

FACULTAT DE MEDICINA  
DEPARTAMENT DE PSIQUIATRIA I MEDICINA LEGAL

**LA PSICOTERÀPIA DINÀMICA DE GRUP,  
REALITZADA A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA,  
DIRIGIDA A PACIENTS AMB SÍMPTOMES  
DEPRESSIUS: UN ESTUDI DE PROCÉS**

Tesi que presenta Ignasi Bros Cugat  
per optar al títol de doctor

Vist i plau del tutor:

DR. ANTONI BULBENA VILARRASA  
Catedràtic del Departament de Psiquiatria i Medicina Legal  
Facultat de Medicina  
Universitat Autònoma de Barcelona

Vist i plau del Director:

DR. PERE NOTÓ BRULLES  
Titular del Departament de Ciències Polítiques i Social  
Universitat Pompeu Fabra

L'interessat:

IGNASI BROS CUGAT

Bellaterra, Juliol de 2015



“...that man is not truly one, but truly two. I say two, because the state of my own knowledge does not pass beyond that point. Others will follow, others will outstrip me on the same lines; and I hazard the guess that man will be ultimately known for a mere polity of multifarious, incongruous and independent denizens”.

#### THE STRANGE CASE OF DR. JEKYLL AND MR. HYDE

Robert Louis Stevenson

“... que l’home no és realment una unitat, sinó una dualitat. Dic dualitat, perquè l’estadi del meu coneixement actual no va més enllà d’aquest punt. En vindran d’altres, uns altres que em superaran en la mateixa direcció, i m’atreveixo a predir que l’home serà finalment considerat i reconegut com un conglomerat de personalitats diferents, discrepants i independents”.

#### EL CAS MISTERIÓS DEL DR. JEKYLL I MR. HYDE



## Agraïments

Als pacients que he tingut en els grups que he conduït, tant dels que n'he après molt com dels que no n'he après tant.

Al Dr. Pere Notó i Brulles, per l'encoratjament i l'ajuda en la preparació d'aquest treball.

Al Dr. Antoni Bulbena Vilarrasa, per la seva confiança i la facilitació de les tasques.

Al Dr. Pere Folch Mateu, perquè gràcies als moments que vaig tenir el goig de poder supervisar grups amb ell, espero haver incorporat una espurna de la seva saviesa.

A la Dra. Àngels Vives Belmonte, la meva mestra en conducció de grups. Si no hagués estat de la seva mà, difícilment m'hauria embrancat en una tasca tan complexa. Les nostres "baralles fraternals" van redundar en un vincle més fort.

Als membres i exmembres del Grup Alfa (Maria Martínez Soler, Fina García Sanz, Jordi Marfà Vallverdú, Míriam Santamaria, Aitziber Zuñiga, Albert Briansó, Alexander Anza, Begonya Sàrrias, Gemma Castells, Griselda Tubau Molina, Juan Bautista Lúcia Marzo, Juana Calleja, Marta Gomà, Gemma Galán Rubio, Lia Litvan, Marta Montaner), que han continuat mantenint la flama viva pel treball amb grups i famílies.

Als alumnes que han fet la formació en el Grup Alfa, perquè ensenyant-ne una mica n'he après molt.

A la Dra. Glòria Mateu Vives per haver-me ajudat en aquest treball quan li ho he demanat.

A les meves companyes les senyores Montserrat Jara, Lara Díez i Gemma Gómez dels darrers grups que he conduït, per les discussions tan enriquidores que vam tenir.

A la Sra. Victòria Lerroux Lerroux, que em va ensenyar, amb molta paciència, a tenir una mica més de sentit comú, a poder comprendre'm una mica més i a comprendre els altres.

Al Dr. Manuel Pérez-Sánchez que, en els seus seminaris sobre Bion i d'altres matèries, a més d'ensenyar-nos a pensar buscant la veritat, encara persisteix a voler-nos transmetre que si som millors persones serem millors terapeutes.

A la meva família: als meus fills, Albert i Carla, de qui n'he après molt al llarg dels anys; i a la meva dona, la Dra. M. Josepa Sabrià Pau, perquè sense el seu suport i les seves observacions no hauria estat possible aquest treball.



# Índex

1. Introducció .....	9
----------------------	---

## **PART TEÒRICA**

2. Els grups i la psicoanàlisi. Descripció històrica. Marc teòric i tècnic de referència...	17
---	----

3. Situació actual de la recerca en grups	
---	--

3.1. Antecedents sobre l'eficàcia de la psicoteràpia de grup.....	34
---	----

3.2. La investigació en psicoteràpia psicoanalítica de grup i els estudis de procés...	37
--	----

4. La investigació qualitativa i la Grouded Theory	
--	--

4.1 La investigació qualitativa.....	45
--------------------------------------	----

4.2 La teoria fonamentada ( <i>The Grouded Theory</i> ).....	48
--	----

## **PART EMPÍRICA**

5. Plantejament del problema i objectius	
--	--

5.1. Plantejament del problema.....	53
-------------------------------------	----

5.2. Objectius.....	53
---------------------	----

6. Material.....	54
------------------	----

7. Estudi de l'eficàcia de les psicoteràpies realitzades. Anàlisi quantitativa	
--	--

7.1. Mètode .....	58
-------------------	----

7.2. Resultats de l'anàlisi quantitativa.....	59
---	----

7.3. Discussió i conclusions .....	69
------------------------------------	----

8. Estudi de procés. Anàlisi qualitativa	
--	--

8.1. Mètode	
-------------	--

8.1.1. Mostreig.....	76
----------------------	----

8.1.2. Anàlisi de les intervencions.....	76
--	----

8.1.3. Evolució de l'ús del temps en el grup.....	77
---	----

8.1.4. Aplicació de la teoria fonamentada al material.....	78
--	----

8.2. Resultats de l'anàlisi qualitativa	
8.2.1. Participació.....	80
8.2.2. Resultat de l'anàlisi sobre el nombre d'intervencions.....	80
8.2.3. Progressió de la utilització del factor temps.....	81
8.2.4. Resultats de cada pacient.....	82
8.3. Discussió i conclusions.	
8.3.1. La participació dels pacients.....	160
8.3.2. Comprovació de la psicoteràpia com una psicoteràpia dinàmica.....	160
8.3.3. Els elements emergents de l'anàlisi a partir de la Grounded Theory.....	161
8.3.4. El factor temps com indicador de procés.....	161
8.3.5. El pensament, el simbolisme i les metàfores.....	169
8.3.6. Temes que apareixen en el decurs del tractament del grup analitzat i que són objecte de revisió.....	179
9. Consideracions finals.....	184
10. Bibliografia.....	186
Annex I. Fragment de la sessió 27a.....	199
Annex II. Resum .....	208
Annex III. Abstract .....	209
Annex IV. Final remarks.....	210



## **1. Introducció**

Actualment, i segons dades de l'OMS, els problemes de salut mental poden arribar a afectar el 25% de la població d'àmbit mundial al llarg de la vida.

Tot i que les mesures preventives haurien de ser objecte d'atenció de les autoritats sanitàries, sembla que es troben en un horitzó llunyà i la preocupació està més dirigida a donar la millor resposta possible a l'atenció dels trastorns mentals, amb una assistència que és molt variable en funció dels països, els recursos econòmics i l'organització assistencial.

En els països anomenats occidentals, hi ha un veritable interès a dirigir els recursos de l'atenció sanitària de la forma més eficaç i eficient possible. En aquesta direcció, es dirigeixen molts esforços, tant pel que fa a buscar sistemes organitzatius millors com per incrementar l'eficàcia de les intervencions terapèutiques.

Una de les intervencions terapèutiques que s'ha mostrat eficaç i eficient és la psicoteràpia de grup en un sentit ampli. De fet, les intervencions en grup són cada vegada més valorades pels professionals sanitaris i utilitzades en diferents situacions. Per citar algunes de les aplicacions que la dinàmica de grups aporta a la terapèutica actual en un sentit ampli, podem parlar: dels grups de suport a pacients amb diabetis, en el tractament de l'obesitat o grups d'autoajuda per les situacions de dol i grups de pacients experts.

Un estudi de camp recent a Noruega dóna compte de l'extensió i de les múltiples formes de tractament de grup que s'utilitzen en els serveis públics de salut (Lorentzen, 2014,a). Malauradament, no disposem de dades d'estudis similars en el nostre medi, però sí hi ha indicis, per publicacions, i especialment per les presentacions en congressos, que aquesta pràctica és força estesa en els serveis públics.

Tot i que els tractaments psicoterapèutics psicoanalítics de grup siguin efectius, la forma en què s'apliquen continua formant part del debat de la comunitat científica. Així, i per mostrar-ne només un exemple, s'ha proposat que la psicoteràpia psicodinàmica breu de

20 sessions pot ser d'una eficàcia molt similar a la psicoteràpia psicodinàmica de llarga durada, 80 sessions (Lorentzen, 2013), la qual cosa dóna una idea sobre com pot ser de difícil per als gestors sanitaris prendre decisions sobre com administrar els recursos públics.

Com el debat no està tancat, la investigació sobre l'eficàcia de les psicoteràpies pot aportar nous elements que permetin prendre decisions en la planificació sobre la prestació de serveis sanitaris d'una manera fonamentada en proves. Aquesta és una de les motivacions d'aquesta recerca.

Com es feia referència a l'inici, una gran part de la població tindrà, al llarg de la vida, un problema de salut mental, entre els quals els trastorns depressius són els de major prevalença. Així es calcula que la prevalença-vida dels trastorns depressius varia entre el 2,6% i el 17,1% (Ayuso-Mateos, 2001). A Espanya, s'estima una prevalença anual del 4% i del 10,5% en algun moment de la vida (Martínez, 2006). En una publicació recent sobre pacients atesos a l'atenció primària en una zona propera a la nostra, calculen que el 48% dels diagnòstics dels problemes de salut mental corresponien a quadres depressius (Caballero-Martínez, 2014).

D'altra banda, la major part (70-74 %) dels pacients amb trastorns depressius són tractats exclusivament pel metge de família (Serrano-Blanco 2010) (Caballero-Martínez, 2014).

Aquesta situació, en què la major part dels pacients amb símptomes depressius són tractats en l'àmbit de l'AP, promou una part de les nostres investigacions, que tractarien de poder alleugerir les càrregues de treball dels equips d'atenció primària (EAP) i, al mateix temps, millorar la situació dels pacients que només són tractats amb psicofàrmacs pel seu metge de família. A més, totes les publicacions sobre estudis de tractaments combinats donen suport a l'afirmació que els tractaments combinats, farmacològics i psicoterapèutics, són més eficaços que l'administració de tractaments farmacològics exclusivament. Tanmateix, els tractaments combinats de psicoteràpia i tractament farmacològic es realitzen en els centres de salut mental de manera insuficient (Ferrerres, 2011).

Per millorar l'atenció als pacients amb símptomes depressius buscant l'eficàcia i l'eficiència, s'han proposat diferents tipus d'intervencions en què es tenen en compte les situacions particulars de les organitzacions que són proveïdores de serveis sanitaris. Des d'una perspectiva cognitivista cal destacar: les psicoteràpies a través de programes informàtics (Merry, 2012); els tractaments conductual-cognitius en grup (Prats, 2014); les intervencions curtes de tipus constructivista, tant en grup com de manera individual (Feixas, 2014); les intervencions multidisciplinars en l'àmbit de l'AP (Aragonés, 2007)(López-Cortacans,2012)); i els programes psicoeducatius que condueixen professionals d'infermeria (Casañas, 2012), per citar-ne alguns exemples.

