaquen que cal analitzar el grup familiar actual i el que ha existit al llarg de la vida de l'adolescent que ens consulta.

És molt important el que ens diu Alfons Icart: “quan les funcions parentals no es poden exercir de forma suficient i pertinent perquè un o dues persones de la parella de pares té un conflicte amb si mateix, laboral o econòmic greu, etc, es tendeix a projectar el seu malestar en els altres, com si els més pròxims foren els culpables del que els hi passa a ells. Pares que no s’avenen o no tenen temps per dialogar entre ells, criden més al seus fills o els angoixen, s’identifiquen més en detriment de l’altre i els fan sentir culpables del que els hi passa a ells.

Veiem doncs que els aspectes psicosocials i econòmics tendeixen a influir molt en l’ambient de casa. Incideix molt com les persones es senten a les feines, si la conserven o tenen por de perdre-la, si pateixen molt per la seva economia, si disposen d’un sou suficient i gaudeixen del reconeixement que es mereixen, si estan valorats en funció de la seva trajectòria laboral o acadèmica, etc. Aquests elements generen interaccions recíproques continent <-> contingut en els grups familiars, laborals, i en els grups institucionals i en la societat. Al mateix temps les desavinences conjugals, la falta de diàleg, el fracàs dels fills, la salut, es desplacen a problemes laborals i en el grups on es plantegen les tasques d’anàlisi i elaboració institucionals.

En el **grups - institucionals** cal anar més enllà de l’individu, doncs cal analitzar la dinàmica grupal que s’aconsegueix entre tots els individus. La anàlisi i elaboració sorgeix de la comprensió de la què són capaços tots els que conformen el grup. Fet que s’oblida molt sovint. Cal recordar que sempre va més enllà de la comprensió de la suma dels seus individus. Es tracta de la interacció grupal.

També ens preguntem què passa amb la sensorialitat no mentalitzada que existeix en el grup, la memòria corporal que al no ser suficientment elaborada es manifesta amb reaccions arcaïques en la família i en el grup-institucional.

Es de gran ajuda la síntesi dels problemes que ha fet la Dra. Manuela Utrilla partint de les observacions dels professionals que ha assessorat en Institucions públiques i privades. Aquestes problemàtiques es centren en dificultats degudes a: **1) Manca d’adquisició de coneixements i habilitats per fer elaboracions 2) Dinàmiques de grup disfuncionals 3) Problemes específics de cada Institució 4) En relació a la demanda 5) Greus impossibilitats dels consultants de poder fer elaboracions 6) A les derivacions rebudes. I comprenen que serà molt necessari estudiar be aquests punts.**

Subratlla que és important ser conscients que en tots els grups es donen els moviments psíquics de **submissió, simbiosi, confusió i robotització**. La qüestió està en el fet de que siguin capaços de prendre consciència que les dificultats no es basen en com són cadascun dels individus sinó en com és el

grup-institucional. Es tracta d'un fenomen institucional, abstracte i generalitzable i no una situació particular i específica d'un individu. Per a Manuela Utrilla es tracta de recercar els **denominadors comuns, els mínims i els màxims**. Hem de reflexionar sobre els interessos que es posen en joc: rivalitats personals entre el grup, entre els líders, submissió o resistència a poder fer servir el seu pensament, desitjos inconscients sadomasoquistes, desig de devorar a l'altre, per incorporar a l'altre per desfer les diferències, i la intencionalitat amagada. Cal reconèixer que la submissió i la simbiosi són dues etapes en la carrera cap a la dominació.

Amb els autors fem una cruïlla que ens sembla força útil i fructífera amb el descrit per Meltzer, D. & Harris, M. en les funcions emocionals de generar amor, afavorir l'esperança, contenir els sentiments depressius i persecutoris.

En l'experiència de l'autora la confusió s'inicia i incrementa al no delimitar bé les funcions dels seus membres. Amb freqüència s'obliga a l'especialista a un canvi que se li imposa amb presses sense que aleshores el professional pugui desenvolupar suficientment el seu treball de forma creativa i útil per als pacients.

Els especialistes de la institució i els membres de la família es poden confondre, simbiotitzar, sotmetre's, robotitzar i deixar de plantejar dubtes convençuts del seu saber i poder. No obstant a nivell inconscient podem tenir por i vergonya de sentiments i emocions que circulen d'alguna manera en cadascun dels membres del grup.

Sovint alguns directius de les institucions escolten molt poc directament aquells membres que li fan por que el superin. En contrapartida escolten més als líders institucionals que tenen poder i els poden promocionar.

El treball de buscar alternatives de forma creativa és bàsic i imprescindible. Per tal de poder-ho fer, el grup s'ha de reunir de forma que respecti el *setting* de trobada extern i intern. És a dir, es necessita que s'afavoreixi la continuïtat del procés, respectant el temps i l'espai de trobada. Tan sols així el grup podrà buscar denominadors comuns per abordar els problemes, respectant el sentit de recerca i les trajectòries dels membres. Sempre s'haurà de tenir en compte **els mitjans, les finalitats i les condicions**. En les famílies que es veuen poc o el grups institucional que casi no dialoguen sorgeixen problemes que no són sempre fàcil de resoldre.

Per elaborar les fantasies que impedeixen resoldre les problemàtiques i els obstacles s'haurà d'elaborar el lligam entre el passat infantil i les realitats que experimenten en la vida quotidiana.

Les fantasies que s'originen des de les etapes més primitives fins a les més evolucionades formen part de l'essència del nostre ser i en elaborar-les en grup, en certes etapes sorgeix el temor de perdre la identitat i capacitat de reflexió. Les resistències que es generen aleshores comporten intercanvis de fantasies comuns que adquireixen la força de la convicció i la realitat es desdibuixa essent més difícil l'elaboració i les sortides creatives. Com a conseqüència es reforcen innumbrables problemes i actuacions grupals d'ordre molt divers. La veritable elaboració comporta afrontar els problemes institucionals que es generen entre ells. A vegades l'odi subjacent creat per enveges i diferències es canalitza en un sol personatge, boc expiatori; si es projecta fora del grup sorgeixen un o més perseguïdors externs.

El grup que se'n surt així, més endavant tornarà de nou a sentir molt patiment i reeditarà la trajectòria anterior i defenses que oscil·laran entre un caire controlador, de fantasies agressives, exhibicionistes, idealitzadores i d'altres.

Clínica

Potser em comunicaré millor a través de la clínica. Començaré amb una adolescent de 16 anys; me l'ha evocat la conferència d'Alfons Icart.

El primer contacte el fa la mare, per telèfon, està molt preocupada, creu que: "la meua filla Sandra està molt malament, s'ha aprimat, no menja, està molt silenciosa, inexpressiva, no surt de casa, té nàusees, marejos, vomita, li ha sortit una urticària, i unes taques vermelles, dos dies es va desmaiar. El metge ens ha dit que està patint molt, no ens ha volgut explicar el perquè. Quan li pregunten el que li passa diu que no ho sap. No vol fer cap consulta ni amb un psicòleg ni amb una psiquiatra; no saben què fer, ni com ajudar-la, què li podríem dir?".

Psi: "Que els semblaria provar de comunicar-li el que vostès, els pares, senten?. Li diria una cosa semblant a aquesta: "Estem molt preocupats doncs mai t'hem vist d'aquesta manera. Sabem que no vols parlar amb nosaltres, i t'ho respectem. Però com que t'estimem i no et veiem prou bé considerem que cal de veritat contactar amb un professional".

Al cap de pocs dies Sandra ve al Servei de Psicologia Clínica de la Fundació Puigvert acompanyada per la seva mare. Entra sola a la consulta.

Sandra comença a explicar: "des que hem trencat amb el meu noi...bé era el meu noi... ell m'ha deixat i no estic gens bé. Hem trencat varies vegades, però ell em torna a deixar, sempre és el mateix" Silenci.

Psi: "Si m'ho expliques una mica més m'anirà bé. així comprendré millor el patiment que tens i veuré si necessites i vols que t'ajudi.

Sandra: “Ell surt amb altres noies, pensava que no m’afectaria, però ara no puc més. No ho puc digerir, encara que ho volguí fer, no puc mes.

No aguanto més, ni per mi ni pels meus pares. Éll, en Jordi és el fill dels millors amics dels pares. Els meus pares no ho saben. Els meus pares es volen enterar de tot el que faig, i jo no ho suportó.

Silenci. No els hi vull explicar res de res, però tampoc suportó donar-lis un disgust.

No em trobo bé, em marejo i el metge diu que no tinc res físic greu, que tot el que tinc és perquè he trencat amb el noi”

Psi: Li comunico que té molt patiment!.

Sandra es posa a plorar.

Psi: “Estàs trista i enfadada, i notes que no et trobes gens bé. T’obligues a moltes coses que no són obligatòries.

Sandra em mira als ulls.

Sandra: “Em costa reconèixer-ho però és així”

Psi: “si vols em pots comunicar els teus sentiments, tu mateixa, si vols pots començar pel sentiment que vulguis.

Sandra: “El que tinc és ràbia i molta por. Molta por, perquè el perdo!. El perdo sempre, faci el que faci!. Sempre em diu que m’estima molt, però jo tinc ganes de morir-me. És guapo, intel·ligent, estem molt bé quan estem junts, però després em deixa i se’n va amb altres noies i ho posa com a condició. No li importa que jo vagi amb altres nois i fins i tot sembla que li agradi més. Voldria suïcidar-me però no soc capaç.!” ,

Psi: “Jo et puc ajudar però només ho faré si tu ho vols”

Sandra: “Sí que vull que m’ajudi. Silenci. Em mira als ulls. També fumo porros i prenc “mojitos”, no ho havia fet fins ara, els pares no ho saben. No vull que els hi digui”.

Psi: “ Em comprometo que guardaré la teva intimitat però si un dia considerés que els hi he de comentar alguna cosa teva, abans ho acordariem les dues. També t’he de dir que sempre necessito fer unes reunions amb la família, en les quals per suposat, tu també hi seràs”.

Sandra: “Estic d’acord”

Família: En les reunions familiars observo que a casa d'ells existeixen unes normes que son inflexibles. En la família destaca una gran autoidealització de tots ells que paradòxicament s'acompanya de retrets.

També sobresurt la "colla dels pares", casi sempre surten junts. D'aquesta colla va sorgir la colla formada pels fills de tots ells. Amb freqüència fan excursions i celebren dies festius les dues colles juntes. Tots els pares senten als fills dels altres com si foren una mica seus. Considero que haurem de clarificar i diferenciar molts aspectes.

Per altra banda els pares estan molt compromesos i atrapats en problemes institucionals greus. Tenen poc temps per estar a casa junts i veuen poc als fills. No aconsegueixen trobar temps per la intimitat i per estar distesos amb els seus fills.

En la segona reunió amb la família, Sandra els hi diu que necessita intimitat i que la deixin estar. També creu que els pares s'han de mirar a ells mateixos. Afegeix: "una cosa és el que us passa a vosaltres i també el que us passa en la colla dels pares i l'altre és el que ens passa a la nostre colla als fills.

Veig afecte en els pares, l'estimen però des de el meu punt de vista comprenen molt poc les seves reaccions emocionals i són molt rígids. Tots plegats tenen més problemes del que creuen cadascun d'ells.

Sandra els parla amb ràbia.

El pare renya a Sandra. La mare comença a intervenir i talla al pare. Sandra diu al pare "estàs equivocat al igual que en Miquel (el germà).

A la mare li comunica "Tu sempre et fiques pel mig, no vols que em renyi el pare, però en el fons, sempre creus que ells dos (mira al pare i fill) sempre tenen raó.

En Miquel diu que exagera molt.

Sandra: "Mare no et passis més, tu vols que jo sigui com tu. M'obligues a ser-ho i jo no vull ser com tu".

La mare plora. Després d'uns segons la Sandra també plora.

El pare intenta consolar-les a les dues però està molt tens.

Sandra: "Estic farta de plorar"

Els dos pares diuen que està molt diferent aquí que a casa, aquí parla i això és bo. El germà no intervé, amb els seus gests facials més aviat dona la raó a la germana. La Sandra diu vosaltres no sabeu estimular el diàleg i que hi hagi bon ambient. Només us importa el que passa a l' empresa.

El pare molt seriós diu: “Tu tampoc ets a casa, i veig que no és tot pel que fem o deixem de fer nosaltres”.

Comento que tots aquí es poden escoltar, i dir el que consideren convenient. Això és esperançador. És veritat que necessitem escoltar-vos uns als altres, seguirem treballant a les properes sessions, necessitem unes sessions, un temps compartit.

Sandra va poder fer un tractament basat en la diferenciació, clarificació, recolzament, i connexió amb les emocions, contenció, aprenentatge de la regulació emocional que va donar lloc a un pensament creatiu.

El tractament va ésser de 12 mesos amb una freqüència d'un dia per setmana.

En el seguiment d'un any i el de tres anys es comprova que està prou bé: tenia una nova i bona relació de parella, s'havia canviat a una carrera que li agradava i treia bones notes.

La conferència d'Alfons Icart m'ha permès evocar molts aspectes de Sandra i elaborar més aquella experiència vivencial de fa uns anys.

Els grups - institucionals

Em sembla molt clarificador que Manuela Utrilla destaquï les diferències del treball elaboratiu dels grups psicoterapèutics del que es fa en els grups institucionals. Ens diu que en els dos existeix una gran complexitat i remarca que més enllà de postures políticament correctes en els grups institucionals es produeixen mals entesos, projeccions i identificacions projectives que requereixen un treball profund realitzat amb continuïtat que es basen en clarificació de les confusions i reconeixement de la dinàmica que va emergint en el grup. Subratlla que cal comprendre bé les fantasies subjacents que estan relacionades amb el domini i les problemàtiques del poder. Es produeixen actuacions en tots els membres de l'escala jeràrquica, també es produeixen a nivell transversal.

Com crear una estructura que respongui a la necessitat de canvi?

Els autors ens diuen que es necessari poder disposar d'un espai i un temps que siguin estables i suficients. Tan sols així disminuiran les guerres, el sofriment, les ferides i danys inútils en els subjectes que configuren els grups?

Els hi plantejem: Com discriminar la turbulència destructora, de la que també es produeix quan es generen vincles de coneixement i amor vers persones significatives?

En el grup es comenta que molts treballadors amb coratge i sensibilitat reclamen la necessitat de tenir formació compartida per aprendre a comunicar els aspectes silenciats que convé conèixer i transformar.

Es remarca que saber comunicar-se sense fer-se mal a si mateixos o als altres és fonamental. El segon pas es fer propiciar sistemes de pensament i abstracció simbòlica tenint en compte els objectius i les possibilitats reals de fer-ho. Sense caure mai en: "El fi justifica els mitjans"

Cal tenir sempre molta cura del *setting* (marc de treball) en els equips, i més quan existeixen dificultats importants.

La falta de respecte al *setting* extern o intern: horaris, anul·lacions segons conveniència d'altres factors, l'arbitrarietat, retrets permanents, preferències, desorganització, la contratransferència dels líders o d'altres membres del grup actuada, la configuració d'un segell expiatori... i altres defenses poden repercutir en la gènesi de patologia relacional, mental i física que es sobreafegeix a la pròpia de cada u.

Per raons de temps no em referiré a la interessant síntesi històrica de la Dra. Utrilla, tan sols destacaré "el ser humà al llarg de la seva història ha utilitzat el grup per lluitar contra les adversitats i transmetre el coneixement però també per dominar als altres. Els conflictes, competències, dèficits, desplaçaments, mals entesos que es donen dins i entre els grups i les respectives institucions han conduït a guerres, invasions, mort".

En l'actualitat es considera que tots els membres del grup contribueixen interactuant ansietats, creences, fantasies, patiments i defenses.

Emfatitza que en les institucions de línia psicoanalítica s'oblida o no es vol saber que el grup és un tot que va molt més enllà dels seus individus. En aquestes situacions es proliferen subtils defenses construïdes pels seus líders. També oblidant que avui en dia existeixen teoritzacions i arguments científics que s'han de utilitzar per poder analitzar i elaborar de forma adequada i pertinent els fenòmens i processos dels "grups-institucionals" i de la institució, vinculant el que succeeix en cada un dels seus grups.

Quant això no es produeix es desenvolupen aspectes fanàtics i d'abús de poder. Si no les detectem i elaborem probablement afavorirem la omnipotència del grup.

Existeixen persones que quan arriben al poder busquen de forma inconscient col·laboradors que els obeeixen, admirin i ajudin a conduir al grup a la seva manera. Necessiten que el grup s'adapti al seu pensar i comuniquin el que ells desitgen. En aquests casos el maneig d'un grup pot obeir al desig

d'omnipotència dels seus líders, i pot conduir a la ruïna emocional i econòmica a les seves institucions.

L'autora cita el model de S. Freud en referència a la segona tòpica -jo, allò i superjò-. Conceptes interactius que ens serveixen per comprendre com s'externalitzen i actuen i els grups, subgrups i individus es transformen en un passadís de miralls que si els poden analitzar serveixen per evolucionar, en cas contrari correm el perill de que es potencien les projeccions i identificacions patològiques.

Els treballs de Fornari amb idees un tan similars a les idees de Bion diu "les institucions socials es poden considerar i ser descrites com a mecanismes de defensa contra l'angoixa primària i persecutòria i depressiva, que si no les coneixen sovint les poden dipositar en els membres del grup utilitzant les defenses de menyspreu o negació ignorant al mateix temps la seva existència. Per contrapartida sovint el que s'exigeix és que un o els individu/s faci/n un canvi en un procés individual, si no fa la transformació que se li exigeix se l'aïlla o expulsa de la ment.

La Dra. Utrilla de la mà d'Anzieu, D. ens ofereix un pensament molt interessant: "Comprendre els problemes grupals com un somni de la Institució on coexisteixen diferents nivells de capacitat de desenvolupar vincles d'amor, odi i coneixement i les seves interferències. Aquests són la base de la funció metafòrica. Si existeix el fet de compartir el gaudi i realitzar els desitjos, i poden identificar-se es pot assegurar la continuïtat i analitzar les interferències i obstacles permanents d'uns i altres".

Les aportacions de Manuela Utrilla em van fer pensar en una institució escola en la que vaig treballar com a consultora. Una ajuda d'un any els va ser suficient i considero que els va ser útil per la seva feina i per ells.

Institució Educativa

Els docents consulten per la falta de motivació, decepció i inquietud dels seus alumnes i per el sofriment dels mateixos docents.