Des d'un model psicodinàmic s'ha provat: la realització de grups terapèutics utilitzant la xarxa d'Internet (Vaimberg, 2010); la realització de grups en els centres de salut mental d'adults (CSMA) per atendre un major nombre de pacients (Irazabal, 2013) (Sunyer, 2013) (Ferràs, 2013); els grups d'espera; i les intervencions grupals breus per analitzar la demanda d'atenció en els centres de salut mental (Vásquez, 2008).

Un dels temes controvertits és la durada que hauria de tenir la psicoteràpia psicoanalítica de grup (PPG), en relació amb l'eficàcia. De fet, la variabilitat en el temps o en el nombre de sessions d'una PPG és molt amplia (Blackmore, 2009). Per tant, aquesta és una àrea en què la recerca no està conclosa, i és un dels camps que es planteja la nostra investigació.

A més de la durada i de les formes en què s'aplica la PPG, una altra àrea d'investigació és l'estudi dels processos interns que es produeixen en el curs del tractament. Aquests processos es tracten de diferent manera i amplien les observacions descrites per diferents autors que són referents en l'estudi de les PPG com: Grinberg, Guillen, Loren, Yalom, Lorentzen.

Una de les formes d'aproximar-se als processos de les PPG, és a dir, dels canvis que es produeixen en els participants en el curs del tractament, són les investigacions de Luborsky (1987) pel que fa a les temàtiques de les relacions nuclears conflictives. En el nostre medi, s'han realitzat investigacions en aquesta línia aplicada a intervencions breus (Vásquez, 2009) (Cabré, 2014).

Una altra manera és la que segueixen alguns autors com Vaimberg (2010) (Arias, 2011), que determinen uns patrons característics de les relacions que es posen evidència en la PPG, i que poden donar compte de l'evolució dels pacients.

Lorentzen (2013) centra l'estudi dels processos en les característiques dels pacients i com aquestes característiques modifiquen els resultats d'eficàcia del grup globalment.

Malgrat l'amplitud de les investigacions, es troba a faltar a la bibliografia els estudis de procés que puguin aportar reflexions sobre la tècnica d'intervenció del psicoterapeuta, basant-se en treballs empírics. Aquest és un dels motius principals de la nostra investigació: buscar elements tècnics que puguin ajudar a millorar les intervencions dels terapeutes en la conducció de la PPG, i que aquests elements tècnics sorgeixin de la pràctica clínica.

La nostra recerca també vol verificar les modificacions personals que es produeixen en el curs d'una PPG com a resultat d'un procés de canvi i, en última instància, relacionar-ho amb els resultats clínics verificats a través d'escala de mesura com la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), la Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) i els canvis en la percepció de qualitat de vida amb el qüestionari SF-12.

Els canvis clínics per si mateixos donen suport a la proposta de realitzar psicoteràpies de grup psicoanalítiques en l'àmbit de l'atenció primària de salut a través de les derivacions que els mateixos metges de família determinin.

### **Origen de la recerca**

L'any 2009 es va portar a terme una iniciativa consistent a fer una PPG per a pacients que presentessin símptomes depressius en un centre d'atenció primària (CAP) de Santa Coloma de Gramenet, ciutat al costat de Barcelona que té una població total de 126.000 habitants. Aquest projecte tenia dues finalitats. En primer lloc, es volia millorar la relació entre el CSMA i els Equips d'Atenció Primària (EAP) dels 6 CAP de què disposa Santa Coloma de Gramenet, perquè els professionals no tenien cap tipus de relació continuada ni coordinació. Això formava part d'una estratègia per introduir el programa de suport a l'atenció primària (AP), tal com demanava el Servei Català de la Salut. Es creia que fer alguna intervenció que pogués ser un recurs terapèutic per als

pacients que atenen els metges de família podria ser sentit com un suport a la seva feina. En segon lloc, es volia introduir la idea de les psicoteràpies de grup com una intervenció psicoterapèutica més enllà del tractament farmacològic que els metges de família utilitzen com a únic recurs. Com que els pacients amb símptomes depressius formen el gruix més gran dels pacients que s'atenen amb problemes de salut mental, es va centrar la intervenció en aquest tipus de pacients.

Els pacients van ser enviats des de diversos CAP de Santa Coloma de Gramenet i la psicoteràpia es va fer en un dels centres, concretament el del Barri Llatí (Àrea Bàsica de Salut-2), a la sala on es fa la preparació al part de les dones embarassades.

L'experiència inicial de realitzar una psicoteràpia de grup durant 9 mesos per a pacients que presentessin símptomes depressius no va ser suficientment avaluada i, per tant, no forma part d'aquest treball d'investigació, però, en canvi, va obrir un camí per poder continuar treballant en aquesta direcció més endavant.

En efecte, el fet de posar-nos en contacte amb els metges de família i els diplomats universitaris d'infermeria (DUI), poder explicar-los l'experiència d'aquest primer grup, en què consistia una psicoteràpia de grup, com es realitzava, i alguns resultats a grans trets, va millorar la comunicació amb els EAP. Aquesta confiança que es va establir va possibilitar que, més endavant, com tot seguit s'explicarà, les derivacions fossin més fluïdes.

Naturalment, no tots els EAP van respondre de la mateixa manera. El nombre de derivacions dels que se'ls va poder explicar millor, o bé que estaven més receptius, va ser més alt que el d'aquells equips on les reunions van tenir menys assistència o els directors dels centres d'atenció primària no estaven tan implicats en aquest projecte.

L'any 2010 es van produir canvis institucionals en els centres assistencials Emili Mira (CAEM) i a l'Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS), els quals es van fusionar i van donar lloc a la creació del Consorci Parc de Salut Mar. Aquesta fusió, i la consegüent reestructuració dels llocs de treball, va possibilitar que jo pogués continuar l'experiència pilot esmentada i fer més psicoteràpies de grup als CAP. En els 3 anys següents, es van fer 8 psicoteràpies de grup, totes amb el mateix format, és a dir, de 9 mesos de duració (37-39 sessions, segons si hi havia més o menys coincidències amb dies festius) i dirigides a pacients amb símptomes depressius.

Com que en aquell moment ja hi havia un interès en la investigació, les sessions de psicoteràpia es van gravar en DVD amb el permís dels pacients.

Fruit de la primera experiència pilot i de la bona comunicació, els metges de família van enviar un nombre suficient de pacients per fer la psicoteràpia. Tot i que la petició era que enviessin pacients de 25 a 50 anys, hi va haver una forta demanda per a pacients de més edat. Això va fer que els pacients fossin agrupats per edat per fer que els grups de psicoteràpia fossin més homogenis, de manera que es van poder fer grups sense límit d'edat, fins i tot va arribar a participar-hi un pacient de 89 anys durant 7 sessions. Els grups es van realitzar tant en l'ABS-2 com en l'ABS-4 de Santa Coloma de Gramenet.

En 5 de les 8 psicoteràpies de grup, a més del terapeuta principal, hi van participar un observador en dos dels grups i un coterapeuta diferent en tres grups més. Tres dels grups van ser conduïts per un terapeuta sol. Puntualment, un supervisor extern va supervisar algunes sessions.

Malgrat la meua experiència de més de 20 anys amb psicoteràpies de grup, la formació en cursos, les supervisions i l'experiència personal en el Forum International d'Investigation Sociale de París, i d'INNOVA a Barcelona, com a participant en els seus seminaris i com a consultor, en acabar la sessió de psicoteràpia en el CAP, sempre sortien preguntes sobre el sentit de les intervencions que feien els pacients o els terapeutes.

Així, en els espais de postgrup que es feien en acabar les sessions amb els coterapeutes o els observadors, es van anar precisant els interrogants als quals vol donar resposta aquesta investigació.

Aquestes qüestions no estan centrades en el model teòric, sinó més aviat en aspectes tècnics, tot i que teoria i tècnica estan íntimament lligades des del naixement de la psicoanàlisi.

Les preguntes que sorgien repetidament en els espais de postgrup que feien els terapeutes, ja des de l'inici (en el primer grup pilot que no va ser avaluat) eren: ¿Estan suficientment depurades les descripcions sobre com ha d'intervenir el terapeuta per ajudar el grup a fer la seva tasca? ¿Es pot verificar el procés evolutiu d'un grup o dels participants en un grup de psicoteràpia? ¿Els pacients realitzen un procés que els permeti aprofitar millor els seus recursos personals i guanyar més salut? ¿Hi ha un

paral·lelisme, d'aquest procés, amb la seva evolució clínica mesurada amb escales estandarditzades per avaluar canvis en els pacients? ¿Podem verificar-ho d'una manera més objectiva, o són impressions subjectives que tenim de manera enganyosa?

La necessitat de relacionar l'eficàcia i el procés va portar a haver de verificar, amb les escales i els qüestionaris corresponents, que els pacients havien experimentat una millora clínica i utilitzar una metodologia quantitativa que definís l'eficàcia de la intervenció, a més de la metodologia qualitativa per estudiar el procés del grup i dels seus participants.

### **Estructura de la tesi**

En el capítol 2, se situa aquest treball de recerca en el seu marc teoricoconceptual. Es reuneixen les aportacions dels principals autors i la situació actual de la psicoteràpia de grup psicoanalítica en el nostre àmbit.

El capítol 3 revisa la situació actual de la recerca sobre els processos de la psicoteràpia psicoanalítica d'una manera general i més específicament sobre processos de psicoteràpia de grup. Una bona part d'aquests estudis utilitzen mètodes qualitius, però d'altres utilitzen mètodes mixtos, qualitius-quantitius.

En un altre apartat d'aquest capítol, es revisen els resultats sobre l'eficàcia, a través de metanàlisis i revisions, que aporten dades sobre la grandària de l'efecte de la intervenció.

En el capítol 4, es fa una introducció a la investigació qualitativa. La *Grounded Theory* –anomenada també Teoria Fonamentada– és un mètode, d'entre altres, que utilitza la investigació qualitativa. Es descriu de manera sintètica aquest mètode.

El capítol 5 inicia la part empírica de la recerca, amb el plantejament del problema i la definició dels objectius. En el capítol 6, es descriu el material utilitzat per fer la recerca que servirà tant per a l'anàlisi quantitativa com per a l'anàlisi qualitativa.

El capítol 7 recull la part de la recerca basada en l'anàlisi quantitativa, es descriuen el mètode (mostreig, proves utilitzades, anàlisi estadístic), els resultats i la discussió dels

resultats comparant-los amb la bibliografia que hi ha sobre el tema i es finalitza amb les conclusions.

En el capítol 8, es presenta la part de la recerca de procés basada en l'aplicació de la *Grounded Theory* com a mètode d'anàlisi qualitativa i altres dades recollides del grup seleccionat d'entre els 8 grups que van seguir la psicoteràpia de grup. Es descriu, per tant, el mètode i els resultats. En aquest apartat, s'aporta el resultat de l'anàlisi interpretativa que es fa de cada un dels pacients. Per fer més comprensible el material que dóna peu a l'emergència dels elements que sobresurten de la nostra anàlisi, s'ha optat per fer una descripció dels pacients que van participar en la psicoteràpia. A la discussió, es relacionen aquests elements emergents amb els conceptes teòrics relacionats, per a la qual cosa es recullen les perspectives de diferents autors i es conclou amb un conjunt de propostes que poden ser útils per als terapeutes de grup.

En el capítol 9, es fan una sèrie de consideracions finals que recullen les conclusions tant de l'apartat de la recerca basada en l'anàlisi quantitativa com de la recerca basada en l'anàlisi qualitativa.

Per acabar, es presenta la bibliografia i un annex amb un fragment d'una sessió que considerem rellevant.



## PART TEÒRICA

### 2.- Els grups i la psicoanàlisi. Descripció històrica. Marc teòric i tècnic de referència

La finalitat d'aquest apartat és poder donar un marc de referència teòric sobre el qual es desenvolupa aquesta recerca. A l'inici, es descriu, d'una manera sintètica, quasi esquemàtica, l'evolució històrica de la psicoteràpia psicoanalítica de grup esmentant els autors més rellevants. Per finalitzar, es parlarà dels autors més influents en la visió i en la pràctica de la psicoteràpia psicoanalítica actual.

#### Els precursors del pensament de grup

Abans de Freud, el pensament sobre els grups recau sobre un petit nombre de pensadors lligats a la sociologia i a l'antropologia. Freud es basa en aquests pensadors per construir les seves teories sobre el funcionament dels grups humans, per la qual cosa mereixen que se'ls esmenti. Tanmateix, per raons d'espai, només els situarem en l'època en què van treballar. Situem Freud també en aquest apartat perquè ell no va proposar l'aplicació dels seus coneixements d'una manera concreta a la psicoteràpia de grup.

Charles Fournier (1772- 1837) es va interessar pels grups des de la perspectiva del socialisme utòpic. Per ell, era important conèixer el temperament de les persones per agrupar-les en el treball.

August Comte (1798- 1875), considerat el pare de la sociologia, va aportar el concepte o la idea que l'home té una dimensió moral que està relacionada amb sentiments i emocions derivades de la seva interacció social. Va proposar que la unitat bàsica com a grup social era la família, al voltant de la qual creix tota organització social.

E. Durkheim (1858- 1917) pensava que el grup és l'element clau pel qual es poden explicar els fets i els fenòmens socials. Tot i que es diu que va ser el primer a parlar de consciència col·lectiva, producte del desenvolupament de l'home, aquesta és una visió parcial si tenim en compte els treballs de K. Marx i F. Engels. Durkheim defineix el grup de manera holística i dialèctica, més enllà de la suma dels seus membres. El grup representa una unitat irreductible a les seves parts.

Karl Marx (1818-1883). Si bé per Hegel el subjecte de l'alienació és la idea i per Feuerbach és l'home enfront de Déu, per Marx és l'home davant de l'home. Alienació seria la situació en què, a les forces de l'home, apareixen altres forces o entitats autònomes externes que controlen la seva acció. Marx, més enllà de la concepció filosòfica d'alienació, busca la seva correlació com a fenomen social. Seguint Feuerbach i el seu interès per la religió, Marx es pregunta en quines circumstàncies els homes projecten les seves pròpies forces i les seus valors sobre éssers hipotètics i sobrehumans; i quines són les causes socials d'aquest fenomen. En la seva anàlisi sobre l'estructura econòmica del capitalisme, descrivia la riquesa en forma de capital com un altre mode d'alienació: el domini del capital era "el domini dels éssers vius per la matèria morta."

G. Le Bon (1841- 1931) es va interessar pel que va anomenar l'ànima de les masses. Distingeix entre masses homogènies (sectes, castes, classes) i masses heterogènies (aglomeracions). Concebia la massa psicològica com una multitud organitzada amb una unitat mental, una ànima col·lectiva que fa pensar, sentir i actuar d'una manera diferent de com pensarien i sentirien cada un d'ells per separat. Per ell, la massa és passional, emocional, natural, primitiva, dionisiaca i governada per l'inconscient. Tenia una concepció negativa del grup/massa i la considerava depravada, inferior intel·lectualment, conduïda o guiada per l'emoció i les urgències de l'instint, les principals característiques del qual són la desindividuació, el contagi i la suggestió. Le Bon considerava les masses no morals o immortals, sinó impulsives. Hi ha qui el considera precursor de la psicologia de Freud i Jung, en relació amb l'inconscient, en oposició a l'esperit positivista i a la raó pura.

D'una manera similar a Le Bon W., Mc. Dougall (1871-1938) creia que la massa degrada el subjecte perquè pensa i sent en un plànol inferior a la mitjana dels seus membres. Per ell, el grup és brutal, inconstant, amb una gran impulsivitat irracional, tot i que paradoxalment l'home només pot aconseguir les seves potencialitats a través de la seva participació en la vida de grup i en la societat. La tesi del seu llibre *La ment del grup* (1920) és que la societat humana organitzada té una ment col·lectiva, tot i que rebutjava les idees de conscient i inconscient col·lectius. Per Mc. Dougall, la ment del grup no és alguna cosa externa o suprapersonal, no és una ment individual, sinó que és el conjunt o sistema de relacions entre les ments socials o socialitzades dels membres del grup. El grup psicològic es defineix per un cert grau d'activitat mental col·lectiva,

un grau d'influència recíproca i d'interdependència dels seus membres i un grau d'homogeneïtat mental. En el grup, se'n desenvolupen moltes, de facultats pròpies del subjecte, les quals es basen en l'autoconsciència de grup, en l'esperit de grup i en una idea compartida de grup com una totalitat.

### Sigmund Freud (1956-1939)

Tot i que Freud no va treballar mai específicament en psicoteràpies de grup, no era aliè als fenòmens grupals, i entenia la psicologia lligada a aquests fenòmens:

*“L'oposició entre psicologia individual i psicologia social o col·lectiva, que a primera vista pot semblar-nos molt profunda, perd gran part de la seva significació tan aviat com l'examinem detingudament. La psicologia individual es concreta, certament, en l'home aïllat i investiga els camins pels quals intenta aconseguir la satisfacció dels seus instints. Però només molt poques vegades, i sota determinades condicions excepcionals, li és donat prescindir de les relacions de l'individu amb els seus semblants. En la vida ànima individual apareix integrat sempre, efectivament, "l'altre" com a model, objecte, auxiliar o adversari; d'aquesta manera, la psicologia individual és, al mateix temps i des d'un principi, psicologia social, en un sentit ampli, però plenament justificat”* (Freud, 1921). En l'etapa més madura, trobem en la seva obra l'anàlisi de la interacció entre el que és individual amb les seves bases biològiques i el que és col·lectiu amb els seus aspectes socials. Així, la relació dels grups en l'àmbit de l'antropologia s'estudia a *Tòtem i tabú* (1914); la relació de la psicologia social, a *Introducció al narcisisme* (1914), a *Més enllà del principi del plaer* (1919), *Psicologia de les masses i anàlisi del Jo* (1921), *El Jo i l'Allò* (1923) i a *L'avenir d'una il·lusió* (1927), *Moisès i el monoteisme* (1939); i les relacions entre els fenòmens grupals i la sociologia, a *El malestar de la cultura* (1930).

Segons Notó (1994), Freud *“va advertir que la qüestió social i la dels grups era més profunda i involucrava el conjunt de la seva obra. Així, per exemple, en el segon model de la personalitat inclou la noció de superjò, que és com dir que la consciència moral del subjecte humà és l'hereva de la cultura ètica dels seus progenitors i del seu grup social. Aquesta idea que l'aspecte social és internalitzable pel subjecte fins a construir la seva pròpia personalitat, obre el camí a la concepció del món intern de la persona, com a societat mental en què “viuen” tots els personatges i objectes que tenen rellevància per al subjecte. Aquesta és la noció d'objecte intern i som a un pas de la*

*noció més actual en psicoanàlisi de relació d'objecte (Klein, Balint, Fairbain, Winnicott)''.*

És a dir, Freud va ser el nexa d'unió entre els estudis de grup basats en l'antropologia i la sociologia amb la psicologia. Aquesta part de la psicologia, la psicoteràpia psicoanalítica de grup pot considerar-se una ciència social i no només una ciència natural (Notó,1986).

### Les primeres psicoteràpies de grup

Alfred Adler (1870-1937), deixeble de Freud, tenia una alta sensibilitat social. Va organitzar uns centres de salut mental a Viena on va organitzar els primers grups terapèutics a Europa, en els quals es dirigia més als aspectes racionals i als recursos cognitius que als aspectes inconscients.

Joseph Pratt (1872- 1956) va ser pioner en la introducció de la psicoteràpia de grups als Estats Units, tot i que els seus grups tenien una orientació psicopedagògica. Era tisiòleg i treballava en un sanatori antituberculós. L'any 1905, va organitzar el primer grup de pacients tuberculosos, entre 20 i 30 pacients, amb qui es reunia 1 o 2 vegades per setmana. En el grup es parlava sobre la tuberculosi, la curació, els hàbits higiènics, etc. i es promovia el diàleg entre ells. Pratt mostrava una actitud de suport i encoratjadora. Amb aquests grups, va observar que els pacients milloraven de la tuberculosi i va poder-ho publicar. Va causar un fort impacte la relació que va poder establir entre la millora d'afeccions orgàniques i el tractament a través d'una dinàmica de grup.

Influenciat per J. Pratt , Candy L. Marsh va iniciar l'any 1919 grups de pacients psiquiàtrics institucionalitzats. A més, Marsh, també va ser innovador perquè va començar a fer grups de discussió amb tot el personal que tenia relació amb els pacients, metges, infermers, treballadors socials i auxiliars. Va ser un dels primers psiquiatres a reconèixer que tota relació que té el pacient psiquiàtric ingressat té aspectes terapèutics. En aquest sentit, va ser el pioner d'establir el concepte d'hospital com a comunitat terapèutica.

E. W. Lazell ja havia treballat anteriorment amb soldats quan va iniciar grups de pacients esquizofrènics institucionalitzats l'any 1921. Creia que el procés de

socialització, definit simplement com el fet que un pacient conegui un altre i viceversa, explicava els canvis positius observats.

Trigantt Burrow va conèixer Freud i Jung l'any 1909 a la Universitat de Clark i va ser analitzat per Jung a Zurich. Va ser un dels fundadors de l'APA. Va utilitzar el grup com a tractament psicoanalític i va denominar el mètode com a "Psicoanàlisi grupal" el 1925. Considerava el membre del grup com a observador i com a observat i creia que la principal força per aconseguir una consciència psicològica més gran era la validació consensual del grup en conjunt que pot oferir al membre individual.

P. Schilder, considerat per Pinnney com a pioner en la teràpia analítica de grup per la seva sistemàtica interpretació i la interpretació dels somnis, va començar a dirigir grups psicoterapèutics als anys 30 a Nova York. Per ell, el grup recreava la família i utilitzava l'associació lliure.