Després de les presentacions els hi comunico que tan **sols acceptaria la consultoria si l'acceptaven tots ells**. Si treballéssim plegats, realitzaríem una activitat grupal, en que la primera tasca seria que expliquessin cada un d'ells en quines dificultats es trobaven, com procuraven abordar-les i com imaginaven que la podrien resoldre-la. Aquest primer dia vaig estar molt atenta a disminuir l'elevada sensació que tenien d'ésser jutjats.

Els hi vaig dir que s'ho pensessin i després ja em dirien alguna cosa. Al quinze dies em varen dir que acceptaven la meva ajuda.

Vaig estimular la funció de la imaginació, de generar pensaments i l'activitat de pensar-los, amb tranquil·litat, centrant-se des del començament en la recerca de perspectives i maneres de treballar que els ajudessin. En aquestes reunions tot era vàlid.

Us destaco que ben aviat sorgiren les defenses descrites per la Dra. Manuela Utrilla: la submissió, la simbiosi, la confusió i la robotització. Cal dir que Dr. Jorge Thomes em va ajudar en la supervisió.

- Diagnòstic Institucional

Al cap d'un mes vàrem veure que existia un predomini del grup de treball sobre el defugir les tasques. Si be existia un predomini de la perspectiva neuròtica vàrem detectar problemàtiques de somatització, evitació mitjançant la fragmentació del grup, escissió del grup en dos, segell expiatori (creient que la font del que es considerava dolent del grup provenia d'una de les persones més brillants), utilitzaven també sistemes de dissociació de diferents elements que projectaven fora d'ells mateixos i del grup de treball.

Després del diagnòstic grup & institucional, que va extendres a cinc sessions de treball, vaig poder aprofundir més en la dinàmica de grup.

- Dinàmica

El grup & institucional no es desenvolupava suficientment com a grup ni els individus que el configuraven tampoc. Tendien a respondre amb estratègies defensives que obrien ferides personals molt punyents i no responien a les necessitats realistes que la Institució i els seus alumnes requerien.

Vàrem comprendre que els havíem d'ajudar a:

- Desenvolupar sentiments de seguretat realista. Es a dir havien d'aprendre a funcionar de forma mes pertinent a l'aplicar els canvis necessaris realistes.
- Aquest s'havien acordar sense presses entre tots ells i sense fer-se mal. Es a dir, aplicant de moment el "mínim comú denominador"..
- Per aquest motiu vaig intentar disminuir: les invasions d'ansietat que es patien en el grup, al mateix temps que les negaven i es defensaven d'elles quant es feien entre ells crítiques molt virulentes, de forma no constructiva i desenvolupant segells expiatoris, i de divisió del grup en dos.
- Captar les emocions bàsiques que emergien amb més freqüència i procurar detectar a què responia.

- Disminuir la manca de formació adequada. Que podrien fer per adquirir més formació?
- Al llarg de les sessions i del curs de la consultoria apareixia:
 - Disminució oscil·lant d'actituds defensives de diferent índole (divisió en subgrups, fragmentació, despersonalització, allunyament afectiu, negació dels sentiments, interessos personals de prestigi, econòmics u altres, sentiments il·lusoris de que ells no participaven amb les coses dolentes que emergien en el grup)
 - Clarificació de confusions molt freqüents en saber com i quins havien de prendre les decisions en cada una de les tasques.
 - Temor a les crítiques que resultaven invalidants.
 - Es defensaven sotmetent-se, idealitzant o funcionant en subgrups d'aparellament simbiòtics.
 - Com no es donaven compte de com es feien mal, ni de quant ni com s'assaltaven per sorpresa donant lloc a emergents grupals de denigració mútua. A vegades ho feien amb fúria, altres com si foren robots, sense sentiments o emocions aparents.
 - Era difícil intervenir per aconseguir canvis de funcionament de treball. Em va ajudar tenir clar que no es tractava de canviar al individu per tal de que s'agradessin mútuament si no de trobar una modalitat de grup de treball que els hi fos útil i creatiu.

Punt d'inflexió

Després que un parell de membres del grup, que quasi sempre s'expressaven en supòsit bàsic d'aparellament, varen criticar amb molta duresa l'actitud d'una persona que just explicava els problemes que tenia amb un altre membre de la institució (la mirada d'una d'elles molt violenta, aquell dia evitava mirar a la persona que es posa a plorar).

Ningú fa massa cas del que succeeix en el grup. Després d'associacions en altres qüestions que no tenien importància, i no eren urgents, un altra membre recorda un somni: .

“Un grup de dofins jugaven dins en el del mar. Després veia que es dirigien vers la superfície i s'acostaven a prop de la platja. A la sorra hi havia un dofí mort. Un grup de persones se'l miraven. El dofí, que era gran, estava ple de mossegades. La resta de dofins s'endinsava molt al fons del mar i s'arreglaven entre ells. De sobte, un tauró els atacava,

era molt agressiu, hi havia una lluita i fugien. Un d'ells restava mossegat i amb sang". Entre tots el rodejaven, el protegien i l'ajudaven a nedar. Parlaven entre ells amb el codi del dofins'

Associacions

Tots diuen que els dofins són animals mamífers força intel·ligents.

A: L'alumne que te l'ha explicat és intel·ligent!

B: A vegades qüestiona massa a tothom. Però el somni és maco!!

C: S'ha de reconèixer que sí. Ens fa preparar més les classes.

D: Hauríem de fer això en lloc de barallar-nos tant. No anem bé! El somni m'agrada, no sé perquè?

E: Mirem què podem fer. No sigui que acabem com els dofins.

Segueixen treballant i no es posen d'acord.

G: Estic farta.

H: Ets d'una manera que no es pot treballar amb tu.

Segueixen parlant, volen refredar el que ha passat i segueixen discutint el tema que implica unes despeses superiors a les que poden assumir.

Les meves intervencions es basaren en que:

- Arrel del somni : Desitjaven aprofundir en el que els hi passava, però temien fer-se mal si deien el que sentien i pensaven, sense tenir en compte la modalitat comunicativa que utilitzaven.
- Es trobaven com si no podessin parlar i ajudar-se com els dofins, amb cura.
- Tenien por de fer-se mal con feia el tauró. Sentien que havien d'anar més avall per aprofundir més, per ajudar-se, per preparar-se en lloc de posar-se obstacles i no tenir en compte els recursos econòmics que tenien.
- L'emergent provenia de la falta de proporció desig/temps en el grup per resoldre els conflictes institucionals. La falta d'empatia amb les emocions i el patiment dels altres es produïa en tots els seus membres i es creuava mútuament com un joc de ping-pong.

- Afalagaven a alguns dels membres i líders de poder i denigraven a altres sacrificant-los.
- Quan decreixia la tolerància a la frustració en el grup i la capacitat de generar significat minvava sorgia un enfado hipertrofiat en alguns membres. Aleshores no feien el que desitjarien realitzar en aquell moment, s'allunyaven de la dolorosa realitat i es defensaven d'ella atacant als altres. Els membres que no assistien el temps suficient per elaborar les diferents tasques que s'estaven processant (no hem d'oblidar que eren també emergents de la dinàmica de grup) materialitzaven crítiques a partir de les quals es generava molt patiment en el grup. Arrel del somni començaren a ajudar-se uns als altres de manera mes continua.
- Vaig tenir molt en compte comunicar el que passava en la dinàmica de grup, sense entrar en qüestions individuals.

La saviesa de Jorge Thomas (1998) transmesa mitjançant la supervisió em va ésser de gran ajuda en el treball de consultoria.

Per acabar desitjo mostrar el meu agraïment a Alfons Icart, Manuela Utrilla, també a Jorge Thomas, Pere Folch Mateu, Júlia Coromines i Víctor Hernández, a tots ells que ens han ensenyat a mobilitzar vies associatives inconscients en el “ara i aquí”, establint un trànsit transformador entre el present i el passat fins arribar a perspectives esperançadores de futur.

Moltes gràcies també a tots els assistents!

Intervencions grupals a les Àrees Bàsiques de Salut

Ana Costa 1
Glòria Mateu 1
Mercè Villegas2

Amb la col·laboració d' Elena Trullen 3 i Andrea Jachewicz3

1. *Psicologues del CSMA Montjuic Sant Pere Claver Fundació Sanitària (SPCFS)*
2. *Psicòloga CSMA Sants. SPC FS)*
3. *Psicologues en formació. SPC FS)*

0.- Abstract

El present article planteja les intervencions psicoterapèutiques grupals d'orientació psicodinàmica que els professionals dels CSMA de Sant Pere Claver Fundació Sanitària desenvolupem a les Àrees Bàsiques de Salut al districte Sants-Montjuic de Barcelona.

Es varen iniciar el 2006 pel desplegament del Programa Pla de Suport a la Primària (PSAP) i són una de les modalitats d'intervenció assistencial, juntament amb altres individuals.

Descriurem les propostes grupals amb diversos formats tant pel que fa objectius, grup d'atenció, tècniques i nombre de sessions.

Presentem els GADs (Grups d'Anàlisi de la Demanda) amb una vinyeta clínica, Grups d'Atenció per Gent Gran, amb dos modalitats, una d'elles amb un temps d'Art-teràpia, i el Grup de Baixes Laborals.

Finalment s'analitzen els resultats dels índexs de depressió i ansietat pre y post grup mesurats amb l'escala HAD i les conclusions d'aquestes intervencions psicoterapèutiques.

1- Introducció

Les intervencions grupals són una modalitat introduïda a les ABS fa uns anys, que estan resultant molt útils i àgils per atendre les demandes d'atenció en Salut Mental a la primària.

No és la única manera de treballar conjuntament amb els Metges de Família i el nostres pacients, també intervenim individualment fent seguiments , intervencions breus de 6 sessions, i a vegades visites conjuntes.

Els professionals psicòlegs de Sant Pere Claver treballem amb orientació psicodinàmica a les ABS, i les nostres intervencions tècniques són complexes perquè la ment ho és i no hi ha remeis ràpids, eficaços, eficients ni de baix cost a curt termini donat que això seria justament simplificar i cosificar emocions i sentiments. Alhora per qualsevol treball psicològic es necessita una relació *suficientment bona*¹ (Winnicott, 1973) amb la persona per tal de que l'intercanvi sigui significatiu i terapèutic i cal temps per establir-ho.

Intentem evitar per la pressió assistencial, el parany de producció en cadena de visites i protocols on fer encaixar el pacient, més bé ho entenem al contrari: hem de buscar amb esforç creatiu, intervencions flexibles que s'adeqüin a la persona que consulta preservant els temps necessaris.

Aquest esforç de recursos, pocs encara i retallats, s'inverteixen perquè és prou demostrat que les intervencions psicològiques redueixen el desorbitat cost farmacèutic² i prevenen les cronicitats que representen una càrrega econòmica important al Sistema de Salut Públic. Per la persona, les prescripcions farmacològiques poden ser un bon aliat terapèutic però cal una intervenció psicològica per tal de potenciar els aspectes sans del pacient.

És per això que s'ha desplegat el Pla de Suport a l'Assistència Primària (PSAP) i s'estudia en el Pla Director la incorporació de la psicoteràpia a la Xarxa Pública³ . (Generalitat de Catalunya, Direcció General de Planificació i Avaluació, 2006)

Malgrat hi ha constructes teòrics diferents per atendre les persones , el model bio-psico (dinàmic)- social amb el qual mirem als pacients, requereix que tots els professionals de la salut amb l'òptica teòrica que sigui, compartim la mateixa ètica i el mateix objectiu:

¹ D. W. Winnicott, *The Child, the Family, and the Outside World* (Middlesex 1973) p. 17 and p. 44

² SMIT, F.; WILLEMSE, G.; KOOPMANSCHAP, M; ONRUST, S. ; CUIJPERS, C. BEEKMAN, A. Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients Randomised trial. BRITISH JOURNAL OF P SYCHIATRY (2006), 188, 330-336

alleugerir el patiment emocional de les persones que ens consulten, amb tècniques diferents en el marc de l'assistència primària.

El model psicoanalític en concret, ha demostrat amb els mètodes basats en evidència científica, que intervencions diverses psicoterapèutiques són eficaces i procuren canvis estables en el psiquisme que es mantenen a llarg plaç⁴. (Shedler, 2010)

La psicoanàlisi ens aporta dues coses: una, un model teòric de comprensió del desenvolupament de la ment i l'organització psicopatològica, que és universal per mirar tots els pacients. I una segona : una tècnica d'intervenció psicològica de molts formats adaptats i nous , utilitzats en molts serveis de la xarxa de Salut Mental Pública .

Ara bé, la tècnica psicoanalítica no és adequada a tots els pacients ni en tots els moments, per aquest motiu a vegades podem indicar una intervenció cognitiva-conductual, de recolzament, més directiva, o indiquem altres recursos comunitaris no sanitaris de la zona.

L'aportació de la comprensió psicoanalítica del material inconscient que ens aporta el pacient en la relació terapèutica , fa que ens fixem menys en la conducta externa i en els símptomes perquè partim de la idea que la resolució dels conflictes interns serà de millora dels externs i no a l'inrevés. Això no exclou que suggerim millores externes perquè també reverteixin en el món intern per tal d'afavorir el procés de desenvolupament mental o que ens recolzem en els molts recursos comunitaris que aporten salut.

Dins de l'aplicació del nostre model d'intervenció psicològica a les ABS, volem parlar esmentant que de la mateixa manera que cada intervenció individual amb el pacient és única i depèn de la relació que hi establím, també és única la relació entre els professionals dels ABS i els dels CSMAs.

³ Direcció General de Planificació i Avaluació. Pla Director de Salut Mental i Addiccions Primera edició: Barcelona, octubre de 2006. ISBN: 84-393-7175-6

⁴ Shedler, J. La eficacia de la psicoterapia psicodinamica. American Psychologist Feb-Marzo 2010, 65 (2): 98-109

Algunes tenen denominadors comuns però sempre son singulars perquè entra en joc allò artístic, intangible e intransferible de les persones en la seva interrelació professional i humana.

La nostra àrea d'assistència és el districte Sants-Montjuïc de Barcelona, amb una població de 192.858 habitants l'atenció dels quals es cobreix amb 220 hores de psicòleg mensuals i 188 de psiquiatre, repartides desigualment en 9 ABS de la zona a on visitem directament.

A continuació descriurem diverses modalitats de treball grupal.

Una és els Grups d'Anàlisi de la Demanda (GAD), un altre son els Grups de Baixes laborals i per la població de Gent gran, hem desenvolupat dos grups, un Grup Terapèutic, i un altre Grup de Socialització i Art-teràpia.

No tots es fan a totes les ABS a on assistim, com hem dit abans, els dispositius terapèutics que es plantegen són diferents en funció de les característiques i possibilitats a cada centre ambulatori.

2.- Intervencions treball grupal

2.1 . GRUP terapèutic de BAIXES LABORALS

Aquest grup té com objectiu ajudar als pacients a viure una baixa laboral més pensada i menys medicalitzada, activa en lloc de passiva, curta en lloc de llarga, i que la crisi que ha originat la baixa, pugui ser revisada, pensada i compresa, de manera que esdevingui un motiu de creixement personal pel pacient.

Està adreçat a tots els pacients que se'ls entrega el segon parte de baixa per un diagnòstic de "salut mental". Se'ls deriva al grup -amb medicació o sense- amb la indicació ILT. (interrupció laboral transitòria). La psicòloga, en rebre aquest volant valora, mitjançant una entrevista individual, la viabilitat de la inclusió del pacient al grup.

El condueix una psicòloga una infermera i un observador.

Cada sessió consta de dues parts: a la primera s'ensenya i es practica la relaxació i les respiracions profundes per tal que el pacient pugui controlar la seva angoixa . La segona mitja part , funciona com un GAD.

Malgrat el grup consta de vuit sessions, alguns pacients agafen l'alta mèdica abans d'acabar-lo, encara que poden venir al grup fins al final.

La visita psicològica individual post -grup, rederiva -si s'escau- al pacient a l' espai terapèutic més adient per ell o bé li dóna l'alta.

2.2 Grups d'Atenció a la Vellesa.

2.2.1 Grup terapèutic Gent Gran

El 2011 s'inicia un projecte de recerca per tal d'esbrinar les necessitats d'atenció en salut mental, demandes i llacunes que hi ha al voltant d'aquesta població sovint ben desatesa. Cercant sinèrgies entre institucions hem encetat un projecte amb gent gran (a partir de 65), persones les quals els seus metges de família entenen que una atenció setmanal i en grup els pot donar l'atenció i tracte pertinent a les seves demandes, necessitats, angúnies i temors en aquesta etapa.

Les preocupacions que ens aporten els participants son ben diverses. Necessiten parlar de les pèrdues que han anat patint al llarg de la seva vida i en aquestes s'inclouen les morts dels familiars estimats i la parella, necessiten parlar del reconeixement de la pèrdua d'habilitats i destreses . Al grup es pensa en la manera que aquests dols no només invaliden, sinó que poden fomentar noves vies d'actuació i activitats que fins aleshores no les havien pensat. També poden parlar dels ressentiments a vegades agres de situacions relacionals incòmodes que han viscut al llarg de la vida o bé estan vivint en aquest moment pel que fa a l'allunyament i separació amb els fills . Alhora també poden parlar d'aquells aspectes vigorosos que porten dins, de les experiències de felicitat i gaudi i del sentit gratificant d'alguns aspectes de la seva vida personal, familiar , social i laboral.

2.2.2- Grup d'Arteràpia i socialització

Un altre enfoc d'atenció a la vellesa , el constitueix aquest espai dirigit a persones majors de 75 anys, conservades cognitivament, que viuen soles, que tenen poques relacions socials, i que expliciten sentiments de soledat.

L'objectiu del grup d'un any de durada i freqüència setmanal, és oferir un espai de creativitat, coneixença, socialització, creativitat, relació i comunicació mitjançant l'Arteràpia els primers 6 mesos i de teràpia verbal després durant 6 mesos mes.

S'intenta que després d'aquest any aconseguixin mantenir les relacions que han iniciat dins del grup i ja fora del taller , bé sigui per trobant-se en els parcs, casals d'avis o reunint-se per fer activitats per gent gran que proporciona el barri.

Hem comprovat que el lligam emocional que s'estableix entre ells és de tal intimitat i fortalesa, que refà una xarxa social terapèutica necessària per a la contenció i l'acompanyament en aquest tram final de la vida.

2.3- Grups d'Avaluació de la Demanda (GAD's)

Els Grups d'Anàlisi de la Demanda s'articulen a les ABS amb 8-9 participants durant 8 sessions amb una freqüència setmanal d'una hora de durada. Proposem un grup per trimestre amb perfils psicopatològics de trastorns més aviat adaptatius a priori, i amb simptomatologia mixta d'ansietat i depressió.

Tenen un **triple objectiu** : diagnòstic, terapèutic i formatiu.

a) Terapèutic perquè s'inicia un procés per analitzar, pensar, sensibilitzar, contenir i elaborar en la mida que sigui possible els conflictes psicològics de les persones que hi participen per ajudar-los a comprendre's millor.

b) Diagnòstic perquè en 8 sessions s'explora la seva capacitat de pensament, la motivació, els conflictes interns que pateixen, l'evolució i el compromís que ha mostrat. Això permet oferir una indicació terapèutica més ajustada en finalitzar el grup, si cal,

perquè l'experiència és que per a 3 o 4 participants ja és prou útil per desencallar el seu problema i seguir per si sols.⁵ (Costa, 2009, Ribé, et. Al 2010)

c.) Formatiu donat que hi participen com a observadors els Metges de Família, les Infermeres de les ABS i els alumnes en pràctiques. D'aquesta manera viure l'experiència d'un treball grupal dóna la possibilitat de poder estudiar amb ells, a posteriori, les evolucions, els conflictes conscients e inconscients que sorgeixen individuals i grupals, per entendre millor el funcionament mental. Alhora permet afinar les derivacions que els Metges de família fan quan proposen un pacient pel GAD per tal d'aprofitar millor aquesta modalitat diagnòstico-terapèutica.

Tots els pacients arriben al grup derivats pel seu metge de família, que fa un petit informe sobre els motius de derivació en el volant. Prèviament, s'ha comentat cada cas en les reunions de coordinació entre els metges de les ABS i els professionals del CSMA, per veure la seva idoneïtat per al grup.

Se'ls demana un compromís d'assistència, que no es coneguin entre ells doncs seria una traba en la llibertat per expressar-se, compromís de confidencialitat del que s'explica al grup i finalment que expressin allò que se'ls passa pel cap en el moment de trobar-nos.

Vegem una vinyeta, una penúltima sessió d'un GAD per il·lustrar del que parlem.

Aprofitant un comentari d'un dels 7 participants d'avui, la Terapeuta obre la pregunta per revisar l'experiència de tots segons els objectius que es varen fixar al principi i alhora tractar l'acomiadament del treball grupal.

J diu: ' a mi m'està servint per veure a on tinc el trencat (el roto) i ara sé que hi fil i agulla per cosir-lo, entenc què em passa almenys ara vaig mes orientat amb el que m'han dit els companys i la psicòloga...

⁵ Ribé Buitrón, J.M. Pares Miquel, J., Fleitas Asencio, E. Un programa de colaboración con la Atención Primaria y sus debilidades: la realidad y la modestia.

Costa, A. Grup de anàlisi de la demanda (GAD). Grup de trastorns adaptatius. ABS Manso.

R: a mi m'ha anat bé perquè escoltar altres punts de vista del que tinc dels meus dolors (pateix un dolor traumatològic, creu fruit d'una mala praxis mèdica arrel d'una operació, i ho viu amb molta querul.lància) . He vist que em sobrecarrego massa, ara fa ja unes setmanes que miro de no anar tant a casa dels pares a encarregar-me de tot. Veig que quan estic rabiosa tot em fa molt més mal...

M: jo tinc por que s'acabi el grup, per a mi ha estat ...sabeu els pilars dels castells? Dons això, com que m'aguanta venir, ara puc pensar una mica abans de saltar, estic més tranquil·la, pero em sento ben estranya així, el meu home també m'ho diu.... Alguna cosa dintre és diferent, no sé què es, i tinc por que se'n vagi quan s'acabi el grup. Ara, és curiós, sento bé (motiu pel qual va venir perquè patia una sordesa que l'otorrino li va dir que era per depressió)

Terapeuta : M diu que no sap per què de la millora, però expressa que s'escolta millor a ella i als altres, ha iniciat aquest camí y això per a ella i per tot el grup queda incorporat com una aprenentatge d'autobservació que ajuda a contenir-se i pensar

S: jo també veig a on tinc el trencat, i tinc fills que diu el J i que veig que hi han, però em queda un camí llarg per fer, i ho he de fer si o si, no per cosir només, ...sabeu allò que feien les àvies abans, fil a fil, poc a poc? 'zurzir'... ho haig de fer per no posar-me pitjor. El grup riu.

És que sempre he tingut molta por de ser una malalta mental com el meu germà (no ho havia comentat abans i ens explica els problemes psiquiàtrics que té, germà amb tn psiotic)

Els meus fills ja veig que no tenen un TDH com m'han dit és que estan *com una moto* igual que jo , passats de voltes.

Terapeuta: saber a on es el trencat és molt important per a tots, i clar que s'ha de seguir iniciàvem un procés que en 8 sessions es limitat , i la por que expressen potser és de quedar-se sense aquest suport..a mig cosir. però seguirem d'una altra manera fil per fil...poc a poc si. Cadascú amb el seu...

Diu C: jo no m'hagués pensat mai que aquesta feina s'hem fes tan difícil perquè a mi se m'ha fet molt costos emocionalment encarar-me als meus fantasmes. No va venir a 2 sessions seguides i la vaig haver de rescatar telefònicament), però ara tinc la sensació de no estar sola amb tot això i que seguirà l'ajuda, ara no estic al fil del precipici com sempre. Val la pena perquè aquest patiment que tinc és diferent de l'altre, aquest t'allibera. (Això ho diu perquè recolzada pel treball grupal, havia decidit reunir a la mare malalta mental qui l'havia abandonat, a la germana bessona i a les tietes , Va obtenir una resposta molt bona del grup familiar que la va desculpabilitzar, i vam poder començar a elaborar-ho una mica al grup-representació familiar també del gad. Ha canviat ostensiblement el seu aspecte físic , està més guapa i més comunicativa.)

Terapeuta: el patiment que explica C certament és be diferent de l'inicial, és un dolor de creixement però és dolorós tb...i la C s'ha sentit com els altres membres del grup capaços d'iniciar un procés de canvis que seguirem.... Silenci... Cosa que no podem amb Cdr , que va abandonar el grup a la 4rta sessió.. perquè pensen que ha deixat de venir?

Aquesta pregunta va servir perquè projectessin les seves de resistències o pors.

Una que sempre mira als altres per damunt metafòrica i realment en funció dels seus dolors que fan que s'aixequi de la cadira, diu q Cr només parlava de la feina (quasi igual q ella del dolor físic) i va sentir creu, que el grup no l'ajudaria.

Una altre va dir que li feia por pensar. Com a ella que s'angoixava molt.

J diu que no entén perquè pensen això els altres. ' jo vaig faltar a una sessió i em va saber molt de greu. És com quan vas a un casament i no el poses a la fila perquè et donin el jabugo, t'ho perds. Riem tots...

Terapeuta: parlen de l'aportació que han sentit del grup com a un aliment mental bo i valuós que s'emporten, i també del que ens costa a tots, però com va dir C una altre sessió ja no hi ha marxa enrera, es queda dintre el que han apres i servirà per continuar amb jabugo i fils i agulles , encara ens queda una sessió més que aprofitar, l'última , i després farem visita individual per veure com continuar treballant.

El Metge de Família que ens acompanya a la Terapeuta i a l'alumna com a observador en aquest GAD ,està molt sorprès dels canvis i de l'aprofitament d'aquest grup, i proposa mig en broma fer-ne un amb el seu equip . El comentari és però significatiu del que ha pogut viure de la utilitat del treball psicològic grupal exploratori, un altre dels objectius formatius del grup a l'abs.

3.-Avaluació continuada de les nostres propostes de treball als ambulatoris.

Creiem que cal una avaluació continuada per tal de valorar la marxa del programa de suport , que inclou la proposta formativa i d'assessorament pels Metges de Família i les Infermeres, i l'atenció individual o la grupal amb els nostres pacients.

Aquesta avaluació es fa anualment mitjançant un qüestionari anònim al personal sanitari de les ABS on s'avaluen diferents aspectes del programa, es recullen suggeriments i els temes a tractar.

També fem una valoració de les intervencions concretes a través del feedback que ens aporta el metge de família quan torna a veure al pacient després de la nostra intervenció individual o grupal. Sovint els testimonis dels mateixos pacients són per a nosaltres els millors indicadors del resultat; i la millor recompensa quan la intervenció ha anat bé, és el seu agraïment.

Per a l'avaluació concreta del progrés en cada grup ens hem basat en el material transcrit de les sessions i en els resultats de l'Escala d'Ansietat i Depressió Hospitalària HAD. (Zigmond y Snaith, 1983). S'administra abans i després del procés grupal .Es tracta d'un instrument d'especial interès en Atenció Primària, ja que deixa de banda els símptomes somàtics per a centrar-se en l'estat psíquic dels pacients.

A més d'aquesta dada puntuable, cada sessió de grup és transcrita literalment el més fidedignament possible per l'alumna psicòloga observadora a posteriori de la sessió.

El material transcrit es supervisa sota la mirada atenta del supervisor i participants al grup de terapeutes grupals al CSMA quinzenalment, per tal de tornar a mirar la dinàmica que s'ha anat donant al llarg del procés de la sessió i veure quines intervencions han estat útils o no pel grup i per cada persona dins del grup. Ens ajuda també a pensar en quines indicacions d'intervenció seran més adients per cada participant, si cal.

Sovint el procés ja ens permet donar l'alta a alguns participants, tot esperant que el treball grupal continuï fent efecte intern i ajudant la persona a continuar el progrés ja

iniciat. Ho fan amb la comprensió del que els passa i amb l'ajut d'eines mentals apreses de l'experiència psicoterapèutica.

3.1- Valoració dels GAD's al llarg d'un any

Cada any poder dur a terme 9 GAD's en tres àrees bàsiques, un per trimestre a cada ambulatori. En aquest any hi van participar 53 pacients, el 71'7% dones i el 28'3% homes, d'entre els 22 i els 69 anys, amb una edat mitjana de 43'2 anys.

Com hem mencionat abans se'ls administra l'Escala d'Ansietat i Depressió Hospitalària HAD. (Zigmond y Snaith, 1983) i els resultats després de participar en l'experiència grupal ens mostren diferències significatives pel que fa als índexs d'ansietat i depressió (Prova de signes de Wilcoxon per ansietat= -2,658, $p < 0.008$ i per depressió = -4,374, $p < 0.000$). Aquesta significació no ens explica que els pacients s'hagin guarit, ens parla del fenomen de contenció que ofereix aquesta breu intervenció. Aquells pacient que valoren positivament el treball fet poden quedar-se amb la idea que potser més endavant els caldrà fer un treball psicoterapèutic per tal d'elaborar aquells aspectes que han sortit a la llum al llarg del procés grupal. Alguns d'ells demanen anys més tard participar en psicoteràpia de grup al nostre CSMA sabent aleshores que l'objectiu és l'exploració del seu malestar i la manera d'elaborar-lo per tal que recobri el gaudi per les seves coses i el seu què fer quotidià.

No hem trobat diferències significatives segons l'ambulatori pel que fa al canvi que puguin experimentar els pacients després de participar en els tres grups.

En quan a ansietat exclusivament observem després de participar en el GAD un 53,125% disminueix el grau d'ansietat.

En quan a depressió observem que un 56,25% passa d'uns nivells clínics de depressió a uns nivells no-clínic.

Aquestes primeres dades ens corroboren allò que a través de l'experiència observem en els pacients i ens fa concloure que els GAD's ens sembla un instrument i espai útil i

eficaç com a espai contenidor i de pensament sobre el malestar psíquic i ens permet filar més prim en quan a l'orientació psicoterapèutica que cal donar al pacient.

4- Comentaris finals

Aquest treball rigorós de vuit sessions ens mostren la seva vàlua terapèutica com a espai contenidor i regulador de l'ansietat i de depressió.

En termes econòmics en quan als pressupostos globals de salut mental pensem que pot contribuir a una reducció de la despesa d'ansiolítics i antidepressius a curt i llarg termini.⁶

Aquells pacients que han millorat són donats d'alta i es fa un seguiment a través del metge de família, sovint es proposa anar rebaixant medicació si la tenen prescrita o bé no iniciar el tractament farmacològic.

Per contra aquells pacients que no han millorat o el treball en el grup els ha mobilitzat inquietuds i neguits disponibles per ser treballats, són derivats per un treball més intensiu ja sigui individual o grupal a d'altres recursos terapèutics de salut mental.

Els Grups de baixes impliquen també una reducció del temps d'incapacitat laboral i una millora en la reincorporació a la feina amb el benefici personal i social que això comporta.

Ens crida l'atenció la disminució dels nivells de depressió. Creiem que el grup ofereix un espai mental d'esperança i suport que millora el patiment psicològic en saber que serà abordat després si cal i aporta eines de comprensió emocional que alleugereixen la desesperança.

El grup actua d'efecte contenidor, potent, que prové de la dinàmica entre iguals, possibilitant identificacions i introjeccions a través de l'altre que de forma individual no es produeixen tan ràpidament. Naturalment això es propicia per la conducció del grup, per oferir un espai que es visqui seriós, segur, íntim, amb cura de tots i cada un dels participants. Els terapeutes grupals d'orientació psicoanalítica estem formats rigorosament

⁶ FILIP SMIT, GODELIEF WILLEMSE, MARC KOOPMANSCHAP, SIMONE ONRUST, PIM CUIJPERS and AARTJAN BEEKMAN. Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients : Randomised trial, *BJP* 2006, 188:330-336.

en aquestes tècniques, donada la responsabilitat que implica conduir un grup perquè no esdevingui iatrogènic, circumstància aquesta que es pot donar fàcilment en desencadenar dinàmiques grupals si no es saben contenir de forma adient. Malgrat els 'filtres' sovint ens hem de manegar amb patologia clínica greu que es desplega al llarg de les sessions.

Articular grups a les ABS no és una manera de tractar de cop més pacients, sinó ben al contrari, la feina és feixuga i comporta tota una elaboració important pre-grupal, durant el mateix treball grupal i postgrupal amb les transcripcions, supervisions i avaluacions posteriors.

Hem comprovat, que els pacients als quals se'ls dóna l'alta després d'un GAD, no tornen a consultar posteriorment per problemes psicològics, tot i que restem sempre disponibles per si necessiten nova visita.

La nostra hipòtesi és que la indicació d'alta ha estat encertada, i poden continuar el seu procés pel seu compte, amb millores mentals encetades que perduren en el temps.

Comprovem també que el perfil de pacients que més es beneficien són aquells amb conflictes no massa instaurats perquè si fossin crònics, la indicació més adient hauria d'ésser un grup de llarga durada o altres modalitats individuals possibles.

També volem fer esment que els grups per Gent Gran ha de ser un recurs cada vegada més utilitzat als ambulatoris donat l'envelliment de la població i la necessària atenció a la salut mental per a ells, per altra banda tan menystinguda.

La hiperfreqüentació sovint d'aquest col·lectiu, la soledat a les ciutats, la llarga esperança de vida i la hipermedicació fan que siguin una prioritat a Atenció Primària.

Destaquem la finalitat formativa en participar als GADs del personal mèdic com a resultat deriven i afinen millor les indicacions, els expliquen als pacients en què consisteix l'experiència i els vinculen millor al grup evitant abandonaments. També ells veuen una altra forma d'intervenció per els conflictes psicològics, aprenen a contenir les demandes i observar del Terapeuta un model de pensament que manega la tensió i no expulsa ni

dóna respostes immediates. A l'hora, ajuda a acceptar les limitacions que els psicòlegs també tenim en tractar els pacients.

Comprenen millor el ventall d'emocions transferencials-contratransferencials que es despleguen en l'atenció metge-pacient i es sensibilitzen del conflictes interns que poden haver sota les manifestacions orgàniques i emocionals perquè les viuen amb nosaltres.

De fet nombrosos professionals metges i infermeres ja han participat d'aquesta experiència durant els anys que s'estan portant a terme i a tots ells els ha resultat satisfactori i puntuen molt alt en les enquestes d'avaluació que fem anualment.

En definitiva, aquestes modalitats grupals esdevenen un punt de trobada per dues mirades que necessàriament han de convergir, la psicològica i la biològica a les Àrees Bàsiques de Salut en benefici de la qualitat de vida dels nostres pacients, que també valoren la participació de forma molt important.

Jornada 25 anys

PROGRAMA TLP BARCELONA

Maria Ignacio Roca

En aquest treball voldria compartir amb vosaltres una experiència que varem iniciar fa aproximadament un any amb el nom de Barcelona TLP.

Es un programa seriós i ambiciós, de tres institucions vinculades en l' estudi i supervisió de pacients adolescents amb trastorns de tendència límit i difusió d' identitat.

El disseny de treball d' aquestes tres institucions el formen: FUNDACIÓ ORIENTA treballant amb adolescents ambulatoriament, CPB amb joves d' hospital de dia i la càtedra de Psiquiatria del Dr. Casas de l' UAB portant a terme l' investigació.

Aquest programa es va iniciar amb una formació a Barcelona impartida per la dra. Pamela Foelsch, col·laboradora del doctor Otto Kernberg i anteriorment amb Paulina Kernberg. Pamela Foelsch es especialista amb AIT (Adolescents Identity Treatment), adaptació per adolescents del Tractament Focalitzat en la transferència TFP, tan ben estudiat per el Dr. Kernberg i els seus col·laboradors.

Despues d' aquesta formació inicial supervisem setmanalment on line amb la Dra. Foelsch tot l' equip ,el treball el gravem amb vídeo i revisem les sessions de tractament transcrites i filmades.

Aprofito aquest moment per agrair a la Fundació Orienta el permetrem formar part d'aquesta experiència tan seriosa i engrescadora.

Breument voldria definir que volem dir quan parlem d' adolescents amb tendència límit i difusió d' identitat.

Entenem per identitat l' organització personal que permet relacionar-se amb un mateix i amb els altres, diferenciant-se, tenint una imatge pròpia , i una constància de funcionament davant de diferents situacions.

Cal diferenciar entre una crisi normal d' identitat de l' adolescent amb la difusió d' identitat, pròpia dels adolescents que parlem.

Les crisis d' identitat a l' adolescència es resolen quan el noi-noia pot assolir una bona integritat del jo, i un adequat judici de realitat, permetent-li afrontar la seva vida actual, tenir projectes de futur i relacions interpersonals satisfactòries

En la difusió d' identitat tal com la defineix el Dr. Kernberg hi ha una **manca d' integració de l' identitat del Jo**, element important i diferenciador, entre estructura neuròtica- límit – o psicòtica. L' altre aspecte a tenir en compte es el **judici de realitat** – que es perd en les estructures psicòtiques- ,però no en les límit. Per tant aquests dos aspectes permeten avaluar si parlem de un funcionament neuròtic- un funcionament límit, o un funcionament psicòtic. **Sintetitzant : en el trastorns límit hi ha una manca d' integració de l' identitat del jo, però esta conservat el judici de realitat.** Amb defenses primitives tals com l' escissió i l' identificació projectiva, idealització, control omnipotent i d' altres.