Samuel R. Slavson es va formar com a educador i treballador social, però va adquirir una àmplia formació com a psicoterapeuta. Va desenvolupar una teràpia grupal dirigida a nens. El fet que els nens veiessin el terapeuta com un substitut patern els permetia expressar els impulsos agressius i sexuals. D'aquesta manera, l'experiència de grup es convertia en una experiència emocional correctiva. Va descriure uns determinats factors terapèutics del treball grupal (1943) i va desenvolupar uns protocols d'abordatge per a grups de discussió psicoanalítica dissenyats per diverses classes de pacients i nivells d'edat (1964).

Alexander Wolf, l'any 1949, va publicar una obra important sobre la psicoanàlisi de grup recollint la seva experiència de 10 anys de treball. Aplicava directament els principis de la psicoanàlisi basats en Freud en un context grupal i, per tant, utilitzava els principals instruments del mètode psicoanalític com són: l'associació lliure, l'anàlisi dels somnis, la transferència i la història personal. Posava èmfasi en les relacions del pacient amb la resta dels membres del grup i amb el terapeuta.

Jacob Levy Moreno, nascut a Romania l'any 1889, es va formar a Viena, on començà a treballar en grups atret per la improvisació teatral com a mitjà per alliberar l'espontaneïtat de l'actor. L'any 1923, va publicar el seu primer treball: *El Teatre de l'espontaneïtat*. L'any 1925, va emigrar als Estats Units, on va estudiar els grups petits quantificant les forces de la relació entre els membres i creant la sociometria, que és una

forma d'investigació acceptada i una branca de la sociologia. L'any 1931, va ser el primer a utilitzar el terme "Psicoteràpia de grup" i, l'any 1936, va construir el primer teatre per psicodrama a Nova York; el 1937 va fundar *Sociometria*, que és la revista oficial de l'Associació Americana de Sociologia, i la Societat Americana de Teràpia Grupal i Psicodrama l'any 1942,.

Es pot considerar *psicodrama* qualsevol teràpia en què els pacients representin temes relacionats amb els seus problemes en forma de drama improvisat, generalment amb l'ajut d'altres que representen el paper de persones significatives. Es treballa "aquí i ara" sempre. Les persones dramatitzen en el moment actual les seves vides i la relació entre els membres del grup està dirigida al drama concret de l'actor, no a les relacions entre ells. L'acció és el factor principal del psicodrama, no la interpretació, i l'objectiu és enriquir la simbolització de manera que el material inconscient es torni manipulable per al pacient i comunicable.

Un Jo auxiliar, que és un altre component del grup, ajuda el terapeuta o director. Els altres membres del grup poden tenir un paper o quedar-se d'espectadors. Es fan torns perquè cada membre del grup representi el seu drama. Les sessions són d'1,30 a 2 hores i, generalment, es tracta de grups oberts.

Alguns seguidors del psicodrama s'han mantingut més estrictes a les propostes de Moreno, altres han adaptat el psicodrama a les seves orientacions. Així, Anzieu, Diatkine i Lebovici són exemples de psicoanalistes francesos que han utilitzat el psicodrama adaptant-lo als postulats psicoanalítics, de manera que, avui dia, podem parlar del psicodrama psicoanalític.

Kurt Lewin, Prússia (1890- 1947), professor a la Universitat de Berlín, va treballar amb els gestalistes Kohler i Koffler. L'any 1933, va emigrar als Estats Units per ocupar la càtedra de Psicologia de la Infància a la Universitat de Iowa. L'any 1940, la Universitat de Harvard el va contractar com a professor i, en l'últim període, va tenir una activitat completament dedicada als grups.

És considerat el fundador de la psicologia social, definida com una ciència que estudia les relacions entre el que és interpersonal i les relacions amb la societat. El pensament de Lewin se sustenta en els principis de la Gestalt. En primer lloc, la Gestalt reivindica la naturalesa dinàmica dels processos psicològics enfront d'una concepció mecànica.

Així, davant d'una descripció dels fenòmens psicosocials mitjançant mecanismes o restriccions externes imposades al sistema en cada cas particular (mecànica), es pensa en termes de les lleis o tendències naturals que per si mateixes són responsables de gran part dels esdeveniments, amb independència de la seva forma particular. Això permet pensar, doncs, en termes dinàmics i, en conseqüència, veure la teoria com un conjunt de lleis matemàticament formalitzades de la mateixa manera que les lleis de la física, que han de descriure l'evolució de determinats paràmetres en el temps de forma general. Dit d'una altra manera, la Gestalt té els principis següents:

La dinàmica enfront de la mecànica. Considera la interacció entre les condicions de l'entorn i les tendències naturals de la persona.

El tot és més que la suma de les parts. El pensament holístic tracta de trobar la relació (lei) que determina que els elements que constitueixen una realitat, construïts com un tot, i que adopten la configuració present.

La teoria de camp té en compte com a elements bàsics: l'espai vital, el sistema de forces, la locomoció, la meta i el conflicte.

Definiria el seu sistema d'aprenentatge a través de la dinàmica de grups com: “un mètode particular d'educació d'adults que aconsegueix no només fer comprendre, sinó assimilar l'exercici de les habilitats pràctiques necessari per a la conducció de grups de manera humana i democràtica”.

Wilfred R. Bion (1897-1979), sens dubte l'autor, juntament amb Foulkes, més influent actualment en la psicoteràpia psicoanalítica de grup. Va iniciar els seus primers treballs en grups a l'Hospital militar de Northfield com a psiquiatre militar durant la Segona Guerra Mundial. L'organització de la Unitat de Rehabilitació Clínica li va permetre descriure uns fenòmens de grup que ell defineix com a resultat d'un “experiment” que va durar sis setmanes. Aquest treball inicial (Bion, 1943) va ser el punt de partida d'elaboracions més profundes a partir del treball que va iniciar a la Clínica Tavistock de Londres a partir de 1948. Bion definia el grup com una funció o una sèrie de funcions articulades per un conjunt d'individus. El grup, deia, no és funció de cap de les seves parts en particular, ni tampoc és un conjunt sense funció.

Amb les descripcions basades en la seva experiència, va elaborar uns conceptes fonamentals per a la comprensió del funcionament de grup com són: la mentalitat

grupal, els supòsits bàsics, el grup de treball i la relació entre la dinàmica de grups amb la psicossomàtica.

Fa servir el concepte de *supòsit bàsic* per referir-se a suposicions tàcites que tenen els grups de forma implícita i que no són obertament expressades o explícites. Aquests supòsits bàsics són inconscients i donen sentit, expliquen la conducta irracional del grup. *Supòsit bàsic* significa l'existència d'una condició o "propaganda" que serveix com a base de la relació, que exerceix una influència com si fos certa, malgrat que la seva existència o bondat no ha estat provada. Els tres supòsits bàsics que descriu són: dependència (SBD), aparellament (SBA), atac i fuga (SBA i F). La mentalitat grupal. La hipòtesi de l'existència d'una mentalitat grupal deriva del fet que el grup funciona moltes vegades com una unitat, encara que els seus membres no s'ho proposin ni en tinguin consciència. El terme designa l'activitat mental col·lectiva que es produeix quan les persones es reuneixen en grup. Aquesta mentalitat de grup està formada per l'opinió, la voluntat o el desig unànim del grup en un moment donat, i els individus hi contribueixen en la seva formació de manera anònima i inconscient.

El SBD és el que té per objectiu aconseguir la seguretat dels membres a través d'establiment d'una dependència infantil precoç que suposa la submissió a un individu per aconseguir la seva protecció. La fantasia inconscient del grup és que aquest líder és omniscient i omnipotent i els lliurarà de les seves angoixes. L'ansietat predominant és la culpa i la depressió.

El SBA, o també anomenat d'esperança messiànica, s'organitza sota la fantasia que una intervenció màgica, produïda per una parella dels membres del grup, proporcionarà en el futur el naixement d'un líder o l'aparició d'una idea que salvarà el grup de les seves ansietats. És bàsicament un grup que té una esperança basada en l'omnipotència i no en el treball.

El SBA i F es basa en l'aparició o en la creació d'un enemic intern o extern que donarà la possibilitat de lluitar contra les angoixes externalitzant l'origen. Apareixen en aquest grup ansietats persecutòries amb uns sentiments predominants d'ira i d'odi.

Els supòsits bàsics es van alternant al llarg de la sessió o en el decurs de les sessions, però no se sobreposen ni amb el grup de treball.



El Grup de Treball (GT) s'alterna normalment amb l'expressió dels SB. El seu funcionament està directament lligat als objectius del grup i la seva estructura es defineix en funció de l'execució de la tasca elaborada i decidida pel grup. El GT busca adquirir coneixement, aprendre de la pròpia experiència i indagar la millor manera, la més eficaç i eficient, per aconseguir els seus objectius. El GT permet la individualització, la socialització i la cooperació en el grup. El desenvolupament i l'evolució del grup, l'aprenentatge per l'experiència i el compromís entre els membres del grup, basats en els aspectes més sans i racionals, són fenòmens mentals del GT en contacte amb el principi de realitat i al servei del progrés.

Bion no va continuar treballant en grups després dels seus primers treballs per interessar-se en la manera de funcionar del pensament, especialment a partir de pacients psicòtics. Conceptualment, W.R. Bion i D. Meltzer són els seguidors de les teories kleinianes que més han contribuït al que s'han anomenat els autors postkleinians.

Siegmund Heinrich Foulkes (1898-1976), a més de la seva formació en psicoanàlisi a Viena, va influir amb el seu pensament en la psicologia de la Gestalt, adquirida especialment de la part de Kurt Goldstein, amb qui va treballar a Alemanya. Igual que Bion, Foulkes també va treballar com a psiquiatre militar durant la Segona Guerra Mundial a l'Hospital militar de Northfield, va ser membre de la Societat Britànica de Psicoanàlisi i va fundar l'Associació Internacional de Psicoteràpia de Grup (Group Analytic Society). Les característiques teòriques del grup-anàlisi les sintetitzen Notó i Recasens (1994) de la manera següent:

1. Model holístic. El grup adquireix una entitat pròpia, diferent de cada un dels membres que la formen, i la seva identitat resultant és independent i més gran que la de cada una de les seves parts.
2. La lliure discussió flotant. Com que s'ofereix una situació majoritàriament no estructurada, es permet l'anàlisi del que passa de forma espontània. L'anàlisi o tasca del grup consistirà, a partir de la comunicació dels membres, a fer conscient el que és inconscient, és a dir, aconseguir l'*insight*.
3. La xarxa (*network*). Va concebre el grup com un tot que respon les demandes i les ansietats de la situació psicoterapèutica. El que passa en el grup, el que pot ser observat,

només adquireix significat plenament quan es contempla a la llum del conjunt d'activitat de tot el grup, els membres i les xarxes socioafectives que s'hi generen.

4. Matriu grupal. En cada grup terapèutic, es forma una xarxa inconscient espontània i continuada de relacions afectives entre els participants, semblant a un escenari comú en què participen amb els seus recursos i hi treballen problemàtiques específiques. Foulkes s'interessa pels aspectes individuals, però també per aquells que adquireixen un significat específic en el marc de la matriu grupal.

Per Sunyer (2002), *“la matriu grupal és el conjunt d'aspectes bio-fisio-psico-socials del grup i els seus membres, que interactuen dinàmicament condicionant la vida dels seus components”*.