Se que es una breu pinzellada i caldria explicar-ho amb mes detall, si be el meu objectiu es arribar, en aquesta comunicació , a mostrar algunes diferències importants entre el marc de treball, i l' abordatge de la psicoteràpia psicoanalítica clàssica, amb aquest tipus de tractament que estem estudiant.

S' inicia el procés amb un adequat diagnòstic, observant el tipus d' identitat i defenses, i també de manera important avaluant el grau d' implicació i motivació per el tractament, tant de l' adolescent com de la família, ja que cal que aquesta prengui compromisos i col·labori en el procés terapèutic. Aquests aspectes son els que ens ajudaran a construir: per una banda el “contracte de tractament” amb l' adolescent i el “home plan” amb adolescent i família.

Les entrevistes inicialment amb l' adolescent per separat, i mes endavant conjuntament amb els pares ens permetran, acabar de entendre millor el diagnòstic, i poder explicitar i acordar amb l' adolescent el “contracte terapèutic” el qual te diferents apartats de compromís tant de l' adolescent com del terapeuta.

Aquest s' ha de formular clar, sabem que l' adolescent te la tendència a trencar aquest marc i per això es molt important aclarir-ho. Des de l' horari, la continuïtat en l' assistència, com les actuacions, que nosaltres podrem atendre o no... Per exemple tenim adolescents amb idees suïcídaries o de autòlisis, es molt important que deixem clar que caldrà recórrer a un servei d' urgències. Que nosaltres en aquestes situacions i fora del seu horari de sessió no els podrem atendre – tot i que ens

reservem uns certs marges per poder reconduir situacions fora del horari estricte convingut. Aquest marc va construint el contracte, revisable i modificable al llarg del tractament, però que té un gran valor de compromís i record entre el pacient i el terapeuta.

També cal explicitar la nostre voluntat de preservar la seva intimitat, excepte si els veiem en situació de risc important. Deixem clar que els informarem de totes les comunicacions que sobre ells rebem i donem, tant de casa com del seu centre escolar o d' altres llocs en el que hi hagi relació.

Treballem també en aquestes entrevistes l' idea del "pla de casa"

-home plan- que elaborarem conjuntament amb l' adolescent i la família. L' objectiu es, entre d' altres ,el compromís de tots, ajudant-lo, contenint-lo i entenent-lo en les seves dificultats. Pactant fins i tot amb els de casa certes penalitzacions o gratificacions, segons les situacions es vagin desenvolupant.

Tant el contracte com el -pla de casa- "home plan", es absolutament individualitzat, no es el mateix el que anirem construint amb una noia amb trastorns alimentaris, que el que podem pactar amb una altre amb tendència a desaparèixer de casa...

El treball amb la família i amb l' escola o d' altres llocs a on assisteixi l' adolescents, resulta bàsic en aquests tipus de tractament, tenir en compte el sistema en el que el noi-noia es mou i mirar d' incidir-hi.

L' objectiu d' aquest tractament es aconseguir que pugui millorar l' adolescent i el seu entorn, que s' hi relacioni augmentant les diferenciacions, pugui integrar les experiències i disminueixi el risc. Si tot això es pot aconseguir s' espera que poc a poc podrà evolucionar de manera mes adequada. Tal vegada no es pretén un canvi emocional radical sinó una altre manera d' afrontar les coses, que li possibilitarà una vida millor.

La tècnica de treball es basa en diferents passos per poder arribar a interpretar transferencialment, comprenen les "diades" que s' activen per les relacions objectals internalitzades en el món intern del pacient posat en relació amb el terapeuta. Es produeix aquest procés en moments relacionals intensos. Tot i utilitzar el terapeuta aquesta comprensió no es aquest l' abordatge inicial.

Cal ajudar a l' adolescent a que es reconeix-hi ell mateix, segurament si nosaltres anem interpretant tranferencialment des de les primeres sessions, perquè veiem clar el que passa, ell no ens entendrà de res. El procés es diferent, cal orientar-lo a preguntar-se ell mateix, que nosaltres estimulem amb les nostres intervencions, que ell s' observi, la Dra. Foelsch fa la broma i ens diu -a l' estil del personatge televisiu “Colombo”...ens fem els que no sabem i no entenem massa i anem demanant aclariments.

Es tracte d' un procés ben delimitat en tres fases:

Clarificació

Confrontació

Interpretació

Clarificació – Es l' invitació del terapeuta al pacient a explorar qualsevulla informació que porti i no ha quedat clara. No donar res per sobreentès.

Es de vital importància el passar del món extern a l' observació poc a poc mes interna i auto-reflexiva. En aquest tipus de teràpia el primer focus recau en la realitat externa i les seves relacions interpersonals.

L' observació del llenguatge no verbal es de vital importància per poder anar comprenent les diferents situacions que es van donant.

Confrontació – El procés de confrontació amb l' adolescent te a veure amb mostra-li les contradiccions en el seu discurs, pensaments i accions, permetent-li una integració gradual , resultat de poder tolerar millor les seves necessitat i poder frenar els impulsos.

Interpretació - Només quan l' adolescent ha pogut fer un procés de observar-se, poder comprendre millor les seves contradiccions i conèixer millor les dificultats i capacitats, el terapeuta pot començar a unir l' escissió que es produeix en la relació. Es el moment d' anar ho mostrant, lo verbal i lo no verbal, les “diades” que es van produint. Entenen per “diades” el paper que terapeuta i pacient estableixen en la relació. En els diferents moments de la teràpia un es posiciona en un paper i l' altre al contrari – oprimint-opressor.... perseguit-perseguidor...

L' interpretació efectiva te quatre característiques:

Claredat – rapidesa – esser pertinent – i profunditat.

Per tal d' il·lustrar millor el que estic explicant presentaré breument un material que crec que ens ajudarà.

Rebo a una noia N de 15 anys que des dels 7 anys es seguida en el nostre Servei. En un primer diagnòstic es parla de TDAH, medicada durant dos anys amb Concerta, tractament que es retira degut als efectes secundaris – insomni i pèrdua de pes.

Analitzant l' història – difícil de poder seguir- hi ha consignats diferents internaments en unitats de psiquiatria, el darrer fa pocs mesos, en l' hospital de dia de la nostra Fundació.

Actualment assisteix a classes a un institut de secundària, ha repetit un curs, actualment fa tercer d' ESO i els resultats son molt poc satisfactoris.

Hi han actuacions constants de poc respecte amb els mestres, fugues de casa, retornant molt tard, pèrdua constant d' objectes...

absentisme escolar.. Els pares fa molts anys que estan separats, la noia ara viu amb la mare i visita al pare amb cert regularitat, el qual esta casat i te un fill dos anys mes jove que N .

Penso que hi ha molt en l' història de la noia i poc escrit, entendre la seva pròpia història segurament serà una de les tasques terapèutiques.

En un episodi crític que vivim se m' aclareix perquè la noia va a diferents serveis d' urgències. Quan es produeix una situació extrema d' enfrontament la noia s' escapa, no sap el que fa i acaba amb una crisi amb pèrdua de coneixement, fet que fa intervenir ambulància policia i derivació a servei d' urgències. Acabant alguna d' aquestes situacions en un internament en una unitat especialitzada . Aquestes situacions ni la mare ni la noia me les relaten.

A la mare la coneix tot el servei per el seu desbordament i exigències.

En la primera sessió venen noia i mare, inicialment les rebo a totes dues, la mare es queixa i queixa dels despistes de la noia, de que no sap mai a on es la noia te els

ulls plorosos.. decideixo proposar a la mare que ens veurem mes endavant, que de moment faré entrevistes amb la noia.

La mare ja esta informada que entren en un programa que tot el treball serà filmat, li demano el seu consentiment per escrit, ja que la noia es una menor, i també si te alguna pregunta a fer-me al respecte..la senyora em mira estranyada i em diu que cap... penso que esta molt desesperada amb la situació de la noia. En aquest moment no se res del que passa de tant en tant amb els desmais l' ambulància i la policia...

Ens quedem totes dues, hi ha un silenci llarg, jo me la miro, i a ella li canvia la mirada, passa de la tristesa que la feia tenir els ulls plorosos a un interès cap a mi.

Aquesta comunicació no verbal es important...fa que jo encara em senti mes interessada cap a ella.

M' explica, tengo muchas cosas en la cabeza- que no se que me pasa—vaya...

Me la miro movent el cap interessada.

No se que me pasa, no se nada... ahora en la escuela me han dicho que no me voy a sacar la secundaria. Me enviaran a unos estudios de oficios.. que se yo... para que voy a ir a clase... ya no vale la pena..

(Som abans de Setmana Santa)

Li propono que m' expliqui mes de l' escola....

No se donde me enviaran... y mis amigos... es que no se lo que me hago , esto que te ha dicho mi madre que lo pierdo todo, pues es verdad...he perdido la chaqueta, la mochila... no se donde lo he dejado....

El demanar mes es una forma de ajudar-la a clarificar...(Aquest es el primer pas de la tècnica que os presentem) Preguntar per ajudar a aclarir i aclarir-se el pacient.

Pregunto que no se quasibé res d' ella i que potser poc a poc m' ho pot explicar.... si fa alguna cosa mes...

Juego a futbol..s' anima – por cierto que el entrenador me ha dicho que si sigo así a lo mejor me pondrá de entrenadora de los niños pequeños...

Li dic, otro poyecto, que a la vez también es una responsabilidad.

(Clara contrastació per part meva)

Fa un salt de la cadira- mira el meu rellotge- uy; tengo que irme a la escuela es la hora.

Li responc que encara tenim 5 minuts..
que hem quedat que acabaríem a tres quarts..

Nada, nada s' aixeca i s' en va...

Al revisar la sessió puc veure com havíem començat be, clarificant i interessant-me per ella, però en el moment que li parlo d' un altre projecte i de responsabilitat no ho pot suportar...L' inquieta enormement que jo contrasti. Aquest son els nostres pacients.

Requereixen aquest treball minucios, cuidar-los... poc a poc... com un fil prim que cal mirar de que no es trenqui.

Val a dir que N no ha faltat mai a cap sessió, però durant 6 mesos quant havíem treballat mitja hora s' inquietava i em demanava per marxar, en el moment que ella semblava presentir que aniríem una mica mes a fons, o que s'estava vinculant massa. Tal vegada també com una manera de ser ella la que em deixa i no la deixada...

El treball va seguir fins a l' estiu intentant escoltar el dia dia i reconstruir la seva historia. La relació amb la mare i el pare..

Vaig fer una entrevista amb la mare, que amb força dificultat – tot i que es una persona intel·ligent-, em va explicar l' historia de N.

De menuda, molt menuda es van separar amb el pare, els finals de setmana els passava tots amb el pare, ella treballava, i durant la setmana la cuidava una mainadera, ja que ella tornava a les 10 de treballar.

Totes tres varem dissenyar uns compromisos a casa, no masses, entre ells el mes urgent per la mare de que N pugues retornar a l' hora i no desconnectes el mòbil si anava tard. Aquest compromís no l' ha deixat de complir. Jo crec que arrel de treballar-ho ella va copsar com patia la mare.

També varem parlar de buscar la mare una formació professional per el proper curs, la noia va explicar-nos que l' estètica li agradava i també l' informàtica.

Amb el pare i l' escola només hi vaig poder parlar telefònicament, el pare viu lluny i ha tingut un infart que sembla es molt utilitzat per no fer gaires esforços...segons explica la noia...

L' impressió de l' escola es que no ajudarien gens a N. i caldria que fos la mare la que busques – la veia una senyora molt disposada.

I semblava que tenia molta confiança amb mi. Segurament es va sentir acompanyada.

En les properes sessions, previ negociar que no marxaria abans, les va omplir de la relació amb una noia, N es va definir com lesbiana des del néixer, de sempre li havien agradat les noies.

La relació amb aquesta noia la portava moltes vegades a situacions extremes, com pegar-se totes dues al mig del carrer, perquè la novia se n' havia anat amb una altre noia, N es desesperava. Anteriorment havia arribat a tallar-se "Xinar-se"
Aquest va ser un treball a on la confrontació va ser bàsica.

En una sessió m' explica que la relació amb la noia com a novies s' ha acabat, que ara seran només amigues. Ja ni ha prou de patir per els altres. Ara ella es concentraria amb lo de buscar una escola i el futbol que d' amics ni havien molts...

El canvi es significatiu... li dic i li pregunto que ella que en pensa... de moment ho refusa, però durant la sessió em diu :

Sabes que quizás si que algo en mi esta cambiando

La relació amb la noia va passar per diferents vicissituds, un dia que N s' estava barallant amb la novia de forma molt dura va arribar la mare amb la seva parella... N estava fora de si... va marxar corrents, els altres la seguien i al final es va posar a l' autopista a on per sort van parar els cotxes.

La mare se la va emportar com va poder cap casa, la noia estava embogida quan van arribar al portal de casa N va tenir un desmai, fet que d' altres vegades feia que la mare truques a l' ambulància, la parella de la mare ho volia fer, però en aquest moment la mare s' hi va negar i li va demanar que l' ajudes a pujar-la a casa, a on N es va recuperar i es va fer un tip de plorar als braços de la mare.

Va ser a partir d' aquesta anècdota que jo vaig saber el que li passava, perquè anava als serveis d' urgències.

Sembla que aquests moments de crisi eren dissociats per totes dues una no podia contenir-se i l' altre no podia contenir... fins el dia que es van poder aguantar una a l' altre. Primer la mare m' ho va dir per telèfon i a la sessió m' ho va explicar N.

Realment la relació amb la noia en aquest moment es va acabar.

I la meua comprensió, al entendre aquestes situacions dissociades es va fer més completa.

Portem 9 mesos de tractament, han passat moltes coses la teràpia segueix, la noia està cursant – amb certs moments difícils- estudis de perruqueria. En aquests moments la contenció de la mare ha estat importantíssima, i aquesta no ha dubtat mai amb localitzar-me telefònicament durant la setmana.

A moments ella ja havia afrontat el problema, altres l' hem posat sobre la taula totes tres.

L' objectiu d' aquest treball es ajudar a N a poder viure amb més qualitat, a ser ella mateixa, i utilitzar millor els seus criteris en lloc d' actuar.

Per acabar voldria referir-vos un petit fragment de sessió de mare i noia, després d' uns dies d' absentisme a l' escola d' estètica..

La mare li deia a la noia que a ella no li importava que fos lesbiana, sinó que tingues les idees clares i no es deixes enganyar.. Que estes segura de que a ella li interessaven les noies. N havia tingut una relació puntual amb una noia, que l' havia portada a no anar a classe.

La resposta de la noia va ser explicar-nos que ella no ho faria, però que li agradaria molt poder-se operar i tenir un cos de noi...

Amb un moment de reflexió es va dirigir a la mare i li va dir es que tu me pariste así... por eso no lo haré.

Febrer del 2012

PROGRAMA D'ATENCIÓ AL TRASTORN PSICÓTIC INCIPIENT 2012

Dr. Joan Manuel Blanqué

Introducció

Fa uns 20 anys ens vam començar a reunir un grup de psicoterapeutes i psicoanalistes (Folch, Esteve, Isern, Aguilar, Clusa, Garcia Tarafa jo mateix...i altres) per anar pensant en fer un projecte sobre la assistència precoç de la psicosis. D'Aquestes trobades va sortir la possibilitat d'iniciar una experiència pilot a la Unitat de S. mental de l'Hospitalet.

Als 2 anys de començar-la vam organitzar una Jornada juntament amb el Congrés Català de S. Mental sobre aquest tema on vam convidar al prof. Alanen (que feia més de 25 anys que te a Finlàndia un programa similar) i a Garcia Badaraco (creador del Grup multifamiliar). A aquesta jornada van venir diverses professionals del Servei Català de la Salut que van quedar impactes per les experiències comunicades. Als pocs mesos es van crear 11 experiències pilot a Catalunya, una d'elles va ser oferida a la Fundació S. Pere Claver en el CSMA de Montjuïc que jo coordino ara fa 7. Cada Programa segueix un model teòric diferent, des del psicodinàmic adaptat al pacient psicòtic que es el nostre, fins els conductual i biològic.

Aquest programa està orientat a dos tipus de joves entre 16 i 35 anys : 1) que hagin patit una primera crisi psicòtica o 2) Que manifestin actituds pre-psicòtiques (aïllament, ideació autoreferencial, que hagin deixat els estudis o el treball), els i diren joves amb estat mental d'alt risc, EMARS). Aquests joves son derivats des del Hospital psiquiàtric o des dels metges de les ABS.

L'equip està compost per dos psiquiatres (un e el coordinador), un psicòleg, una treballadora social, un infermera i un treballador social (PSI). El total d'hores setmanals de dedicació es d'unes 60 h.

El programa s'ha aplica igual als dos grups i consisteix en primer lloc en fer una valoració psiquiàtrica per valorar si cal tractament farmacològic i tot seguit es programen un mínim de quatre entrevistes familiars amb tota la família (incloent sempre al jove). Al finalitzar-les

es fa un diagnòstic familiar i un indicació terapèutica per el jove i per la família. Per el jove s'indica una teràpia de grup o individual i per la família una teràpia unifamiliar (seguir amb les sessions familiars cada 2 mesos) o be Grup Multifamiliar.

Paral·lelament la Infermera del equip far un seguiment de control mèdic (anàlisis, constants, control medicacions..) i la Treballadora social intentarà que es no es desvinculi dels seus estudis habituals o de treball. També forma part del equip un Educador social (PSI) que serà l'enllaç entre el jove i l'equip en casos d'aïllament a casa.

Es fan dues investigacions, una es la avaluació inter-centres i un altre vinculada a una subvenció de la Marató de TV3.

Una part del programa que ara hem d'iniciar es la detecció i tractament del fills de pares amb Trastorns mentals severos. Pensem que molt important per la prevenció ja que una gran majoria de joves del programa tenen antecedents psiquiàtrics en la primera o segona generació.

Tasques detallades dels professionals que intervenen en el programa

1.-Responsable del programa

- Recollir les peticions d'estudi i intervenció que arribin dels diferent referents comunitaris : col·legues del CSM , metges de les ABS , Hospitals de referència , escoles, així com la interconnexió al llarg del procés.
- Estudi dels casos i elaboració d'un informe per la reunió del equip del Programa
- Col·laboració amb els metges referents (del Hospital de referència o del CSM) en el diagnòstic de cada cas, escollint les eines més adients (tests, qüestionaris, proves biològiques...)
- Responsable del arxiu de tots els casos del Programa.
- Participació directe en els programes formatius per els diversos professionals de la salut (metges, infermeres , treballadors socials, educadors...).