La influència del grup-anàlisi ha estat notable, especialment a Europa i als Estats Units, probablement facilitada per l'existència de la Group Analytic Society (GAS) de Londres i altres societats d'àmbit local, amb col·laboradors i alumnes de Foulkes que s'han encarregat de fer formació específica en aquest model. En el cas d'Espanya, Campos (2007) n'ha estat un, però d'altres també ho han fet perquè han contribuït en l'organització de la formació en grup-anàlisi, (Guimón, 2003).

Enrique Pichon-Rivière (1907-1977) era psiquiatre, psicoanalista i fundador de l'Associació Psicoanalítica Argentina a la dècada dels 40 conjuntament amb Ángel Garma, Celés Ernesto Cárcamo, Marie Langer i Arnaldo Rascovsky. Es va interessar per la psicologia social i l'activitat dels grups a la societat, per la qual cosa va crear l'Escola de Psicologia Social.

Va estar influenciat pels treballs de K. Levin i va formular de nou el concepte de psicologia social, definint-lo com: *“Ciència de les interaccions orientades a un canvi social planificat. La psicologia social que postulem té com objecte d'estudi el desenvolupament i la transformació d'una relació dialèctica, la que es dona entre estructura social i fantasia inconscient del subjecte, assentada sobre les seves relacions de necessitat. Dit d'una altra manera, la relació entre estructura social i configuració del món intern del subjecte, relació que s'aborda a través de la noció de vincle”*, (Giorgi,1990).

Entenia que la malaltia mental s'havia de considerar com una mostra de la incapacitat per suportar i elaborar una quantitat determinada de patiment i enquadrar-la dintre de

l'àmbit del grup familiar, on el malalt és el portaveu i dipositari de l'ansietat del grup. Des de l'inici, el seu enfocament per tractar els pacients sempre va ser grupal incloent-hi la família en el tractament.

Va desenvolupar una tècnica d'abordatge dels grups que es basava en el concepte que va crear de "Grup operatori", és a dir, un grup que treballa amb una tasca, i que Avila i García de la Hoz (1994) descriuen com: "*grup que, a partir d'una estereotípia inicial, adquireix plasticitat i mobilitat a través de la tasca, de manera que els rols es fan intercanviables. L'operativitat del grup té a veure amb la ruptura de l'estereotípia inicial i amb la mobilitat dels rols, en definitiva, amb una tendència direccional al canvi, que vol dir la modificació d'estructures relativament estables*".

Els conceptes de Pichon-Rivière han tingut una gran influència a l'Argentina i continuen vigents i utilitzats en el nostre país (de Felipe, M<sup>a</sup>. V. 2011).

#### Els continuadors de Foulkes i Bion

León Grinberg (1921-2007) va ser un psicoanalista que va destacar per les seves aportacions teòriques sobre el concepte de culpa persecutòria i culpa depressiva, i la seva aportació del concepte de contra identificació projectiva. També va contribuir de forma important en la difusió dels treballs de Bion amb el llibre *Nueva introducción a las ideas de Bion* (1991). L'any 1957, va editar, juntament amb Maria Langer i Emilio Rodríguez, el llibre *Psicoterapia de grupo*, que dos anys més tard, el 1959, va ser reformulat a *El grupo psicológico. En la terapéutica, la práctica y la investigación*, Editorial Nova. Aquests treballs són un referent perquè, per primera vegada, van aplicar i ampliar la perspectiva i els conceptes elaborats per Bion sobre els grups.

Malcom Pines, nascut a Anglaterra l'any 1925, va iniciar la seva formació com a psicoanalista molt jove, i es va interessar per la psicoteràpia de grup i el psicodrama. Poc temps després que es fundés la Group Analytic Society (GAS) de Londres l'any 1952, s'hi va associar i, l'any 1971, va fundar l'Institut de Grup Anàlisi amb la missió d'organitzar la formació de terapeutes. Un aspecte distintiu de l'aportació de Pines ve donat pel seu pensament lliure, proper a la filosofia anarquista, en què es dóna valor als lideratges no autoritaris i al suport mutu. Aquest concepte de suport mutu és un terme segons el qual la cooperació i la reciprocitat en l'intercanvi d'habilitats i serveis de treball en equip acostuma a aportar un benefici mutu per als membres d'una societat,

grup o equip. Pines, com resumeix Marrone, “*ha reunit i sintetitzat la contribució de molts autors, d’idees compatibles, per integrar-les en un cos teòric en què el grup-anàlisi, la psicoanàlisi i les disciplines rellevants s’articulin en un marc interdisciplinari... En lloc de proposar una idea, un concepte o un mètode, s’ha dedicat a integrar i difondre idees.*”

Harold I. Kaplan i Benjamin J. Sadock, amb el seu llibre *Terapia de grupo*, han contribuït a la difusió de les psicoteràpies de grup en general. En el seu tractat, la psicoteràpia psicoanalítica ocupa un espai considerable. La seva tasca integradora i el rigor amb què tracten els temes els col·laboradors que van escollir fa, que avui dia, sigui considerada encara una obra de referència.

Pedro Guillem Nácher i José Antonio Lorén Camarero, ambdós continuadors de les idees de Bion, van transmetre la seva experiència en grups en el llibre *Del diván al círculo* (Guillen,1995), amb un pròleg de León Grimberg, que ha estat punt de referència per als psicoterapeutes formats en els postulats bionians. La nitidesa de les seves exposicions i l’ordre en l’exposició del seu treball fan que sigui una obra de gran valor didàctic.

### La tendència a la integració

Dintre del camp de la psicoteràpia psicoanalítica actual, podem diferenciar quatre grans models fonamentals. El model dels seguidors de Foulkes, el model dels seguidors de Bion, el model del psicodrama psicoanalític i el model de la teràpia interpersonal (Yalom, 2002), també anomenada psicoteràpia transaccional (Vásquez 2008). Evidentment, hi ha altres formes d’aplicació de la psicoteràpia de grup amb una orientació dinàmica, però no les considerarem aquí, bé per tenir una aplicació més específica dins del camp de la psicologia social conduïda pels seguidors de Kurt Lewin, o bé per ser una aplicació tècnica específica, com la psicoteràpia breu de Davenloo, per citar-ne només dos exemples.

També deixarem a part el psicodrama psicoanalític per dues raons. La primera és que la seva tècnica és molt específica i diferenciada de les altres, i la segona perquè en el nostre medi és molt poc utilitzada, a diferència de països com França i Argentina, on té un gran prestigi. Tanmateix, una tècnica relacionada amb el psicodrama com és

“l’escenoteràpia” que sí s’aplica a Barcelona i els seus resultats són molt encoratjadors (Cabré, 2014).

En el nostre àmbit i en els països europeus, els models predominants són els que segueixen els principis de Foulkes i els de Bion. Si bé hi ha diferències entre les dues maneres d’organitzar el grup i de conduir-lo, que han estat ben comparades per Noto i Recasens (1994), la tendència actual és la de poder integrar d’una manera harmònica els dos models sense oblidar la influència que ha tingut l’obra de Yalom i les seves aportacions de la perspectiva de la psicoteràpia interpersonal.

L’inici d’aquesta tendència integradora, el podem situar en Malcom Pines, possiblement per la seva formació en un medi proper a les idees de Klein, tot i que estava adscrit al grup d’Anna Freud de la Societat Britànica de Psicoanàlisi. La incorporació de les idees de Bion en els seus articles han tingut molta influència en la formació dels terapeutes de grup adscrits al model grupanalític, que han ajudat així a integrar conceptes que després s’apliquen a la pràctica. No obstant això, per Pines *“la tasca de reconciliació i d’integració dels seus treballs (referent-se a Foulkes i Bion) resta com un repte per nosaltres i per les generacions futures”*. ( Pines 2009).

Leonard Horwitz (1977) va descriure una interessant transició del terapeuta des d’una perspectiva estrictament centrada en el grup a un model pragmàtic que incorporava alguns aspectes de la perspectiva intrapersonal. En la seva tècnica, dóna espai al treball individual per passar, més tard, a la visió global del grup. És a dir, no oblida l’espai necessari per a cada membre, sense perdre la visió de conjunt del grup i la seva comprensió des d’una perspectiva global.

Pichon-Rivière, amb una estricta formació kleiniana, també es va nodrir en les seves conceptualitzacions d’altres autors, especialment de K. Levin en definir el que ell va anomenar “el grup operatiu” i els seus treballs des de la perspectiva de la psicologia social.

García Badaraco, Jorge E. (Argentina 1925-2010), després d’especialitzar-se en psiquiatre, va formar-se com a psicoanalista a París amb Ey, Hécaen, Ajuriaguerra, Lebovici, Diatkine, Lacan. Va tornar a Buenos Aires l’any 1956 i, molt aviat, a partir de la seva experiència amb pacients greus, va iniciar el que ell va anomenar ***psicoanàlisi multifamiliar***. Aquesta modalitat de tractament grupal recollia tant els seus

coneixements en psicoanàlisi ortodoxa com les aportacions de Pichon-Rivière sobre el vincle. La seva influència ha estat notable en certs països com: Argentina, Brasil, Uruguai, Itàlia i Espanya. La seva obra està dirigida a una forma d'intervenció molt específica com és la reunió en grup d'un gran nombre de pacients greus amb les seves famílies. De la seva àmplia obra escrita, cal destacar el seu llibre *Comunidad terapéutica multifamiliar* (García-Badaraco, J.E., 1990).

Una de les expressions més clares d'integració en el nostre medi, la trobem en el treball de J. M. Sunyer (2008), amb el seu llibre *Psicoterapia de grupo grupoanalítica*. En aquest treball, de gran valor didàctic, es mostra l'esforç per harmonitzar les idees d'autors diversos com ja havia fet en un treball anterior per tractar els factors terapèutics, (Sunyer, 2006), tot i mantenint els seus propis criteris.

### **Psicoteràpia del grup, en grup i de grup**

Grimberg (1957) sosté, d'una manera convincent, la necessitat d'intervenir sobretot en el grup entenent-lo com una totalitat, per a la qual cosa diferencia la psicoteràpia del grup, psicoteràpia en grup i psicoteràpia de grup. La seva exposició és molt clara: *“Quina és la nostra diferència fonamental amb els psicoterapeutes de grup no analítics? Mentre ells consideren el grup com una suma d'individus que es tracten simultàniament, però de forma aïllada, nosaltres el concebem com una integració de distints elements que constitueixen una totalitat gestàltica. Per aquest motiu, denominem la nostra tècnica psicoteràpia “del grup” diferenciant-la d'aquells que interpreten l'individu “en” el grup com una entitat aïllada i dels que actuen “per” el grup manejant les emocions col·lectives sense interpretar-les. Creiem haver mostrat, amb aquest llibre, el motiu del nostre enfocament. Ens hi va portar l'aplicació conseqüent i total de la psicoanàlisi al grup amb la seva tècnica estrictament transferencial i directa. Si interpretem els participants d'una sessió únicament en funció del “aquí i ara”, totes les respostes provocades tendiran a integrar el grup. Però només cal una sola interpretació individual i no transferencial, per exemple, l'aplicació d'un esdeveniment que pertany a la història infantil d'un dels nostres pacients, per produir un canvi de clima immediat. La resta, sentint-se exclosa, es distancia o entra en rivalitat amb la persona a la qual hem dedicat la nostra atenció. Si interpretem aquesta situació, el grup s'integra novament. Si persistim a interpretar aquesta sola persona, els altres membres intenten pertorbar la parella que estem formant amb ella o es*

*retiren en silenci, de manera que deixen el camp lliure. Aleshores, seguim aparentment davant d'un grup, però de fet estem realitzant una anàlisi individual, pertorbada per la presència de diverses persones."*

Aquesta posició va ser criticada per Horwitz (1977), que es basava en un estudi de seguiment de pacients que havien estat tractats segons aquesta teoria i aquesta tècnica, la que seguia la Clínica Tavistock, a la Gran Bretanya. La major part dels pacients es queixaven dels efectes impersonals que les interpretacions a nivell de grup exercien sobre ells, així com de no ser atesos pel terapeuta com a individus. D'aquesta manera, Horwitz proposa que les aportacions dels participants en el grup es puguin atendre segons la idiosincràsia i caràcter del subjecte i després, preferiblement en el transcurs de la mateixa sessió, el terapeuta comenci a generalitzar des de les situacions particulars, formulant comentaris cada vegada més amplis referits al grup.