- Intervenció en la avaluació del programa i en totes les activitats de recerca que es decideixin.
- Participació en les reunions de circuit i en totes les que tinguin com objectiu les psicosis incipient.
- Intervenció directa en algunes de les tasques assistencials (teràpies individuals, grupals o familiars)
- Supervisió de les activitats diagnòstiques que realitzarà una psicòloga col·laborador (passatge de les diverses escales)
- Realitzar sessions informatives sobre el programa a les ABS.

2.- Psiquiatre referent (de cada pacient)

- Realitzar un primer diagnòstic psiquiàtric i programar seguiment habitual del pacient que hauria de ser un cop al mes/ mes i mig.
- Realitzar visites d'urgència i tramitar l'ingrés a hospital de dia o H.Psiquiàtric fos necessari.
- Participar en el passatge de escales diagnòstiques .
- Elaboració d'una anamnesi detallada.
- Demanar proves analítiques generals i de tòxics així com neuroimatge a tots els pacients que entrin en el programa.
- Participar amb els membres del equip de P.I. en l'elaboració del pla terapèutic del cas.

3.- Terapeuta familiar

- Aquesta tasca la podrà realitzar un psicòleg o psiquiatre del CSM que disposi de la formació adequada.
- Recollir el material clínic de cada sessió i treballar-lo amb un observador escollit
- Realitzar un diagnòstic familiar i valorar la intervenció més adient, juntament amb l'equip, en cada cas, tant per la família (teràpia familiar continuada, grup de pares, teràpia de parella de pares...) com per el pacient (teràpia de grup o individual).

4.- Terapeuta grupal

- Aquesta tasca la podrà realitzar un psicòleg , psiquiatre del CSM que disposi de la formació adequada.
- Haurà de dur a terme un grup terapèutic de pacients de 2 anys .
- Recollir el material clínic de cada sessió i treballar-lo amb un observador.
- També haurà de realitzar grups de pares .

5.- Terapeuta individual

- Aquesta tasca la podrà realitzar un psicòleg o psiquiatre del CSM que disposi de la formació adequada.
- Haurà de dur a terme un teràpia individual de 2 anys
- Recollir el material clínic de casa sessió .

6.- Infermeria psiquiàtrica

- Valorar i diagnosticar la situació del pacient segons els criteris propis d'infermeria.
- Fer d'enllaç entre l'hospital corresponent (S.Boi,H. Clinic , H. de dia...) i l'equip de PI del CSM .
- Iniciar els primers contactes amb el pacient i la família dins del mateix hospital i informar a l'equip.

7.- Treballador social

- Fer un estudi social de la família
- Establir lligams amb l'escola/Institut o Universitat on estudi el pacient i intentar que no es trenqui el vincle . Es farà el mateix en el cas que l'activitat sigui laboral.
- Passar el GAF

8.- Educador social (PSI)

- Realitzarà la comunicació entre el jove aïllat a casa o ingressat i el CSMA. Es a dir que pot atendre al jove al hospital, a casa seva o al carrer i així crear un vincul,
- En realitat es una tasca amb trets marcadament psicoterapeutics.

Al llarg d'aquest 7 anys s'han integrat al programa 124 joves (85 en actiu). Un 78 % d'EMARS han fet algun tipus de psicoteràpia (individual, grupal o familiar) i un 68 % en el cas de joves amb una primera crisi. Han estat ingressats 10 joves . Han transitat d'EMARS a primera crisi únicament 2 joves. Han millorat el GAF (activitats normals d'estudis o treball) , el 50 % d'EMARS i 37 % de joves amb primera crisi , però a més un 20 % d'EMARS i un 5% de primera crisi no poden treballar malgrat que estan millor per falta de oportunitats.

Reflexions

Com reflexions importants després de 7 anys destacaria en primer lloc la importància de la formació del equip en la tècnica psicodinàmica aplicada al tractament de la psicosi (individual, grupal i familiar). Des del punt de vista assistencial podria assegurar que una intervenció masiva psicològica en els joves amb una primera crisi psicòtica pot minimitzar la evolució de la psicosi i que si la intervenció fos abans de la aparició dels símptomes psicòtics es podria fins i tot evitar-la. L'altre punt important i pot ser per mi el més important es el re-descubrimet del paper de la família en la gènesi i cura d'aquestes malalties. Actualmente em costa imaginar fer un tractament únicament individual a un jove amb crisi sense treballar també amb la família.

PROJECTE VELLESA

Autors: J. Oriol Esteve, Pere Folch, Lluís Isern

Els organitzadors d'aquesta Jornada d'Aniversari de l'ACPP ens han invitat a que parlem en nom d'un grup de col·legues que treballem des de fa un any en un programa d'assistència psicològica, d'inspiració psicoanalítica, a la gent gran. A l'empara de tres institucions: l'Hospital de Sr. Pere Claver per a l'organització i pràctica de les activitats clíniques, de l'ACPP per les activitats didàctiques que el programa exigeix i el Congrés Català de Salut Mental per la seva eventual difusió i assessorament, hem posat en pràctica les primeres activitats del nostre projecte.

El Projecte, que va ser presentat en síntesi en una reunió del dijous a l'ACPP serà publicat in extenso en un pròxim número de la Revista Catalana de Psicoanàlisi.

El Projecte promou bàsicament una assistència grupal que ha anat a càrrec d'un equip de terapeutes – metges i psicòlegs- que han dirigit els seus grups respectius i s'han reunit setmanalment en sessions de supervisió del material clínic i de comentaris sobre problemes tècnics i teòrics que l'estudi de les sessions suscitava.

Fa un any que treballem amb els terapeutes Ignasi Bros, Montserrat Leonart, Glòria Mateu, Vasiliki Petroyianni i Maria Núria Ribera. A aquest equip s'han anat afegint altres col·laboradors que eixamplaran substancialment la nostra casuística amb l'experiència de grups multifamiliars- Joana Lara i Raquel Vidal, d'art teràpia – Mercè Villegas i Clara Alum, amb Anna Costa que col·labora també en la selecció de casos. He volgut anomenar tots aquests col·legues perquè és gràcies a la seva col·laboració entusiasta i a la meticulosa recollida de dades que suposen els seus reports de les sessions, el que ha fet possible la continuïtat del nostre grup de treball fins avui.

En aquests quinze o vint minuts que em queden, hauríem de donar notícia de les nostres impressions després d'aquests anys de treball, dels nostres supòsits inicials i del que la concreta labor assistencial ens va suggerint dia a dia.

Sens dubte que el relat i comentaris d'una sola sessió de teràpia grupal seria més il·lustratiu que el comprimit que us dispensaré tot seguit. Però com sabeu una sessió de grup i la seva glossa ens prendria ben bé una hora i mitja que és el temps que acostuma invertir el nostre equip de treball en una sessió de seminari. Cal doncs

renunciar-hi i en el seu lloc us llegiré només algunes impressions i suggeriments que es desprenen de l'experiència d'aquest any.

A l'esquema adjunt (vegi's al final), hem volgut representar els dos grans eixos que prenem en consideració en la nostra ponderació i enquadrament de la problemàtica de la persona gran i la seva psicopatologia.

A l'eix vertical hi situem les diferents etapes del curs del nostre esdevenir psicofísic predeterminat, ineluctable en les seves línies generals. S'estén des del naixement fins a la mort després d'un procés involutiu de curs i predominances molt variables.

A l'eix horitzontal, també del naixement a la mort, hi situem el curs de la relació d'objecte. Ens interessa particularment els seus diferents destins a partir del climateri.

Pensem que procés involutiu i esdevenidor relacional s'influencien mútuament . La involució psicofísica en les seves múltiples varietats: de tempo, de predominances, d'extensió -més localitzada o generalitzada- imposa forta empremta a l'esdevenidor de les relacions interpersonals; a la recíproca la qualitat de les relacions, els seus conflictes, la qualitat traumàtica dels seus episodis afecten el curs de l'esdevenidor "psico-físic", el curs abrupte o de pendent suau del natural decandir.

L'experiència de la involució és viscuda subjectivament com una pèrdua, una desposseïció d'atributs, de funcions i possibilitats. L'assumpció de la pèrdua comporta un procés de dol que suposa, en les circumstàncies més favorables, el reconeixement del que s'ha perdut i una reorganització de la nova situació així creada. Però aquesta elaboració del dol no sempre es porta a terme d'una forma tan progressiva i harmoniosa. El dolor de la pèrdua desvetlla ansietats de qualitat i intensitat diversa, que dificulten una assumpció realista de la situació. Les ansietats, enlloc de ser treballades adequadament, disparen recursos defensius d'un ordre tan divers que amb raó ha pogut dir-se que tot l'espectre psicopatològic pot desenrotllar-se en les reaccions desventurades dels dols: començant per la negació maníaca de la pèrdua, la reacció paranoide de perjudici i litigant, les actituds de derrota dimissionària, o els recursos de control obsessiu per pal·liar la visió realista del que s'ha perdut, fan de la patologia de la involució un mosaic molt variat de recursos simptomàtics, replegaments psíquics, i regressius. En totes aquestes avinenteses s'abandonen funcions que encara podrien exercir-se; i s'imposen dimissions deteriorants que al nostre entendre afavoreixen l'inici o el curs de processos defectuals biològicament condicionats

(Alzheimer i altres formes de deterioració senil).

Aquests processos de dol no comencen al climateri. Leon Grinberg deia que la vida és una sèrie de microdols que comencen amb la vida mateixa: la pèrdua de la matriu, després la pèrdua del pit, la pèrdua del cos infantil a la pubertat. Certes funcions es perden en plena joventut: els tenistes, els futbolistes es jubilen molt abans del climateri; la possibilitat de certs aprenentatges caduquen a l'adolescència. Però fins a certa edat aquestes pèrdues de funcions són fàcilment compensables per tantes possibilitats d'adquisició i d'aprenentatge que mitiguen la nostàlgia de la pèrdua.

Ara bé, a partir del climateri hi ha pèrdues que no es poden compensar fàcilment per altres adquisicions: la vigoria, la prestància i l'atractiu corporal en l'ordre físic i la impossibilitat de certs aprenentatges que l'edat exclou comporten una elaboració del dol ben diferent de situacions anteriors. Cada vegada més, a mesura que el climateri avança a la nostàlgia del passat s'hi afegeix de manera creixent el dol del futur, l'horitzó cada vegada més limitat de possibilitats futures que podrien mitigar el dolor de les pèrdues amb les compensacions possibles. Amb tot això l'ansietat de mort es precisa i és menys fàcil de negar. Dol del passat, dol del futur i cada vegada més dol de sí mateix, de les possibilitats existencials i de les pèrdues funcionals -físiques i psíquiques- cada vegada més irrecuperables.

Hem dit que l'eix vertical d'aquest esdevenir psicofísic va íntimament lligat amb l'evolució de la relació d'objecte. *L'experiència de la involució individual és sempre una experiència relacional.* Segons el nivell de la relació d'objecte -més infantil, més confusa, més narcisista o més madura- les pèrdues més o menys traumàtiques de la involució seran viscudes amb matisos ben contrastants: com a experiència catastròfica, amb reivindicacions persecutòries o com un càstig. Sense remissió, o al contrari en el millor dels casos, l'experiència de l'envellir es pot viure com una etapa natural dimissionària en benefici de les noves generacions. Si haguéssim de resumir el que podríem anomenar treball de la vellesa (en paral·lel a com s'ha parlat del treball de l'adolescència, tasca de l'edat mitja de la vida) assenyalaríem els següents:

- 1) *Assuaujament harmoniós dels vells conflictes emocionals. Dissolució de ressentiments i capacitat de perdó.*
- 2) *Acceptació sincera de les noves generacions*
- 3) *Acceptació de la progressiva dependència*
- 4) *Renúncia a mecanismes denegatoris de l'ansietat de mort*
- 5) *Tolerància a la reparació incompleta de les culpes. Acceptació de*

/irreparable

Voldria poder-vos oferir alguna vinyeta clínica en que poguéssiu veure la forma com es presenta, a troços i a bocins, aquesta problemàtica del vell en el dia a dia de les sessions grupals. Però això és impossible, com he dit, pel temps que pren la narrativa i comentari d'una sessió de grup.

Cal dir que iniciàvem la nostra experiència amb uns supòsits: la successió de dols de la corba vital i en particular els que van succeïnt-se a partir del climateri. Des de les primeres sessions i sobretot a les primeres sessions, alguns d' aquests supòsits es confirmaven. El primer que comunicaven la nostra gent gran eren les pèrdues de fills i cònjuges. En alguns casos, els membres del grup semblava que es presentaven no pel que eren o tenien sinó pel que havien perdut. I el que ens va frapar d'aquestes comunicacions era una diferència molt manifesta en l'evocació dels morts: algunes persones només podien parlar del fill o del marit mort o agònic, no de les particularitats de la relació amb ells en vida. En canvi d'altres podien evocar episodis de la relació amb el difunt. Aviat ens vam adonar que la relació amb la imatge morta del desaparegut evitava la rememoració d'una relació conflictiva plena d'ambivalència. En canvi la representació continuada del fill o el marit mort anava amarada d'una desolació immodificable. Eren persones que ens deien anar sovint al cementiri o que havien deixat totes les coses del desaparegut en el mateix ordre de sempre, no havien pogut llançar cap prenda de roba com si el temps s'hagués aturat. En sessions ulteriors però, es rememoraven situacions de conflicte penós en la relació amb el desaparegut o autoacusacions per no haver previst amb més cura la possibilitat de l'accident o el curs implacable de la malaltia. Aquestes persones que es refusaven a una franca elaboració del dol patien d'una doble pèrdua: la pèrdua del fill concreta i reat però també la pèrdua del fill com objecte intern, com a representació, com a record de l'experiència viscuda amb ell, amb tot el que va poder tenir de satisfactori i enriquidor. Aquesta pèrdua de l'altre com a objecte intern fa impossible la seva reviviscència no sols en l'àmbit intern de l'espai mental sinó també d'una manera més objectivada, més transitiva: Identificant-se amb les bones qualitats enyorades de la persona perduda en la realitat concreta, qualitats que podrien perpetuar-se en les relacions actuals de la persona en dol.

La motivació d'aquestes eventualitats pot ser del tot inconscient. Però en altres casos es pot seguir la conflictiva en tota transparència. Així per exemple el cas d'una pacient que parlava de la mort de la seva mare després de molts anys de freda distància.

Segons ella la mare estava enamorada del fill, el germà de la pacient, a qui li trobava totes les gràcies. Ella en canvi era la menystinguda. A l'hora de la veritat però ella es va haver de fer càrrec de l'assistència de la mare. Ara encara va de tant en tant al cementiri mentre que el germà no li ha portat mai un pom de flors. Sembla que en aquest cas, el ressentiment cap a la mare i la rivalitat gelosa s'ha anat esvaint amb l'assumpció de ser la bona filla que perdona la mare de les seves vel·leïtats tan injustes a favor del germà. Aquest segueix sent un seductor insensible que ha beneficiat injustament dels favors de la mare.

Els altres dols que es mencionen a les primeres sessions són els dols de les pròpies qualitats i funcions perdudes. Rarament s'ha parlat de la pèrdua del cos eròtic, del propi atractiu tot i que s'ha vorejat tímidament. Penso que les pèrdues implícites en la involució s'associen amb més o menys ansietat amb la pèrdua d'autogestió i la inevitable dependència, especialment la dependència dels fills. Això suposa un trànsit en les relacions d'objecte més centrals que hem volgut reflectir a l'esquema com a transposició de rols de la situació edípica infantil. Els pares, ja vells, que havien estat envejables ara esdevenen, en les situacions conflictives, envejosos de la vitalitat, de la capacitat de gestió dels fills i les seves parelles. La rivalitat envejosa i gelosa anima el conflicte intergeneracional viscut pel subjecte, en la doble vessant: amb els pares i amb els fills. Aquests conflictes són però comunicables i elaborables en el curs de les sessions grupals, excepte en casos amb defenses de caràcter extremament rígides. Recordem per exemple una pacient de més de 70 anys que viu amb ressentiment i orgull la seva solteria i la seva trista i solitària independència malgrat les invitacions de la germana a participar de la vida familiar amb els nebots. Ens explicava gairebé cofoia la seva enteresa de refusar les engrunes de pietat de la germana que la invitava a passar la vetllada de cap d'any amb la seva família. Va preferir quedar-se sola a casa. I es va trobar l'endemà desvetllant-se a la seva butaca davant deis dotze grans de raïm i la copa de cava intacta.

En la nostra encara curta experiència amb aquests pacients, la por, el reconeixement i sovint el terror de la dependència és més a primer pla que l'ansietat de mort. Però em sembla evident que assegurar una dependència viable es un antídoto contra l'ansietat de mort. Fins i tot quan s'ha vorejat d'aprop a les sessions grupals -quan una pacient havia de sotmetre's a una cirurgia cardíaca el grup semblava en un consens tàcit per no evocar la por de la mort. Però es ben conegut que la supervivència es viu sovint amb pudor i amb culpa..

..

Si l'ansietat de mort es obviada com a experiència compartida a les sessions, pensem que el seu equivalent es pot trobar en la soledat de la qual es queixen sovint les nostres pacients. Estar sol sense els familiars, sense veïns, sense televisió és tal vegada encarar les ansietats de mort sense el pal·liatiu d'una visió més serena, amablement estoica, el consol d'una perdurabilitat o simplement la germandat d'uns companys de naufragi. En tot cas la finalitat dels nostres grups terapèutics no és sols la de fer accessible el vell deprimat i vençut a una ressocialització - la que puguin oferir certes activitats culturals, cursos a distància, esbarjo en centres cívics, etc. La capacitat de socialització es complementa amb la capacitat d'estar sol. És evident que una bona internalització d'experiències relacionals positives anima la soledat, la mentalitza vivificant l'espai mental. Pensem que la internalització extensa i matisada del grup i els seus membres, anima l'espai mental del vell i el protegeix del clima monocorde on només hi vibra la corda greu enlloc de la varietat assembleària d'una grupalitat interna incorporada a partir de l'experiència continuada de les sessions.

Aquesta visió del procés terapèutic ens porta en la tècnica a fomentar en el possible la reducció a l'ara i aquí de la sessió de les situacions evocades per uns i altres referides al passat o a les circumstàncies de la vida familiar i social en que els membres del grup puguin participar. En el possible, sense estrafer els paral·lelismes procurem que l'anècdota individual situada en un altre temps i en un altre lloc esdevingui una experiència col·lectiva en l'ara i aquí de la sessió grupal. Tractem també que en aquest acostament centrípet a l'experiència viscuda ningú se'n faci absent o assenyalem la possible ansietat que pot portar el grup a posar entre parèntesi les experiències de potencial ansiogen.