Altres autors, com Vaimberg (2010), en un intent d'aproximar les dues últimes posicions (en grup i del grup), diferencia les psicoteràpies en: *pel grup*, *en el grup*, *del grup*, i afegeix la seva posició conciliadora: psicoteràpia en el grup i del grup. Aquest autor concreta i situa les psicoteràpies "pel grup" com les que pretenen situar els participants en un forma de comunitat de germans. Posa com a exemple les psicoteràpies de tipus psicoeducatius com les que realitzava Pratt o els grups d'alcohòlics anònims. Com a model de les psicoteràpies "en grup", situa les psicoteràpies d'inspiració psicoanalítica promogudes per Slavson, Schilder i Klapman, en què la interpretació va quasi sempre dirigida a un dels participants amb la idea que aquesta interpretació, com que afecta els altres membres d'una manera similar, dóna una certa homogeneïtat al grup. D'aquesta forma, es busca el benefici indirecte, o per ressonància, de les interpretacions donades a un sol membre. Per "psicoteràpia del grup", Vaimberg s'adapta a les idees de Grimberg exposades anteriorment, encara que no l'esmenta directament en aquest punt. Per psicoteràpia "del grup" i "en grup" entén l'articulació dels dos processos individuals (en grup) i del procés grupal (del grup) en una permanent relació de facilitació i/o d'interferència. Així, pel que fa al procés individual (psicoteràpia en grup), considera que aquest procés es va desenvolupant en cada integrant amb la seva particular relació transferencial amb l'equip terapèutic, en presència dels altres integrants del grup com a públic. El procés grupal (psicoteràpia del grup) necessita el desenvolupament d'una nova entitat psíquica, el grup, que funciona

com un organisme o sistema amb característiques i psicodinamismes propis, i segueix el principi aristotèlic que el tot és més que la suma de cada una de les seves parts.

Hi ha autors (Tasca, 2014) que el que proposen és clarificar i, per aquest motiu, el terapeuta ha de poder diferenciar el nivell en què se situa una interpretació. Així, distingeixen tres nivells d'interpretació: a) la interpretació a un nivell intrapersonal; b) nivell interpersonal, i c) un nivell interaccional de grup. Les tres interpretacions es poden combinar de manera flexible al llarg del tractament. La interpretació intrapersonal és aquella que recau sobre la història d'un membre del grup i les seves relacions interpersonals fora del grup. El segon tipus d'interpretació és la interpretació interpersonal, que és aquella que va dirigida a les dinàmiques individuals que els membres porten al grup i que interaccionen tant amb els altres membres del grup com amb els terapeutes. El tercer nivell d'intervenció ve donat per l'experiència del grup com un tot, amb una identitat en si mateix, amb les seves pròpies dinàmiques.

La tendència actual predominant dels psicoterapeutes de grup és intervenir tant individualment com a nivell del grup. Si bé, cal considerar les advertències de Grimberg i d'altres autors com Guillen i Lorén (1995) sobre el desplaçament dels fenòmens transferencials que es produeixen i la reactivació de les rivalitats entre els membres del grup, així com la tendència a perdre la cohesió grupal.

Nosaltres deixem al marge la denominació de Grimberg sobre les psicoteràpies “per al grup”, com les d'alcohòlics anònims, que si bé són psicoteràpies que poden tenir l'efecte terapèutic desitjat no es poden considerar psicoteràpies psicoanalítiques perquè no tenen en compte la dimensió de ment grupal ni de l'inconscient.

La tendència actual és considerar les psicoteràpies “en grup” i “de grup”. Aquesta última denominació és la que engloba el que Vaimberg classifica com “en grup i “del grup” al mateix temps. La psicoteràpia “de grup” és la més practicada actualment perquè avui dia no es poden obviar els amplis coneixements que existeixen sobre els fenòmens grupals, quan es considera el grup sota la perspectiva que van aportar els treballs de Foulkes, Bion i Levin.

Per tant, quan ens referim a psicoteràpia “de grup” volem dir aquelles psicoteràpies que recullen els aspectes individuals i també que comprenen el grup com una entitat que té un funcionament propi més enllà de la suma de les seves individualitats. De fet, Bion (1943), en el seu primer treball sobre grups, ja va fer una diferència sobre el tema de la manera següent: *“La teràpia dels individus reunits “en grup” és generalment una*



*explicació del trastorn neuròtic, explicació que es dóna unida al suport i que, a vegades, depèn principalment de l'efecte catàrtic de la confessió pública. La "teràpia de grup" depèn de l'adquisició del coneixement i de l'experiència dels factors que condicionen un bon esperit de grup". Bion, però, no deixa de tenir en compte la individualitat dels membres del grup i la seva importància (Bion, W.R., 1961).*

### **3. Situació actual de la recerca en grups**

#### **3.1 Antecedents sobre l'eficàcia de la psicoteràpia de grup**

Els trastorns depressius i el seu tractament són motiu de preocupació: per la seva alta prevalença, la càrrega en termes de discapacitat, el cost dels tractaments, els efectes sobre les famílies i cuidadors i per la pèrdua de la productivitat laboral (Kleiman, 2014). Les previsions estimen que la depressió es convertirà en una de les tres principals causes de discapacitat en tot el món l'any 2030 (Mathers 2006) i, actualment, contribueix d'una forma molt en la càrrega mundial de morbiditat (Ferrari 2013 i OMS, 2015).

Pàmias i cols. (2011) van estudiar el cost econòmic de la depressió de Sabadell, una població de 200.000 habitants, i van concloure que el cost de la malaltia suposava en total una despesa de 19.068.2472 € l'any 2008, tenint en compte el cost directe i l'indirecte. Un estudi més recent (Caballero-Martínez, 2014) calculava el cost de la depressió en una àrea de Madrid basant-se en els registres de l'atenció primària, i van concloure que la despesa per cada pacient diagnosticat d'un nou episodi depressiu era de 752,2 € . Aquestes dades són concordants amb altres estudis que calculaven que el cost de la depressió a Espanya és de 5.005 milions l'any, dels quals el 29% són de cost directe i el 71 %, indirecte (López Bastida,2005).

S'estima que en el nostre medi, la prevalença anual dels trastorns depressius és entre el 4% i del 10,5% en algun moment de la vida (Martínez, 2006). Dels pacients que presenten trastorns depressius i que són atesos a l'atenció primària, només un nombre molt reduït es deriven als centres de salut mental (Blaker, 1988). En conseqüència, aquests pacients que es deriven als centres especialitzats constitueixen una mostra altament seleccionada.

Diversos treballs demostren que hi ha diferències entre la simptomatologia depressiva dels pacients que són atesos en els serveis psiquiàtrics i els pacients que són atesos en els centres d'atenció primària (CAP). Predominen els casos més greus, amb característiques psicòtiques i/ melancòliques, els que es deriven als serveis psiquiàtrics, mentre que els metges d'atenció primària atenen pacients amb depressions més lleus, amb més ansietat i queixes somàtiques (Sireling, 1987) (Timonen, 2008).

Per aquest motiu, no és possible extrapolar a tots els pacients depressius els resultats obtinguts en la recerca sobre poblacions tan seleccionades com les que procedeixen dels serveis psiquiàtrics especialitzats. La major part dels estudis clínics, psicomètrics i terapèutics s'han efectuat sobre pacients atesos en els serveis de salut mental (Ruiz 2001).

Els metges de família visiten una gran quantitat de pacients que presenten símptomes depressius i que no es deriven a un centre especialitzat .

Els metges d'AP atenen una gran part dels trastorns depressius lleus o moderats (trastorn depressiu major, distímia o trastorns adaptatius mixtos), però algunes vegades també es fan càrrec de pacients amb trastorns depressius greus per la resistència dels pacients a anar a centres especialitzats. Actualment, en el nostre país, un 70% dels pacients amb problemes de salut mental són atesos exclusivament pels metges de família (Serrano-Blanco, 2010). A Europa, el percentatge de pacients amb trastorns depressius que el metge de família tracta arriba al 80% (Timonen, 2008).

La major part d'aquests pacients reben exclusivament tractaments farmacològics per alleugerir els símptomes, malgrat que les guies de pràctica clínica recomanen altres mesures complementàries com a tractament inicial (NICE, 2010)(Ferrerres, 2012).

S'han estudiat diverses estratègies addicionals per tractar aquests pacients mitjançant intervencions multimodals amb la participació d'infermeria, per bé que la seva utilització no ha estat suficientment provada o no s'han generalitzat (Araya, 2003) (Aragonés, 2012) ( López-Cortacans, 2012). A més de les intervencions multimodals, una altra estratègia assajada són els grups psicoeducatius conduïts per infermeres, tot i que després d'uns resultats inicials encoratjadors no s'han fet altres publicacions que els verifiquin ni tampoc se n'ha generalitzat la implantació, (Casañas, 2012).

En el nostre país, també s'empren tractaments de suport en grup o psicoteràpies individuals seguint diferents models psicològics en els centres d'atenció primària (CAP), realitzats per professionals dels CSM que segueixen un programa de suport en els centres d'atenció primària (CAP) seguint el Pla Director de Salut Mental i Toxicomanies (2006).

L'eficàcia de la psicoteràpia dinàmica ha estat mostrada d'una manera convincent (Shedler, 2010), i es tracta d'intervencions eficaces en una gran varietat de trastorns mentals, com ara, la depressió. Una meta-anàlisi recent en què es van avaluar 23 estudis

de psicoteràpia dinàmica a curt termini per la depressió va mostrar una disminució significativa dels símptomes depressius en comparació amb els controls (Driessen, 2010).

Si bé les psicoteràpies dinàmiques individuals han estat les més estudiades i de les quals s'han obtingut resultats convinents, d'altra banda, les psicoteràpies de grup ho han estat menys i de les quals s'han extret uns resultats més desiguals. En una àmplia revisió que va encarregar la Group Analytic Society, els autors van coincidir en la necessitat de continuar investigant sobre l'eficàcia de les psicoteràpies de grup perquè hi havia molta variabilitat i molts estudis no presentaven dades suficients per valorar-los (Blackmore, 2012).

De forma cada vegada més freqüent, apareixen publicacions sobre la realització de psicoteràpies de grup dinàmiques en els CSM del nostre país, considerades experiències satisfactòries en estudis observacionals i amb la impressió que són útils (Irizábal, 2013), de les quals, en algun cas, s'ha avaluat amb mostres petites (Ferràs, 2013).

Tanmateix, els seus resultats no han estat suficientment quantificats amb mostres grans. Les dades detallades i fiables sobre la teràpia grupal psicodinàmica realitzades en la comunitat en el context del món real són limitades (Garland, 2010), malgrat que en determinats països la quantitat de grups que es realitzen amb finalitats terapèutiques és notable (Lorentzen, 2014,a)

La possibilitat que psicoterapeutes experts en psicoteràpia de grup es desplacin per realitzar els tractaments als centres d'atenció primària (CAP) no és nou. Existeixen diferents experiències amb grups de pacients joves, amb persones d'edat avançada amb símptomes depressius, o grups en situació de baixa laboral, per mostrar-ne alguns exemples. Aquestes experiències són freqüentment qualificades d'interessants i encoratjadores, però les seves conclusions són limitades.

Un element que condiciona la variabilitat sobre els resultats de l'eficàcia de les psicoteràpies és el disseny i la mostra amb què es realitzen. Així, d'una banda, tenim els estudis amb menys exigències metodològiques, però més propers a la realitat clínica, com són la major part dels estudis observacionals; i de l'altra, se situen els estudis més planificats, però amb mostres més seleccionades i allunyades de la pràctica clínica, per la qual cosa aplicar-los és difícil o no s'adapta a les necessitats dels pacients (Lorentzen, 2014,a).

A la bibliografia consultada, no es troben estudis controlats sobre l'eficàcia de la psicoteràpia dinàmica que segueixin els requisits següents: teràpia conduïda per experts en psicoteràpia de grup; teràpia aplicada a pacients amb trastorns depressius; teràpia realitzada a l'atenció primària; pacients seleccionats pel metge de família.

### **3.2 La investigació en psicoteràpia psicoanalítica de grup i els estudis de procés**

1. El canvi psíquic i el concepte d'estructura
2. Evolució de la recerca en psicoteràpia psicoanalítica
3. Els estudis de procés

#### **1. Sobre el canvi psíquic**

El tema del canvi psíquic en el decurs d'una psicoteràpia o en un tractament psicoterapèutic ha estat tractat des d'una perspectiva teòrica (Coderch, 1995 a) o des d'una perspectiva clínica (Folch, 1995) (Corominas, 1995). La major part de les investigacions en psicoteràpia tracten el canvi tant des de la recerca empírica, amb mètodes qualitatiu o quantitatiu, com des de la perspectiva teòrica, amb mètodes hermenèutics. L'any 1991 el 37è Congrés de l'Associació Psicoanalítica Internacional a Buenos Aires es va dedicar al tema: "Canvi psíquic: desenvolupaments en la teoria de la tècnica psicoanalítica", que reflectia l'interès per trobar els elements que promoguessin un canvi en els pacients en tractament i per conèixer quins canvis es produïen.

És un fet ben acceptat que la ment humana es troba en un canvi continuat (Popper, 1972). Heràclit (s.VI i V aC) ja s'hi mostrava interessat i afirmava: "No hi ha coses immutables; el que se'ns presenta com una cosa és un procés. En realitat, un objecte material és com una flama, ja que sembla que és una cosa material, però no ho és; és un procés. Està en flux; la matèria hi passa a través; és com un riu. Així, totes les coses aparentment estables, o més o menys estables, es troben realment en flux, algunes de les quals- les que realment semblen estables- estan en flux invisible".

Coderch (1995,b), des d'una perspectiva psicoanalítica, relaciona els canvis amb una modificació de l'estructura. L'autor la defineix com: "un conjunt o grup d'elements

relacionats entre ells d'acord amb determinades regles o amb algun conjunt d'elements funcionalment relacionats.”

Freud, en la seva primera descripció de l'estructura de la ment diferenciava entre: conscient – preconscient - inconscient, (la primera tòpica). Hi va sobreposar, uns anys més tard, un altre sistema estructural amb els elements següents: Jo, Superjò i Allò (la segona tòpica). Aquesta segona descripció va donar més complexitat al sistema estructural, tot i mantenir una cohesió teòrica entre els dos sistemes que tenien correspondència amb les observacions clíniques.

Per Klein (1960), és la xarxa de les relacions dels objectes interns les que conformen l'estructura de la ment.

Meltzer (1979), en el seu estudi sobre la dimensionalitat de la ment, atribueix a la dimensió temps un dels elements estructurants que possibilita el pensament. Aquest autor va més enllà i descriu no només un funcionament mental individual, sinó un funcionament de l'organització del grup familiar en què es tenen en compte les dimensions següents: genètica, dinàmica, geogràfica, econòmica i epistemològica.

Hi ha autors que correlacionen les estructures mentals des del punt de vista psicoanalític amb la neurofisiologia. Així Schwartz (1988) i Kandel (1983) donen suport a les tesis psicodinàmiques. Schwartz suggereix que l'aprenentatge normal, l'aprenentatge de l'ansietat, i la dissolució d'aquest aprenentatge a través de la intervenció psicoterapèutica poden involucrar canvis duradors en les funcions i en les estructures del cervell.

És obvi que un canvi en alguns dels elements estructurals fa modificar l'expressió d'aquesta estructura de manera que els elements funcionals, siguin emocionals, cognitius o conductuals, es poden observar amb una certa fiabilitat per un observador extern.

Per Coderch (1995b), és la interpretació i l'*insight* consecutiu el que produeix un canvi en les estructures psíquiques que porten a un creixement mental i a la superació dels conflictes intrapsíquics, o almenys dóna a l'*insight* un paper preponderant sobre altres agents terapèutics, com poden ser les psicoteràpies no psicoanalítiques o les psicoteràpies de suport o altres fets de la vida que poden modificar les estructures mentals.

En resum: els canvis psíquics suposen modificacions en l'estructura mental, entesa com l'organització dels elements constitutius que mantenen una relació estable entre si.

## 2. Evolució de la recerca en psicoteràpia psicoanalítica

L'harmonia entre investigació científica i terapèutica ja va ser postulada per Freud (1933) en la seva 34a conferència, en què afirmava: “Vostès saben que la psicoanàlisi va començar com una teràpia, però ha crescut per sobre d'això. Tanmateix, no ha renunciat a la seva terra mare i, pel seu aprofundiment i desenvolupament posterior, estarà sempre unida al contacte amb els malalts. Les impressions que es van sumant i de les quals deriven les nostres teories no podrien ser guanyades d'una altra manera”.

Kächele (1991) remarca de la cita de Freud, “la suma d'impressions”, per extreure'n que la investigació clínica ha de desenvolupar-se en la direcció de la recerca empírica sistemàtica.

Així ho van entendre des de l'Associació Psicoanalítica Internacional (API) que, després de 1983, va anar introduint en els seus congressos espais on es comunicaven els avenços en recerca. Finalment, l'any 1991 es va crear una secció de l'API amb la missió d'agrupar diferents investigadors i promocionar aquesta àrea de treball dins de la psicoanàlisi.

En la història de la investigació en psicoanàlisi, Kachele (1991) hi distingeix tres fases, entenent com a fase l'època en què es caracteritza o és predominant un esperit i uns interessos dominants a la comunitat científica.

En la primera fase, entre els anys 1930 i 1970, la psicoanàlisi s'interessava per buscar la legitimització.

Es volia donar resposta a la pregunta: Serveixen les psicoteràpies o la psicoanàlisi? Aleshores, nombrosos treballs es basaven a mostrar els resultats de les psicoteràpies. Com a pioners d'aquesta època, són destacables els estudis de Jones (1936), en què presentava un treball estadístic de 10 anys de seguiment de la Clínica de Londres; Alexander (1937), que va aportar un treball de seguiment de 5 anys a Chicago; i Bohem (1942), que va presentar el resultat de 419 tractaments psicoanalítics acabats a l'Institut de Psicoanàlisi de Berlín. La forma en què es presentaven els resultats era molt simple: milloren molt, poc o no milloren.

A la meitat d'aquesta fase, cap als anys 50, comencen a aparèixer estudis més amplis i sistematitzats a partir de grans projectes d'investigació promoguts per centres de recerca, com ara, el de la Clínica Menninger, a Topeca, o l'enquesta feta per l'American Psychoanalytic Association, que va recollir el resultat de 10.000 psicoteràpies (Hamburg, 1967). En aquests treballs, l'objectiu principal era determinar quin nombre de pacients milloraven amb psicoteràpia psicoanalítica –entesa en un sentit ampli que inclou psicoanàlisi i altres psicoteràpies de menys intensitat o més breus– i quin era el grau de millora. És a dir, els resultats continuaven sent el motiu de les recerques.

En una segona fase, entre els anys 1960 i 1980, la recerca es va focalitzar en la relació entre procés i resultats. La pregunta que centra aquesta fase és: ¿és el que ha de succeir en el curs de la psicoteràpia de forma que pugui esperar-se un resultat positiu? En aquesta fase, es buscaven indicadors de pronòstic com la fortalesa del Jo, o bé aspectes tècnics, com la interpretació basada en la transferència utilitzada de manera intensiva en determinats tipus de pacients, com ara, en els pacients amb trastorns límit de la personalitat. També s'hi va investigar la diferència entre diferents escoles, i entre psicoanàlisi i psicoteràpies breus. Els resultats van mostrar que no hi havia diferències significatives entre les dues maneres de treballar, tret d'aspectes parcials com que els pacients que iniciaven un treball psicoanalític més llarg eren destacats com “més sans” a l'inici del tractament.

En la tercera fase, que se situa a partir dels anys 80, la recerca supera l'experiment estadístic grupal i s'aboca a la perspectiva naturalista, tot i mantenint el ferm criteri de controlar els factors de procés d'aquests estudis. La seva pregunta es pot formular així: ¿Quins processos a nivell micro constitueixen els macroprocessos conceptualitzats clínicament?

El precursor d'aquesta etapa va ser Luborsky (1971), que va relacionar uns factors pronòstics amb els resultats: salut psicològica - llibertat emocional - control - similitud pacient - terapeuta- aparellament pacient – terapeuta, segons les preferències d'aquest últim.

Com es veurà en l'apartat següent, aquestes recerques van donar pas a les anàlisis de procés amb totes les seves variables, tant pel que fa a l'objectiu com als objectius i com als mètodes utilitzats.



Malgrat que en les diferents etapes que hem descrit sobresortia un interès per la recerca –1a etapa, resultats; 2a etapa, processos; 3a etapa, microprocessos–, actualment es continua investigant sobre els resultats a causa de la gran variabilitat de situacions en les quals s’aplica la psicoteràpia psicoanalítica i perquè en casos determinats, com ara les psicoteràpies psicoanalítiques de grup, no hi ha un gran nombre d’estudis que l’avalin (Blackmore, 2012), a diferència de les psicoteràpies individuals, de les quals hi ha molts més estudis, que estan millor dissenyats, i l’eficàcia està més ben establerta (Sandler, 2010).