No sé si en aquest condensat de les nostres activitats terapèutiques s'hi reflecteix prou l'ideal de salut a que aspirem com higienistes i terapeutes per aquesta darrera etapa de la vida, cada vegada més allargassada, que és la senectut. En la presentació del nostre projecte hi assenyàvem la conservació de la vivacitat de la ment, no limitada per les dimissions, les renúncies i les denegacions dels moments punyents i conflictius de la història viscuda. I recolzàvem aquest objectiu en lemes que s'han fet proverbials: un de Winnicott i l'altre de Pau Casals. El de Winnicott és la seva coneguda imprecació: ***oh God! may I be alive when I die (Deu meu, que pugui arribar ben viu a la mort)*** un prec que és ben equivalent a la nostra expressió

popular: que Déu ens dongui una hora més de seny que de vida. L'altre lema podria ser el de Pau Casals quan deia adreçant-se als joves: 'Potser sóc el músic més vell del món però en molts aspectes encara sóc jove: sigueu sempre joves i digueu les veritats al món.' Aquesta és també la divisa d'una assistència psicològica inspirada per la psicoanàlisi: amb el cultiu continuat de la llibertat de pensament acostar-se a la veritat d'un mateix i dels altres, tot defugint l'oferta de les defenses empobridores i deteriorants.

Vàrem gaudir de la interpretació del músic Xavier Coll Professor de l Smuc que va tocar diferents tipus de guitarres d època.

L'experiència de grups de suport a professionals de la salut per al tractament del malestar laboral

Eulàlia Masachs. Psicoterapeuta membre de l'ACPP
eulalia.masachs@comb.cat t.691660603

Montse Plana. Psicoterapeuta membre de l'ACPP
moplafer@gmail.com t.607334916

Síntesi

Aquest treball analitza una iniciativa de suport a professionals sanitaris que han experimentat un patiment psicològic a la feina. Mitjançant un procés grupal, organitzat com a *taller de prevenció i gestió del malestar laboral*, els participants poden comprendre i elaborar la circumstància que els afecta i trobar recursos personals per a reincorporar-se al treball. No es tracta pròpiament d'un grup de psicoteràpia, però es basa en l'aprenentatge per l'experiència i el model psicoanalític de comprensió de la relació dels individus en els grups i les organitzacions.

Este trabajo analiza una experiencia de soporte a profesionales sanitarios que han sufrido afectación psicológica en el trabajo. Mediante un proceso grupal, organizado como *taller de prevención y gestión del malestar laboral*, los participantes pueden comprender y elaborar la circunstancia que les afecta y encontrar recursos personales para reincorporar-se al trabajo. No se trata propiamente de un grupo de psicoterapia, pero se basa en el aprendizaje por la experiencia y en el modelo psicoanalítico de comprensión de la relación de los individuos con los grupos y las organizaciones.

The paper discusses an experience of supporting health professionals that have suffered psychological distress at work. Through group processes, organized as a *workshop on prevention and management of occupational distress*, participants develop an understanding and elaborate the work situation affecting them, and find out inner resources to return to their task. Not being properly a psychotherapy group, is based on learning from the experience and on the psychoanalytic understanding of the relationship between individuals within groups and organizations.

L'experiència de grups de suport a professionals de la salut per al tractament del malestar laboral

Montse Plana i Eulàlia Masachs

Psicoterapeutes membres de l'ACPP

Introducció

Cada vegada hi ha més dades i estudis fets en l'àmbit de la salut laboral que demostren que els professionals sanitaris (metges, infermers, ...) són un col·lectiu exposat al patiment de nivells elevats d'estrès —tant per la naturalesa mateixa del seu treball, com per les condicions en que aquest s'exerceix. La dificultat de gestionar adequadament les situacions laborals complexes, pot afectar la salut mental en forma de burnout o síndrome del desgast professional o d'altra morbiditat psiquiàtrica i/o addictiva. Com diu Tizón, potser ens convindria parlar en general de “síndromes psicopatològics influenciats per les condicions laborals” quan ens referim a la psicopatologia del treball, per així poder comprendre que la forma i el fet d'emmalaltir en relació a la feina és diversa i té a veure amb factors personals i patrons relacionals apresos, que ens predisposen a un tipus d'interacció amb l'entorn, que ens pot fer més vulnerables.

És innegable que el sentit de la feina en el moment actual està molt institucionalitzat, es passen moltes hores dins la institució i la vivència de la mateixa és contradictòria —la institució acull i dóna seguretat i al mateix temps limita. I. Menzies parla del decalatge entre la idealització de la tasca per part del professional i la realitat del seu exercici dins la institució, i això provoca que se la faci depositària de les projeccions del malestar dels qui hi treballen. Si bé el grau d'equilibri emocional en l'exercici professional ve determinat pel balanç entre el que un sent que dóna i el que rep com a compensació (realització personal, reconeixement, retribució econòmica...), aquesta interacció està fortament condicionada per la vivència de l'organització i de les relacions personals que hi tenen lloc.

L'establiment de condicions de treball saludables és bàsica per a la prevenció del malestar laboral, però també és un punt clau la millora de les capacitats

individuals per trobar maneres suficientment adequades de viure les incidències en relació a la feina i a la institució.

Presentem una experiència de suport a professionals de la salut que han experimentat un patiment psicològic a nivell laboral. Es tracta del treball fet en cinc processos grupals organitzats com a Taller de prevenció i gestió del malestar laboral en l'àmbit de la salut. No és l'enquadrament de grup psicoterapèutic clàssic, però es basa en el model psicoanalític de comprensió de la relació dels individus en els grups i les organitzacions.

L'organització del Taller/grup sobre prevenció i gestió del malestar laboral es va plantejar en el context de la col·laboració amb la Fundació Galatea¹, per fer front a la necessitat observada en els professionals sanitaris atesos per problemes de salut mental que eren motivats per situacions laborals. Es tractava de comprendre i elaborar la circumstància laboral que els afectava, a través de l'aprenentatge per l'experiència, per poder reincorporar-se a la feina.

Descripció del taller de prevenció i gestió del malestar laboral

Sense oblidar que les condicions de treball —organitzatives i de funcionament institucional— són part del conflicte laboral i haurien de ser millorades, el taller aborda les dificultats i capacitats individuals per treballar més saludablement dins la institució.

El treball del taller es planteja en base a dues premisses. La primera és que la realització efectiva de la tasca professional és una font important de satisfacció i en la mesura que hi ha un comportament basat en la realitat, la gent no vol renunciar a aquesta satisfacció (Rice 1965); i la segona és que la possibilitat d'analitzar i donar comprensió a les experiències i els conflictes de la feina —

¹ La Fundació Galatea del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, treballa per l'atenció a la salut mental dels professionals sanitaris

aprendre de l'experiència— permet vehicular la transformació d'actituds i dinàmiques laborals per gestionar el malestar.

Per obtenir els seus objectius, l'activitat se centra en tres aspectes: 1) comprendre el funcionament de les organitzacions i dels equips de treball; 2) analitzar les actituds i dinàmiques laborals que dificulten la realització de la feina i generen malestar i 3) identificar recursos individuals i grupals per fer-hi front.

L'experiència formativa està organitzada com un procés grupal. Són 10 sessions de periodicitat setmanal, cadascuna de 3 hores de durada.

La metodologia del taller està organitzada com un procés grupal que comença i s'acaba, i té les seves incidències, que es tracten en tres tipus d'espais que es van combinant: a) intervencions teòriques breus, b) exercicis basats en tècniques projectives, escenificacions i discussió de casos hipotètics, i c) compartir l'experiència laboral de cadascú; al llarg de les sessions tothom té un espai per presentar la seva situació laboral, allò que li ha generat el malestar.

Pel que fa als continguts teòrics tenen a veure amb els temes següents: la feina com a identitat professional i social; dinàmiques interpersonals i de poder dins la institució; el contracte psicològic; la perspectiva grupal de la tasca —el grup com a sistema, funcionaments grupals conscients i inconscients—; els rols en el context laboral: rol i exercici de l'autoritat; eines per a promoure una vida laboral saludable: assertivitat i resiliència; canvis i elaboració de dols a la feina. Els exercicis pràctics tipus joc de rols (rol playing) o tècniques projectives ajuden a introduir els temes. Però el que determina el procés grupal és el fet que cadascú pugui presentar al grup la seva situació laboral. El grup ajuda a pensar i els exercicis i les breus aportacions teòriques ajuden a posar paraules a les vivències de malestar laboral. També a través dels casos dels altres s'identifiquen dificultats pròpies.

Les conductores del taller, presents al llarg de totes les sessions, ajudem a establir ponts entre el que va apareixent en els diferents espais. Aquest enfocament apropa als participants a l'aprenentatge lligat a l'experiència i aprendre esdevé terapèutic.

Experiències realitzades i perfil dels participants

S'han realitzat 5 grups/taller. Hi han participat 42 professionals: 10 metges de família; 1 pediatre d'atenció primària; 1 treballadora social i 30 diplomades d'infermeria de les quals 18 treballen a un hospital, 11 a atenció primària i 1 estava a l'atur. Del total de participants, 4 són homes. 6 treballen des d'un rol de direcció intermèdia i la resta fan una tasca assistencial. La majoria d'ells, 22, van ser derivats des dels programes col·legials, 18 des de les unitats de salut laboral, i 2 per altres canals. En el moment de l'inici del taller 15 estaven de baixa laboral.

Captació del grup

Des dels programes assistencials de la Fundació Galatea (PAIMM, d'atenció a metge malalt i RETORN d'atenció a infermeria) i també des de les Unitats de Prevenció de Riscos Laborals s'identifiquen professionals susceptibles de participar en el taller, perquè aquest doni resposta a determinades situacions que només amb atenció mèdica no poden ser resoltes.

El fet que el taller es proposi des d'aquestes unitats assistencials genera contradiccions —confiança i reticència— (“se'n cuiden de mi, però tant malament em veuen?” “per què m'ho han proposat?”). Hi ha una evident dificultat per reconèixer el malestar o la malaltia dins el mateix entorn laboral — companys i institució. També hi ha una dificultat d'acceptar que, davant aquest patiment, un mateix hi pugui prendre una actitud activa, d'aprenentatge; generalment es pensa que “la culpa del què em passa és de la institució, dels caps, dels companys, ...”. Observem que el recolzament per part de les persones que els deriven és fonamental per a fer el pas.

En aquest sentit sembla que el títol de taller/grup —de prevenció i gestió del malestar laboral— no ajuda. La indicació del taller implica assumir una identitat de “persona que té malestar”, cosa que no és fàcil d'acceptar en l'entorn laboral sanitari. Durant l'avaluació final en grup, els participants solien dir que abans de venir no els agradava el títol del taller, i fins i tot, no s'entenia, però en acabar el trobaven molt adequat.

Donades les característiques del taller, les persones interessades tenen una entrevista prèvia amb una de les directores per tal de valorar la motivació i el compromís per a participar en el grup, les habilitats relacionals i la capacitat d'autocrítica, i per conèixer les expectatives i necessitats dels participants, identificant punts claus per a treballar en el grup. Les entrevistes són fonamentals per conèixer-nos docents i discents i per disminuir les fantasies entorn el taller. Un cop han vingut a l'entrevista hi ha molt d'aconseguit.

Conflictiva laboral que porten els participants

Hi ha uns aspectes força comuns en la vivència laboral de malestar que porten els participants, que s'expressen de formes diferents o fins i tot oposades. Aquest aspectes s'interrelacionen entre si i donen la impressió de situar a les persones afectades dins d'un bucle del que es difícil sortir-se'n i els podríem descriure de la forma següent:

Una identitat professional idealitzada i una idea messiànica de la medicina o la infermeria. La seva ideologia sobre el paper del professional sanitari es basa en un ideal d'entrega. En el cas de les infermeres, en un rol més maternal i humanitari. En el cas dels metges, en un rol més resolutiu i omnipotent, el de donar resposta a tot i salvar a tothom. Crida l'atenció que hi hagi poca queixa o crítica sobre les dificultats que puguin representar els malalts, o la resolució dels casos clínics, posant de relleu una actitud de servei il·limitat al pacient.

Tot i que l'esperit de servei i ajuda són uns valors positius, aquests es presenten de forma rígida amb poca flexibilitat adaptativa. En aquest sentit es viu la pròpia exigència com a "ser millors que els altres", més competents, més humans i responsables, mostrant poca tolerància a les diferents maneres de fer la feina dels altres. Aquesta intolerància es fa extensiva a les seves pròpies dificultats, fet que comporta molt patiment.

Una vivència polaritzada de l'emmalaltiment. Quan la idealització messiànica no és assolible, genera un malestar que ha de ser projectat. Aquesta projecció dóna lloc a dos formes oposades de viure el malestar laboral. D'una banda, en una actitud més autoreferenciada i melancòlica en la qual la persona es col·loca com a culpable de tot, incompetent, sense identificar les

responsabilitats dels altres ni l'existència de factors propis de la feina, o de l'altra banda, en una actitud, basada en la projecció del malestar cap als altres, en la qual la persona se sent víctima del sistema. Els altres són "els dolents" i l'emmalaltament és una responsabilitat organitzativa que prové de persones o col·lectius concrets.

Destaca el fet que generalment la institució és viscuda com un tot despersonalitzat. La institució no té cara, no té nom: "les persones són bones o poden ser justificades i la institució és dolenta". En aquesta relació impersonal, fàcilment es passa de l'atac a la submissió i l'espera de protecció. Per exemple es diu "si ho aguanto tot i no hi poso límits, em donaran una plaça" en el cas de les persones interines o "amb el que m'ha costat aconseguir-la ara no em puc queixar i he d'aguantar" en el cas de les fixes. El fet de veure's a un mateix amb poques possibilitats de fer valdre els drets o de poder aspirar a situacions de treball millors porta a resignar-se i a negar la importància de la situació de malestar que es viu.

A vegades la identificació projectiva es fa sobre persones concretes, companys o superiors que encarnen els aspectes de poc compromís amb la feina, ambició, maltractament, ...

Observem que aquesta vivència polaritzada i projecció del malestar va lligada a una dificultat de posar límits i d'afrontar el conflicte interpersonal. La identitat professional idealitzada i la bondat de la que està investida impedeix al professional enfadar-se amb persones concretes o amb als malalts, poder reclamar el que necessita per exercir el rol professional. Hi ha molta por a ser titllat de "fer el ploricó", de "mal professional", de no ser valorat professionalment. En aquest sentit també sovint l'entrega al treball és extrema, generant en molt casos conflictes en la vida personal i també amb els companys. Les dificultats de relació interpersonal posen en evidència una impossibilitat de diferenciar-se dels altres, als que se sent que són els que qüestionen, no els donen el que necessiten, no els valoren prou, els manen i no els ajuden, són els causants del malestar... però no poden ser vistos com a subjectes amb els quals es pot dialogar, demanar, escoltar,...

Finalment destacar que es comuna, entre els participants del taller, la dificultat per acceptar els canvis institucionals i elaborar dols. El lloc de treball s'entén com un dret adquirit, no només en un sentit legal, que pot ser-ho, sinó en el sentit de què ha de respondre permanentment i de forma immodificable als propis desitjos i necessitats. Hi ha una forta incapacitat d'acceptar l'evolució i els canvis inherents a la història de les institucions (reformes, canvis de titularitat, nous companys, nous directius i noves directrius, nous usuaris,...), perquè representa fer un dol de situacions que ja no tornaran.

Dues vinyetes clíniques a mode d'exemple

Joana: Infermera que treballa a la UCI de neonats d'un hospital de tercer nivell.

Entrevista: Fa un any i mig, hi havia ingressat un nen de 5 dies amb politraumatismes per maltractament d'un familiar i dos prematurs, tots molt greus. S'havia d'acompanyar el nen maltractat a raigs X, i la pediatra no va voler que hi anés ella, fent anar a una altra infermera més jove. Na Joana va viure aquesta situació molt malament, "la va destrossar", "la pediatra no confiava en ella, i no va ser capaç de dir-li res". Es va enfonsar i deprimir; se sentia menystinguda, i com que era incapaç de fer la feina, va haver d'agafar la baixa (plora quan ho explica, com si acabés de succeir). Va passar un període depressiu amb una gran ideació auto lítica, sentint-se culpable de fer-ho passar malament a tothom.

Durant l'entrevista va informar que havia rebut una notificació del Tribunal D'Avaluacions Mèdiques per valorar la invalidesa.

Treballava d'auxiliar de clínica d'un gran hospital; quan va quedar embarassada el marit la va abandonar. Va estudiar infermeria i va entrar a treballar al servei on està ara.

Des de fa 13 anys viu amb una nova parella i la filla. No entén com ara que tot anava bé, es va deprimir per la feina, quan amb tot el que ha passat mai s'havia deprimint.

Es relaciona bé, és agradable i de bon tracte. Fa poca crítica cap a fora. Està en tractament farmacològic i fa mesos que ha abandonat el tractament psicològic perquè no s'hi sentia bé.

Procés en el taller: Va venir cada dia, tot i que s'havia de desplaçar uns 150 km. Estava atenta, era poc parladora però molt participativa, buscava entendre, plorava fàcilment en escoltar a les altres i en veure el seu patiment; poc a poc va començar a fer una anàlisi diferent del fet, va anar podent dir coses com "no entenc com un fet com el que em va passar m'hagi pogut desgavellar tant", i "Potser el metge volia que em quedés perquè els bessons eren molt complicats...". Es veia vulnerable, fràgil i bleada; va poder començar a dir que potser el fet no tenia cap importància, i a reconèixer que també estava sobrecarregada per les companyes, amb les quals no se sentia còmoda ja que les auxiliars que passen a infermeres són mal vistes per unes i altres, conflicte que havia estat negat, tot i que si li va suggerir en diferents ocasions.

Durant el taller va decidir que volia tornar a treballar, renunciant a cursar la invalidesa; quan va anar a l'hospital, es va trobar a la pediatra i li va explicar tot el que li havia passat; la metgessa no recordava res.

Quan quedaven tres sessions per acabar el taller va començar a treballar. El grup n'estava molt pendent i desitjava que se'n sortís; ella s'adonava que havia d'entendre que l'hospital demanava coses diferents de les que ella pensava, que no era perfecte i que les altres també en saben.

Quan li va tocar explicar el seu cas, va dir que ara pensava diferent de quan vàrem fer l'entrevista, i que gairebé no tenia res a dir. Va aprofitar per explicar el impacte de tornar a treballar després d'un any i mig, els canvis que s'havia trobat, les noves tècniques en les que li calia reciclar-se

Anna: Infermera que treballa des de fa 16 anys al mateix hospital.

Entrevista: a l'entrevista es presenta molt afectada. La setmana anterior havia tingut un atac de pànic, quan va arribar a casa després de la feina. L'endemà ja no va poder anar a treballar. Diu que és la tensió acumulada des de fa un any quan va decidir demanar un canvi de lloc de treball dins del mateix hospital.

Volia un millor horari per tenir cura dels fills i va passar d'una planta d'hospitalització a consultes externes.

Des del principi se li va fer molt difícil la relació amb el metge amb qui havia de treballar. El descriu com una persona dèspota i maltractadora que sempre troba que ella fa totes les coses malament i la renya i crida davant de pacients i companys.

Els companys li diuen que treballa bé i que aquest metge té un caràcter difícil. De fet, la companya que ocupava abans el seu lloc va marxar perquè no el va poder aguantar. Fins i tot hi ha hagut queixes formals de diferents professionals sobre aquest metge, però no se li diu mai res perquè és una persona amb molt reconeixement científic. Malgrat això, l'Anna pensa que hauria de poder tolerar la situació i es culpa de no haver aguantat. Es compara amb una altra infermera que porta anys allà i que sí que hi té una bona relació amb el metge. En el moment de l'entrevista està de baixa i està anant a una psicòloga que li ha dit que això és un cas d'assetjament moral (mobbing) i ella se'n sent víctima. Veiem que l'Anna és una persona exigent i amb una imatge de si mateixa que ha de poder amb tot; ens explica que va haver d'assumir a la família el paper de pal de paller quan va morir el seu pare d'una forma tràgica. Li falta flexibilitat i comprensió dels mecanismes institucionals que permeten que hi hagi aquesta situació en aquest servei. Hauria de poder sortir del victimisme i veure què hi ha d'ella en la situació.

Procés en el taller: assisteix assíduament al taller i hi participa. Al principi està molt afectada i intervé més en la línia de queixar-se de les institucions que permeten que hi hagi gent com la seva cap.

El dia que presenta el seu cas explica que la crisi d'ansietat li va venir dues setmanes abans de què fes un any que estava en aquest lloc. Un any és el temps que havia de passar per poder demanar un altre canvi; s'havia proposat aquest repte i no havia pogut aconseguir-lo.

S'adona de la seva exigència, però li costa acceptar la part d'ella que s'enganxa a l'assenyalament de defectes que li fa el seu cap. Explicant la seva història laboral, s'adona que després de 15 anys de treballar de nit amb el

mateix equip, va demanar un canvi per millorar l'horari, sense valorar el lloc on anava a parar. En aquest lloc ningú havia aguantat, excepte una persona que congenia amb el metge.

Ara veu que li agrada més l'ambient de la planta, la relació que hi ha amb el pacient i els companys. Comença a pensar que pot demanar un canvi de lloc.

A partir d'un exercici de rol playing en el taller en el qual es representa una situació semblant a la seva, pot començar a mirar aquesta persona d'una forma diferent "*és una amargada*", "*s'ho ha de passar malament*" "*és un home que no té família i només vol l'èxit laboral*". El pot humanitzar i deixa de ser tan persecutòri. L'Anna es pot acostar a l'hospital per demanar un canvi i passar de nou a planta.

En general en el taller s'observen aspectes d'aprenentatge i canvis, en alguns més que en altres; hem presentat aquest dos cassos perquè es produeixen en dos moments importants en els quals el grup pot ésser molt útil.

Na Joana anava cap a l'obtenció de la invalidesa, el que volia dir que si se la donaven, la feien renunciar a la seva professió; el més probable fora que no se l'haguessin donat, el que implicaria que s'hauria d'incorporar a la feina en breu, sense haver elaborat ni entès res del que li havia passat, i això hagués desencadenat un cercle viciós de repetides baixes i altes que hagués estat difícil de revertir.

El cas de l'Anna és una situació molt recent, a la que han posat l'etiqueta de mobbing i a la que ella ràpidament s'havia enganxat. El grup la va ajudar a sortir d'aquesta identificació.

En què els ajuda el taller

A partir de les valoracions que fan els participants al llarg i al final del taller, i de les nostres observacions, creiem que el procés els ajuda a:

Repensar la identitat professional dins un context organitzatiu ampli i complex: "Ens sentim trets del fang per tornar-nos a veure"; "En algun moment m'he sentit dolguda i he pensat que podia perjudicar el meu estat d'ànim, però m'ha servit per aprendre".

Tenir un visió més realista de la organització en la que es treballa i de què se'n pot esperar: "He après a recol·locar-me dins la institució. He après a comprendre els papers diferents de les persones del meu equip." "He descobert el significat del contracte psicològic i he entès que depèn en primera instància, de mi mateixa el canviar-lo o mantenir-lo. Que això era font de malestar. També he entès que he de superar fantasmes d'una relació laboral anterior, que encara volten".

Disminuir l'atribució del malestar als altres (companys, càrrecs, els de dalt,...), per identificar i diferenciar la part d'un mateix i la part dels altres que hi ha en els conflictes: "Reflexionar como actuo jo i com actuen els altres , interioritzar i adonar-me'n de com faig un rol pel grup, ha estat una descoberta molt important".

Disminuir la càrrega de personalització i culpa que porten les situacions conflictives, promovent una actitud més adulta i responsable: "Entendre el que passa al nostre voltant ajuda molt a reduir el patiment, aprendre a conviure amb la frustració, veure-la com una oportunitat. Sentir que ja no em fa tant mal que els altres no m'estimin".

Aprendre el valor dels límits que un mateix ha de posar: "No puc controlar-ho tot, no sóc perfecta, Necessito aprendre a dir no i a posar límits. Els altres no són endevins, necessiten conèixer les meves raons".

Millorar l'exercici de l'autoritat que els confereix el seu rol professional: "Descobrir que no sempre es pot acontentar a tothom i que no he de deixar a l'atzar decisions que hauria d'haver pres jo mateixa." "Reafirmar-me en el meu rol, no fugir de situacions difícils i afrontar-les."

Un fet especialment significatiu d'aquests tallers ha estat que de les quinze persones que a l'inici estaven de baixa, onze han començat a treballar abans d'acabar i han fet servir el grup com a suport en la seva reincorporació.

Idees finals

Focalitzar en el conflicte laboral i la identitat professional, sense entrar en la psicopatologia. Encara que ja hem dit que les maneres d'emmalaltir en relació a la feina tenen a veure amb les característiques personals de cadascú i

amb els patrons psicopatològics previs, el taller se centre en la vessant professional de la persona. No tractem la malaltia, encara que la tenim en compte. Busquem que es pugui comprendre la conflictiva laboral i trobar els aspectes saludables i les capacitats per adaptar-se a la feina, i si no és possible, a buscar-ne un de nova, amb la idea de què treballar és terapèutic. Recuperar el sentit de la feina, la identitat professional, tenir cura de si mateix. “Poder parlar de la meva família i de la meva feina m’ha fet veure que reflecteixo el meu rol familiar en aquest altre grup. En el treball es reflecteixen els altres problemes.”; “El primer dia vaig descobrir que el problema que portava emmascarava d’altres que no podia veure”

El valor terapèutic d’explicar la pròpia experiència. Observem que quan els participants expliquen el seu cas, la seva experiència laboral que els ha fet patir, se’ls genera molt neguit, especialment a aquells que ho han viscut com un fet traumàtic. Però des del moment en que ho han de pensar, escriure-ho i explicar-ho al grup milloren, ja que a mesura que ho preparen van identificant les seves incongruències i en el grup troben comprensió i crítica constructiva. Potser una escolta diferent a la que es dona entre companys, familiars o fins i tot amb terapeutes. Dels quaranta dos participants, només dos no van presentar el seu conflicte, probablement perquè es van vincular poc amb el grup i van tenir una assistència discontinua, manifestant una gran vulnerabilitat i incapacitat per pensar i connectar.

“El dia que vaig presentar el meu cas, em vaig adonar que tolerava millor les errades que havia comès, fins i tot vaig arribar a riure’m del que m’havia passat”

El valor del vincle entre els participants i del treball en grup. Els participants tenen un patiment, la sensació de “tara professional”, que els porta a un aïllament. Trobar-se amb iguals és altament terapèutic; costa venir però la pràctica totalitat dels que comencen continuen assíduament el taller. Visualitzar el conflicte laboral dels altres ajuda a comprendre el propi.

“El que els passava a alguns companys quan explicaven la seva experiència, era un reflex del que em passava a mi. Es curiós com la queixa ens limita, ens estanca sense poder arribar enlloc”.

La dificultat de tractar de les conflictives laborals dins dels espais terapèutics individuals. L'experiència del taller ens ha permès detectar les dificultats que els terapeutes poden tenir en l'atenció als problemes laborals dels pacients. Segons quina sigui la seva pròpia experiència laboral, hi ha terapeutes, que conscient o inconscientment, col·ludeixen amb el pacient com a patidor d'una injustícia, perquè se senten identificats amb les situacions institucionals que ells també viuen com a professionals, mentre que hi ha d'altres que tendeixen a posicionar-se davant del pacient com a defensors de la institució. El desconeixement de les dinàmiques de les organitzacions fa més difícil una actitud professional de confiança en el fet que es pugui recuperar la identitat professional en entorns difícils i de creure que trobar el sentit de la feina resulti terapèutic.

Les dificultats del professional per reconèixer la necessitat. Aquesta experiència ens fa preguntar-nos per què hi ha tanta dificultat per part dels professionals per arribar a una activitat d'aquest tipus. D'una banda veiem que si el taller es planteja com una activitat de prevenció es fa difícil acceptar-la perquè no s'identifica la necessitat. Quan trobem un professional que ha tingut un patiment important, pot haver-hi més receptivitat, però, si la situació és molt crònica o hi ha molt victimisme, li costa fer el pas. La projecció massiva en la institució el col·loca en la posició de què ell no ha de fer res, és l'entorn que ha de canviar.

Les dificultats de les institucions per l'acceptació d'aquest tipus d'activitat. En les institucions actuals, quan es parla de formació, no s'atenen els aspectes emocionals i psicològics implícits en el procés d'aprenentatge, Quan parlem de treball terapèutic no es pensa en les diferents àrees d'aprenentatge que poden afavorir el procés terapèutic. Aquesta activitat que presentem no sempre té una ubicació adequada dins la institució i requereix en

si mateixa un treball institucional previ molt important per tal que es pugui dur a terme.

El taller de prevenció i gestió del malestar laboral és una activitat que té l'objectiu d'aprendre a estar en una organització i en un grup. Aconseguir aquest objectiu esdevé terapèutic. És un aprenentatge que millora els aspectes saludables dels participants en la mesura que afavoreix la seva adaptació als sistemes socials/laborals.

L'organització de l'activitat també està pensada de forma curosa per aconseguir un espai contenidor que faciliti l'elaboració de l'experiència de patiment laboral. S'ofereix treballar en grup —entès com un procés d'inici i final, hi ha una cadira per persona, les absències són posades de manifest i sentides, el temps marca els límits de l'activitat—, i la funció dels conductors és reflexiva i interpreta en l'aquí i ara les coses que van succeint, focalitzant-se en els aspectes laborals, de comunicació i de grup.

Bibliografia

Bion, W.R. Experiencias en grupo. Barcelona 1985. Edit. Paidós.

Centre Emili Mira. La consultoria en els procesos de les organitzacions. Seminaris del Dr J.Thomas. EUB S.L. Barcelona 1998.

Firth-Cozens J. Doctors, their wellbeing and their stress. BMJ 2003;326:670-671.

Gómez Esteban, R. El estrés laboral del médico: burnout y trabajo en equipo. Revista de la asociación española de neuropsiquiatria. 2004 JUN(90):41-56.

Gutmann D i Lasuri, O. La transformación: deseo y liderazgo en la vida y en las organizaciones. Ed. Icaria. Barcelona 2005

Leal Rúbio, J. La construcción de lo grupal en los equipos de trabajo: la participación de los profesionales. Publicado en la Revista de Trabajo Social. 1996.

Menzies, I. E.P. Defensa contra la ansiedad: rol de los sistemas sociales Lumen-Horne . Buenos Aires1994

Obholzer A and Zaiger Roberts V. The Unconscious at work: individual and organizational stress in the human services. Routledge London and New York.1994

Rice A.K. Learning for leadership. London tavistick publications, 1965.

Salzberger-Wittenberg I. La Relación Asistencial. Amorrurtu editores S.A. 1980.

Tizón JL. ¿Profesionales quemados, profesionales desengañados o profesionales con trastornos psicopatológicos? Atención Primaria 2004; 33:326-30.

Agraïments

El nostre agraïment als professionals que han participat en els tallers per la seva implicació i les seves aportacions. A les institucions que han facilitat la realització d'aquesta activitat – Fundació Galatea, COIB, ICSBarcelona i ICSTarragona -. I a l'Enric Cañadell per les seves correccions i aportacions a l'hora d'escriure l'article.

En la celebració de Sant Jordi d'enguany vam tenir la sort de comptar amb la inestimable presència d'en Said el Kadaoui, escriptor i psicòleg i de la Lluïsa Etxeberria, poetesa i psicòloga. Com la majoria de vosaltres ja sabreu, tots dos són membres de l'ACPP i tots dos escriuen a més de ser grans lectors, de manera que ens van delectar amb lectures de gran impacte emocional.

En Said va llegir uns fragments del llibre *“Mi oído en su corazón”* de Hanif Kureishi i de la mà de la Llusisa ens vam acostar a la poesia d'en Josep Piera, Zoraida Burgos i un parell de poemes d'ella mateixa, un d'ells en un particular homentatge a Salvador Espriu.

A través d'aquests textos, i en un clima de gran intensitat emotiva, ens vam endinsar en temes tan profunds com la construcció de la identitat, les relacions pare-fill, el fet poètic i el seu significat, la paraula com a eina fonamental d'elaboració de l'experiència o el ventall d'emocions que es poden desvetllar en compartir la intimitat a través de l'escriptura....tot això envoltats de la suggerent obra pictòrica de Raquel Vidal, companya nostra, psicòloga i pintora, i la seva exposició "la llavor de l'inconscient"

A tots ells gràcies per la seva generositat:

Laura Hernández

Vocal de Formació Continuada

Mi oído en su corazón. Hanif Kureishi.

Ressenya a càrrec de Said El Kadaoui Mousaoui

L'autor: Anglès d'origen pakistaní. A la seva obra, aquest fet, a vegades amb més insistència, altres tangencialment, sempre està present. Té una gran capacitat d'unir mons que podrien semblar oposats i/o distanciats: classes socials, diferents nivells culturals, procedències etc.

Aquest llibre: a l'alçada de Patrimonio de Philip Roth. commovedor, fresc, intel·ligent, divertit, ple d'idees, de reflexions, gens pedant ... La recerca d'un pare, del seu pare, no només d'aquell amb qui va viure, també aquell que somiava ser escriptor. El mateix autor **no sap quin tipus de llibre està escrivint.**

“¿Qué clase de comentario acabo de hacer? ¿Qué he hecho, al abrir a mi padre en canal de este modo, al examinarlo, diagnosticarlo, operarlo de modo que este trabajo resuta un cruce entre hacer el amor y una autopsia? Tengo que decir que no sé qué clase de libro estoy escribiendo” (p.104)

Altres temes:

- **Perquè llegir novel·les :** “como insistía mi padre, la novela, al ser un género de conflictos, es una salida natural para lo dramático, para las disputas internas y los puntos de vista múltiples” (p.40)
- **Què pensa H. Kureishi de la psicoanàlisi:** “La hoja de papel en blanco es como el silencio del psicoanalista. Igual de provocadora y, eventualmente, igual de reveladora de las dimensiones y deseos del ser. Algunos artistas tienen miedo de que al dirigir la luz hacia alguna oscuridad esencial el psicoanalista les robe sus poderes. Los artistas no son gente sana, su enfermedad es el arte. Sin embargo, tienes tantas posibilidades de perder tu creatividad con el psicoanálisis como de perder tu

sexualidad, o el amor por tus hijos, o el método mismo. (...) la libertad de ser artista, aun siendo gratificante, es otra forma de servidumbre o esclavitud, como parecía entender papá.. Si la vida y el humor de mi padre estaban determinados por el horario de trenes, la vida de cualquier artista está controlada por unos horarios igual de estrictos, pero intenos.

Freud llamaba al psicoanálisis una << posteducación>>, lo que suena a un internado de señoritas; pero su método era también una deconstrucción sin piedad de la autoridad, de padres, dictadores, líderes y de nuestra necesidad de ello. (...)

Al final, observando todas las curas posibles, lo que cura es el amor: amor por el conocimiento, amor por el grupo y el líder del grupo, y, en el psicoanálisis, amor por el psicoanalista, que te dirige apartándote de ti mismo y te lleva a un nuevo amor por el mundo” (p. 187-188)

- **La necesidad humana de saber la nostra història, el diàleg sempre conflictiu amb el grup, amb alguna de les nostres comunitats de referència:** “ Me resultó extraño, cuando finalmente fui a Pakistán, no sólo no encontrarme con la <<espiritualidad oriental>> que me esperaba, sino descubrir que mi familia estaba obsesionada con los coches, las cámaras de vídeo o los equipos de alta fidelidad; realmente no eran distintos de nosotros en absoluto” (P.111).

“ No había pasado mucho tiempo desde la muerte de mi padre cuando empecé a ir a la mezquita. (Veo en mi diario que dice: <<Alcohol y drogas toda la semana, más una visita a la mezquita.>>)” (p. 178).

“No encontré música, historias ni comunidad, como encontraba de niño en la iglesia. Encontré ideología y fundamentalismo, y gente joven que sostenía ideas extremistas, irracionales y violentas además de ser incapaces de poner en acción ni emplear las formas más elementales de razonamiento. Era desconcertante: no se ocupaban en absoluto de la vida interior, había sido politizada. La conducta, y no el pensamiento, lo era todo” (P.179).

“Roth es un judío norteamericano cuyos abuelos fueron inmigrantes húngaros, y es

un escritor cuyas palabras su familia, su comunidad y, a veces, las mujeres consideraron escandalosas. Fue mi novia, la mujer con la que viví en Morecambe, la que me dio a conocer su obra. Me contó que ella y una amiga, junto con un profesor de la escuela de arte que tuvimos en común, se reunían para representar las escenas de sexo de *El lamento de Portnoy* con un plátano. No puede haber mayor elogio de un escritor. Conseguí sus libros inmediatamente.

La familia inmigrante y sus deseos de integración y respetabilidad, el hijo egocéntrico con sus deseos rebeldes y su afición a las hicas gentiles, eran algo que conocía muy bien. La fe en la educación y el aprendizaje, el deseo familiar de que los hijos fueran médicos, o incluso artistas – cualquier cosa menos un fracaso-, junto con el hijo que se asombra ante las rarezas del padre, me resultaron familiares inmediatamente” (p.170-171)

- **Racisme i identitat:** “Mi padre también había sufrido abusos racistas en la India y en Gran Bretaña. Pero, en su cabeza, eso no le convertía en víctima. Trabajaba entre paquistaníes y no tenía que sufrir ese racismo degradante y persistente que algunos de nosotros conocimos en la calle y en el colegio, ese racismo que te hace perder la fe en la racionalidad y la justicia del sistema político británico, que por un lado precisaba de inmigrantes y por otro colaboraba en su persecución. Por entonces parecía que nunca podríamos recuperarnos de aquel desencanto. Imagino que en parte esto era porque el racismo que sufrimos mis primos y yo se producía en cuando éramos pequeños. Y por tanto acabamos creyendo que la exclusión y el vilipendio era nuestro destino definitivo; nada iba a cambiar y nadie iba a hacernos un sitio” (p. 116)

“Acababa teniendo fobia a los profesores, en parte porque eran incapaces, igual que mis padres, de protegerme de los abusos racistas” (p. 57)

“ (...) mi primera novia de la escuela no quiso presentarme a sus padres porque sabía que se pondrían como locos si descubrían que salía con un asiático. (...) Toda mi infancia está llena de esto de mirar a hurtadillas, de niños que intentan observar un drama por el ojo de la cerradura, presenciando sólo algún fragmento y rellenando los huecos con imaginación y, al mismo tiempo, sintiéndose excluido” (p. 143)

- **Demostrar que s'és fort:** “Antes del radicalismo islámico, una solución a la cuestión del colonialismo- ¿cómo puedo vivir en esta sociedad siendo un no-blanco?- era hacerse poderoso, ser lo contrario de una víctima.” (p. 118)
- **Controlar els fills:** “ Aunque el inmigrante vive siempre en un mundo que en cierto modo se les escapa, puede procurar cristalizarlo controlando a sus hijos y, en particular, su sexualidad. (...). Hasta que no tuve hijos, no pude entender por qué los padres se deprimen y no soportan que sus chavales crezcan y acaben marchándose; que las alegrías específicas de niño y adulto se terminen del todo y que en su lugar haya de crearse un tipo de relación completamente distinta e incluso más difícil” (p. 126)
- **Deixar-los ser, existir, preguntar-se, encaixar en la seva historia:** “Enseño a mis hijos el manuscrito de mi padre y empiezan a hablar de que una cuarta parte de su sangre es india. Me preguntan si son musulmanes y ponen los brazos junto a los míos para comparar los colores. Les gusta hacer gala de su condición de indios ante los otros niños del colegio, la mayoría de los cuales son << de otra parte >>. Para mis hijos – uno de ellos lleva gorra de béisbol puesta del revés, practica poses de hipo hop delante del espejo y se inventa raps en el camino de regreso al colegio- es una manera de ser <<in>> con respecto a los chicos de color, igual que con respecto a los blancos, aunque en estos días no se de mucho mérito a ser inglés. Mis hijos también están empezando a aprender que han entrado en una historia familiar, y sienten curiosidad por ver cómo y dónde encajan en ella” (p. 30)

Un TAST DE POESIA per respirar versos a l'ACPP

25 d'abril/2013, celebració de Sant Jordi

1. ***La poesia***, de **Josep Piera**, poeta i narrador valencià.
2. ***Només la Veu***, de **Zoraida Burgos**, poetessa tortosina (de Terres de l'Ebre) escrit especialment per a l'ocasió del Dia Mundial de la Poesia, 2013.
3. ***Versos donants***, amb cita de Carles Camps, de **Lluïsa Etxeberria**.
4. ***A les fondalades, a la recerca d'arrels***, amb cita de S. Espriu, de **Lluïsa Etxeberria**.

La poesia

No són veus celestials, que de lluny
endins ens parlen. Són veus estimades.
Veus de dins, veus distants, veus que diuen
un camí que ningú no sap on va.

Hi ha veus que són fanals en un carreró fosc;
com n'hi ha que són remors de llunyanies.
Hi ha veus que ens han fet ser de mots.
veus callades, veus absents, veus silencis...

La poesia són veus convertides en sons
que diuen d'on venim, on anem, i qui som.

Josep Piera

Només la veu

Emmudit el vent,
inventem el silenci, l'equilibri.
Només la veu, el poema,
atansa espais oberts,
acull el temps
—arena que sense pietat
llisca i no es detura—,
arrela l'instant, tan fràgil.
Només la veu, el poema,
desxifra la clau, el somni,
el so profund dels morts,
els signes ara obscurs de la mirada,
la ferida encesa dels amants,
la vermellor dels núvols
a trenc d'alba,
els contrallums opacs dels paisatges
i les llunes surant sobre les aigües.
Només la veu, el poema,
dissol els temps dels verbs,
sotmet l'oblit.
El vers reté als dits el gest,
el calfred intacte de la pell.

Zoraida Burgos . Per al Dia Mundial de la Poesia, 21 de març 2013.

VERSOS DONANTS

*No som més que una veu
trossejada en paraules.*

Carles Camps

Si els meus records, lligats a la poesia,
m'atorguen l'esguard
de saber-me
deutora d'escriure versos,
em perdré
en les emboirades imatges
per rescatar en balades
el trist paisatge d'ombres.

Si la paraula em vertebra l'eix
en dir-me,
gostaré plasmar,
amb ploma de tinta blava d'ahir,
les ones de l'ànima abandonades,
amorosides en els colors d'ara.

Si els mots, enllaçats,
puc cosir
amb fils d'alba,
arranjaré la veu amb deler
i, sense treva,
teixiré en verds
el balancí secret de la memòria.

A la cruïlla dels anys, els meus versos
donaran a l'ànima
l'àmbit assolat
per viure-hi.

Lluïsa Etxeberria, gener 2012

A LES FONDALADES, a la recerca d'arrels

*"I cada un dels trossos recull tanmateix
una engruna d'autèntica llum".*
S.Espriu, Primera història d'Esther

I

Rememoro aquell viatge:
travessies de mal pas, vies
tortes, terrenys
de ningú, passeigs
matinals a racons desconeguts,
estrets passadissos on la por gotejava, dreceres
amb la tristor de les absències.

Avançava pels flancs
més febles de mi, escoltava els sons encallats al fons de la vall.
A dins de les muntanyes, emocions glaçades
i, en els dies tèrbols, fortalesa esmicolada.

II

A la recerca d'arrels,
explorava els límits de la por amb veu
muda i, des d'amagatalls
protectors, cartografiava a l'ànima
els racons
opacs de la ment.
Era llarga la ruta,
cap endavant i cap enrere,
plens
de revolts
els camins
de la vall.

De certes, ben nua.
Enmig de silencis, un temps per al desglaç.

A l'horitzó, però,
la llum crepuscular
esperava que es fes de dia
per obrir paratges com ramblades a la mar.

III

Aquell viatge indefugible, viatge de fons,
perdura com un llegat d'or.

Esbossos de somnis i records m'evocuen
antigues cruïlles esquerdades. L'esperança s'afebleix.
I m'afanyo a pouar de les arrels
la llum
de mots que s'escolen.

Ara, la veu, els ulls, el sol i hores de mare
m'acompanyen,
de camí a les fondalades.

LA LLAVOR DE L'INCONSCIENT (2)

Abril 2013

RAQUEL VIDAL I ARANDES és Psicòloga i Psicoterapeuta de línia Psicoanalítica, professió que exerceix en l'actualitat i que alterna amb la seva activitat pictòrica. Es membre de l'ACPP-AEPP i FEAP. Delegada per la secció de Grups a l' EFPP.

Diplomada per l'Escola Massana de Barcelona en l'especialitat de Pintura i Procediments Murals va ampliar la seva formació artística a l'Istituto per l'Arte e il Restauro de Firenze (Italia) on va rebre la influència de l'artista i pintora Bona Baraldi.

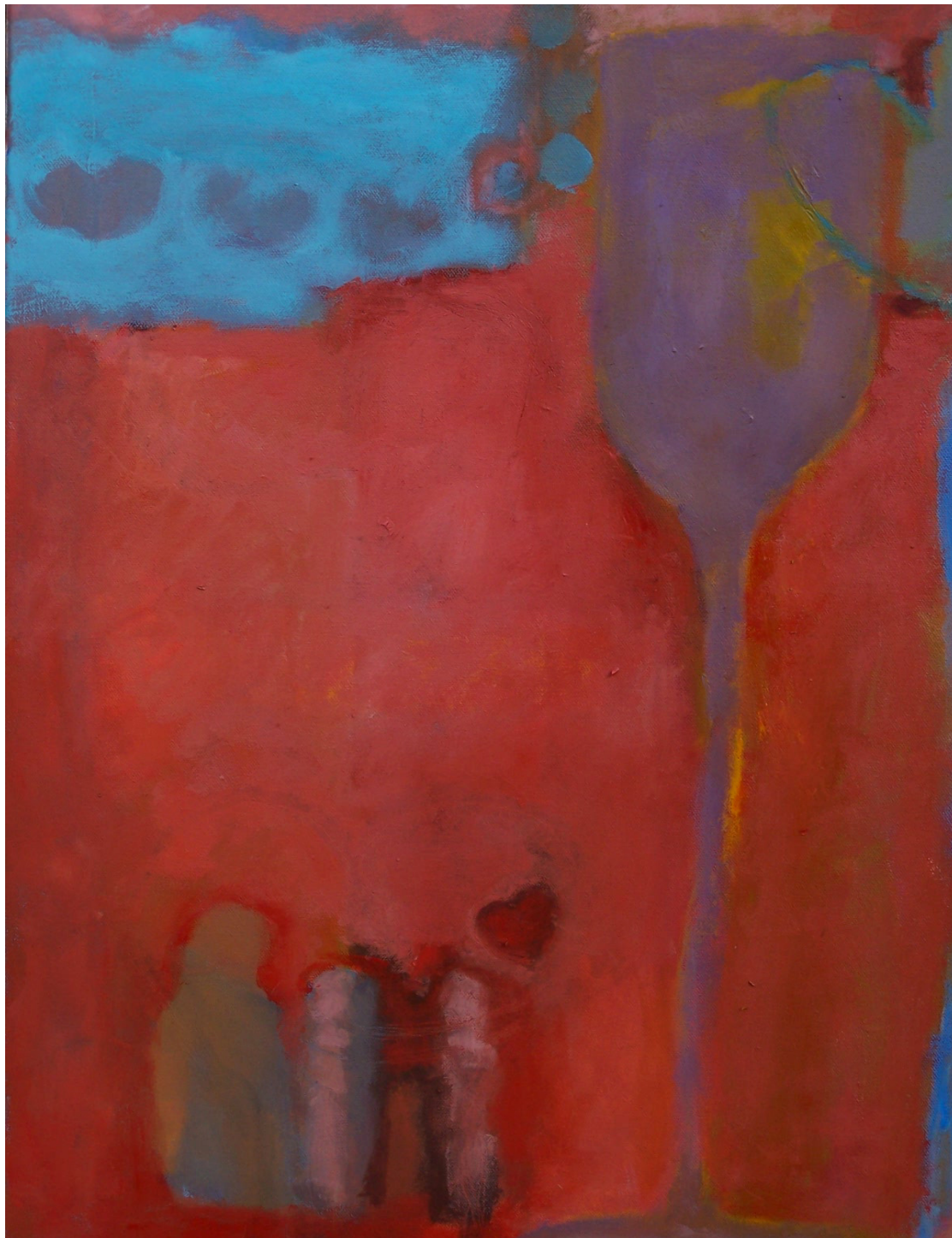
El treball en la seva obra actual es fonamenta en la recerca d'un llenguatge íntim i personal que sorgeix del diàleg entre l'emoció i el desplegament del món intern.

Es una investigació al voltant de la integració d'emocions i mentalització a un nivell plàstic. **La llavor de l'inconscient (2)** doncs, és fruit d'aquest diàleg i d'aquest intent d'unió i d'aproximació a l'inconscient que dona com a resultat una estètica càlida de formes familiars i alhora dubtoses.

En el seu treball com a Psicoterapeuta utilitza el llenguatge pictòric i el dibuix com a tècniques projectives.

Ha exposat la seva obra en llocs com:

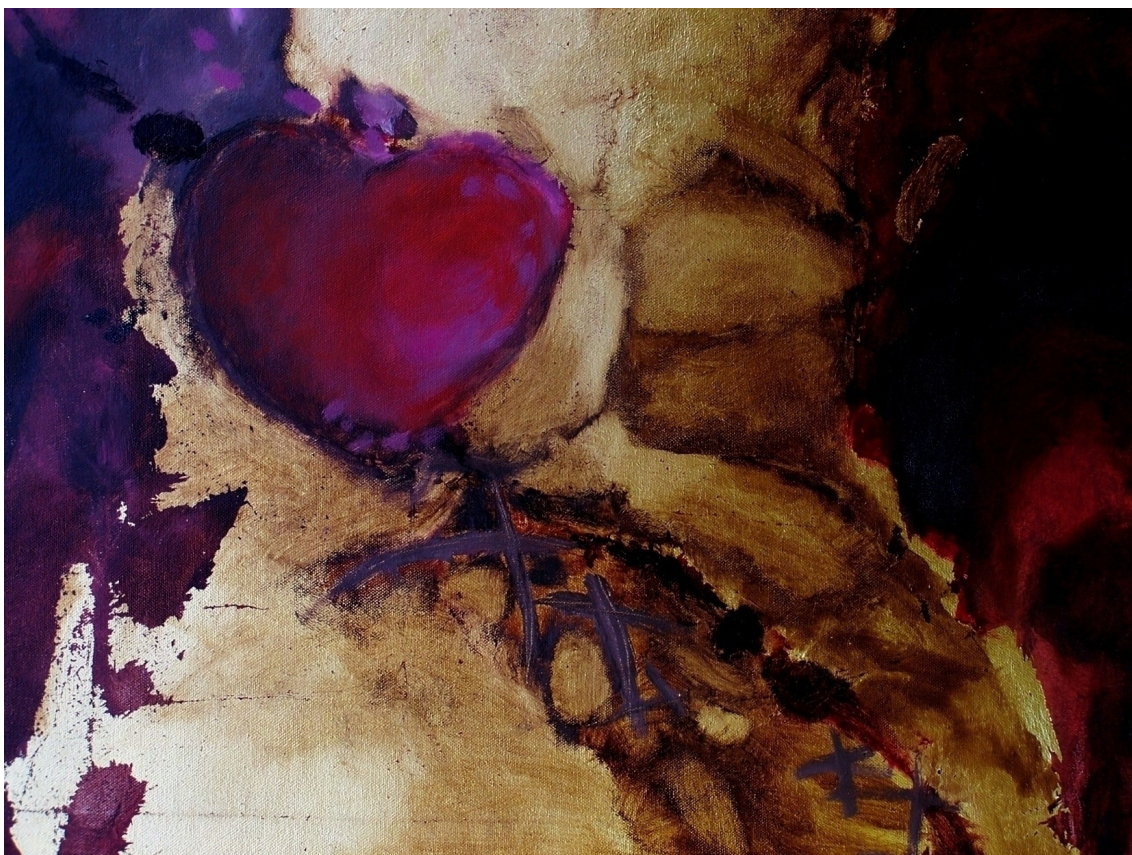
Galeria "l'Amistat" de Cadaquès - Sala Jaume Busquets de BCN - Salle Clairfont de Toulouges (França) on va obtenir el 1^{er} premi al 'Salon d'Arts Plastiques sur la nature' l'any 1993 - Sala de 'les Cotxeres de Sants' de BCN - Galeria Cartoon de BCN - Médiatheque d'Ydes (França - Sala Golferichs de BCN - Galeria 'la Fruteria' de BCN - Galeria Ruaix de Manresa...



Títol : 3 cors d'aigua i 2 que no ho són



Títol : Bestiari



Títol : El canal ara és obert



Títol : El llac interior



Títol : Llavor daurada

NORMES DE PRESENTACIÓ D'ARTICLES I RESENYES PER SER PUBLICATS EN LA REVISTA ON-LINE DE L'ACPP

Abril 2013

- Els articles 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. Les ressenyes que tinguin a veure amb els llibres de psicoanàlisi, psicoteràpia, art, ciència, antropològia...) o amb qualsevol manifestació artística com el cinema, el teatre, la pintura, la música o arquitectura poden tenir una extensió menor depenent de l'objectiu de la ressenya.
- El títol anirà amb 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. Si es tracta d'una ressenya, les dades del llibre o publicació ressenyada anirà sota el títol de l'article.
- La bibliografia i d'altres cites aniran al final de l'article i seguint normes de l'APA
(<http://biblioteca.udg.es/serveis/guies/Cites/Estil APA.asp>)
- L'ús de cursives és exclusiu per a neologismes o paraules científiques.
- Les cites s'inclouran entre cometes en el cos de l'article, no en cursives ni en negreta.
- Els apartats dels articles (Introducció, Metodologia, Discussió, Cas Clínic, Comentaris, Resultats, Conclusions...) caldrà que estiguin en negreta i en minúscula.
- S'enviaran quatre còpies del treball a la seu de l'ACPP: Pl. Bonanova 11, entresol 2ª, 08029 Barcelona. S'indicarà en el sobre que la tramesa és per la Revista de

l'ACPP. En el primer full del treball i sota l'autor/autors es farà constar l'adreça, el telèfon i correu electrònic. Si s'escau, s'afegirà el departament, servei, centre o universitat on s'hagi elaborat el treball.

- Caldrà que els treballs es presentin també en suport informàtic, que s'entregarà mitjançant pen-drive o via correu electrònic a l'adreça de l'ACPP:
acprevistad@gmail.com
- Es necessari presentar una síntesi en Català, Castellà i Anglès, que tindrà entre 200 i 250 paraules i que es situarà a l'inici del treball.
- Els treballs rebuts seran sotmesos a la lectura de, com a mínim, tres o quatre membres del Consell de Redacció. L'acceptació (o no) per la seva publicació dependrà dels informes 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 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 sobre temes que siguin d'interès.
- En igualtat de condicions pel que fa a la qualitat dels treballs (que hagin estat positivament valorats pel Consell de Redacció) la Comissió de Publicacions donarà prioritat de publicació als treballs presentats per membres de l'ACPP.
- 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. 1
Any 2012-2013

ACPP

Asociación Catalana de
Psicoterapia Psicoanalítica