### 3. Els estudis de procés

Luborsky (1971) i (1977), amb la seva recerca sistemàtica, va obrir un nou camp d’anàlisi a partir de les transcripcions de les sessions de psicoteràpia amb què va elaborar un sistema d’anàlisi de les relacions repetides que es produeixen en el curs d’una sessió, el que s’anomena el “tema central de conflicte relacional” (CCRT) i que, per la seva importància, descriurem breument.

El CCRT és un sistema categorial d’ús clínic, quantitatiu i fiable, que permet identificar en les narratives dels pacients el patró central de relació que organitza les relacions i els seus conflictes interns. Aquest sistema té un ampli reconeixement internacional i s’ha utilitzat en centenars d’investigacions.

Es basa en l’anàlisi d’episodis que el pacient narra de les seves experiències en les relacions personals. Les narratives concretes de les interrelacions amb una persona concreta se les anomena “episodis de relació” i s’extreuen de les transcripcions literals de les sessions de psicoteràpia o de qualsevol material que inclogui descripcions relativament concretes de les relacions interpersonals del subjecte: observació clínica, entrevistes clíniques, psicoteràpia grupal, etc. Quan s’han delimitat els episodis, s’identifiquen els diferents components del CCRT: els desitjos, les necessitats o les intencions (component desig; D); les respostes imaginades, anticipades o reals, tant de l’objecte (component resposta del objecte; RO) com del subjecte (component resposta del subjecte; RS), manifestades en forma de pensament, emoció, comportament o símptoma. Aquestes categories s’ajusten a les categories estàndard: 35 de desig, 30 de resposta objecte i 31 de resposta subjecte. El tema central del conflicte s’obté de reunir

el desig i les reaccions de l'objecte i del subjecte. D'aquesta manera, es mostren les relacions transferencials del subjecte i es pot veure l'evolució en un procés determinat.

Com s'ha dit anteriorment, aquest sistema d'anàlisi ha estat aplicat en centenars de recerques i en situacions molt diverses. Una mostra de la variabilitat la tenim en l'aplicació en grups d'anàlisi de la demanda en grups breus (Vásquez, 2008) i en grups d'escenoteràpia (Cabré, 2014)

Aquest sistema d'anàlisi ha estat modificat i transformat en el CCRT-LU –anomenat així perquè fa referència als llocs on es va elaborar (Leipzig i Ulm) i a la “lògica unificada”, característica del sistema (Albani, 2002)- i validat en la seva traducció al castellà per López del Hoyo (2004).

El mètode d'anàlisi CCRT va tenir una gran acceptació, de manera que altres autors van buscar configuracions repetides basant-se en uns patrons diferents: Horowitz (1979) va fer les seves recerques basades en “l'Anàlisi configuracional”; Dahl i Teller (1986) van elaborar el concepte “Estructures de la Ment”, que associa els fenòmens transferencials amb l'existència d'estructures emocionals inconscients i que es poden identificar de manera independent a la producció interpretativa del psicoterapeuta que fa el tractament.

Un altre mètode d'anàlisi és el **model de cicles terapèutics** (Fontao, 2005,a), que té l'objectiu d'estudiar la presència de moments claus, o punts d'inflexió, equivalents a l'*insight* terapèutic. Tot i ser un mètode d'anàlisi ben estructurat, no es troba a la bibliografia que gaires equips de recerca l'hagin utilitzat.

Un altre mètode, el ***Plan Formulation Method*** (PFM), va ser creat per Mount Sion Psychotherapy Research Group (Silberschatz, 1991). Els seus objectius són: identificar problemes manifestos i latents en el discurs del pacient, obstacles i resistències per portar a bon port els objectius del tractament, així com la manera de treballar del pacient per resoldre aquests problemes. El marc teòric d'aquest mètode és la tòria psicoanalítica-cognitiva, que tampoc ha tingut gaire repercussió en la bibliografia.

Els microprocessos no verbals també han estat estudiats, la qual cosa obre un camp de treball per a la recerca empírica sobre els fenòmens transferencials i contratransferencials (Krause 1988), tot i que aquesta línia de treball tampoc no ha obtingut gaire continuïtat.

Una altra àrea d'estudi dels microprocessos són aquells que estudien els discursos, i que són el resultat de la progressiva col·laboració de psicoanalistes i lingüistes. S'hi destaca l'Algoritme de David Liberman desenvolupat per Maldavsky (1979) (2001), una anàlisi del discurs en què s'estudia el llenguatge de les sessions situant-los a tres nivells: paraules, frases i relats, sota els conceptes d'erotisme i de defenses. Per a l'anàlisi de les paraules, es compta amb l'aplicació d'un programa informàtic, i les frases i relats es treballen amb l'ajuda d'una graella per a l'anàlisi manual. Tot i que hi ha defensors d'aquest tipus d'anàlisi (Kazez, 2003), sigui per la seva complexitat o bé per la poca aplicació en la pràctica clínica, no ha estat gaire utilitzat. Puntualment, sí que trobem algunes recerques en què l'anàlisi del llenguatge té un objectiu més específic d'estudi, que és quan el llenguatge forma part del problema a tractar, com és cas de l'estudi de la psicoteràpia amb nens que tenen problemes d'aprenentatge (De la Cruz, 2013).

Els estudis observacionals a través del registre de les sessions han estat emprats per estudiar els resultats d'una psicoteràpia de grup *on line*, per a la qual es va realitzar un tractament mixt, ja que el grup es reunia una vegada al mes de forma presencial i la resta de temps treballaven mitjançant un xat tancat a través d'Internet (Vaimberg 2010). A partir d'unes variables, creades *ad hoc* per valorar el procés i els resultats, s'analitzen els microprocessos, basats en les dimensions següents: presencialitat, grupalitat, emocionabilitat, pensativitat, positivitat i realitat. Amb l'ajuda d'un programa informàtic complex, s'obtenien prou dades per veure l'evolució de les variables en el decurs del tractament.

Hi ha autors que mostren més interès pels estudis qualitius amb la Grounded Theory que pels estudis de procés aplicats a situacions particulars o específiques d'un tipus de psicoteràpia, com ara, la psicoteràpia de parella (Helmeke, 2000) o en psicoteràpia de grup des d'una perspectiva de l'*Attachment* (Marmorosh, 2014).

Lorentzen (2013) proposa que la recerca sobre psicoteràpia hauria de posar en relació tres nivells d'anàlisi:

- a) Moderadors: associacions entre la qualitat de les relacions d'objecte, patologia de la personalitat, severitat de les pertorbacions i resultats de les psicoteràpies breus i a llarg termini.
- b) Mediadors. Aquells factors que relacionen una variable independent amb la dependent.

c) Variables de procés: aliança terapèutica, cohesió grupal i clima de grup.

La variabilitat en els estudis estructurats de procés va des d'un sistema molt estructurat en què predominen els estudis observacionals amb anàlisis quantitatives amb una alta fiabilitat i validesa, com el sistema CCRT-LU, esmentat anteriorment, fins a sistemes que fan servir una metodologia qualitativa amb anàlisis sistemàtiques amb la finalitat d'establir noves teories o hipòtesis, com els que utilitzen la Grounded Theory. Aquest ventall aniria, doncs, des d'un sistema per verificar hipòtesis prèvies (mètode deductiu) fins a l'altre extrem, en què la recerca estaria dirigida a establir noves teories (mètode inductiu), on el treball interpretatiu hauria de ser més notable.

## **4. La investigació qualitativa i la Grounded Theory**

### **4.1 La investigació qualitativa**

L'objectiu de qualsevol investigació és tractar de comprendre la realitat per poder-hi intervenir posteriorment (Vázquez Navarrete, M.L. et al 2006).

La investigació quantitativa ha estat el tipus d'investigació més utilitzat i el més adient en algunes àrees de la ciència, com ara, per incrementar el corpus de coneixement que tenim sobre els fenòmens naturals.

No obstant això, en les últimes dècades i a mesura que s'ha anat depurant més la metodologia, la investigació qualitativa s'ha anat estenent per estudiar els fenòmens socials i les seves dinàmiques. D'aquesta manera, es pot abastar millor la complexitat d'aquests fenòmens i sobre el que s'ha sistematitzat el seu estudi.

Si entenem el binomi salut-malaltia com un fenomen complex, i les relacions humanes ho són, és coherent pensar que la investigació qualitativa és útil per comprendre aquests fenòmens, el coneixement dels quals és necessari per poder modificar-ne les dinàmiques.

Els principis fonamentals que orienten la investigació qualitativa, segons Ferreira da Silva i Vázquez Navarrete (2006), són:

- El reconeixement de l'existència de múltiples realitats i no d'una realitat única i objectiva. Per tant, els coneixements desenvolupats seran també múltiples i es podran recollir la varietat de perspectives dels diferents actors socials.
- El propòsit de la investigació qualitativa és comprendre la complexitat i els significats de l'experiència humana, així com contribuir a la generació de teories.
- L'investigador veu l'escenari i les persones des d'una perspectiva holística. És a dir, les persones, els escenaris o els grups no es redueixen a variables, sinó que es consideren un tot.
- El procés d'investigació és inductiu, és a dir, s'empra una estratègia d'obertura per a l'obtenció de resultats inesperats, que no utilitza categories preestablertes. Es

desenvolupen conceptes i s'estableixen les bases de teories a partir de les dades, en comptes de recollir les dades per confirmar teories o hipòtesis.

- La investigació es desenvolupa en un context natural, sense sotmetre'l a distorsions ni controls experimentals. Es tracta de comprendre les persones des del seu context.

Si aquests són els principis fonamentals de la investigació qualitativa, tot seguit les mateixes autores en resumeixen les principals característiques:

- Utilitza un procés de recollida d'informació intensiu, combinant freqüentment diverses tècniques de forma complementària: observació, entrevistes, anàlisi de documents, etc.

- Respecta les regles de la comunicació.

- La mostra dels informants no és estadística ni representativa, sinó que es tracta d'una selecció de membres de diferents grups de la població que ve determinada pels objectius de l'estudi.

- El focus de la investigació se centra en la cerca d'explicacions, percepcions, sentiments i opinions dels subjectes de l'estudi.

- El mètode d'anàlisi és inductiu. Es generen categories d'anàlisi a partir dels conceptes que emergeixen de les dades. Els estudis comencen amb interrogants formulats d'una manera general. L'anàlisi de les dades qualitatives és holística, ja que la recerca té en compte la totalitat del context en què se situa el protagonista. S'efectuen constants comparacions, en les quals s'observen casos similars entre si. Es formulen interpretacions que inclouen conceptes teòrics durant tot el procés de l'anàlisi.

- La interacció entre l'investigador i el subjecte d'investigació és flexible i iterativa. Existeixen uns objectius generals i una metodologia establerta, tot i que la forma específica en què es desenvolupa evoluciona a mesura que avança la recerca. Els primers resultats condicionen l'evolució de la recerca.

- El procés de la recerca es fa explícit tant pel que fa a la recollida com per l'anàlisi de la recerca.

Al final s'afegeix que la intenció de la investigació qualitativa és penetrar profundament en la complexitat del fet social a investigar i treballar amb pocs casos per

profunditzar el significat de l'objecte en estudi. En definitiva, es tracta de comprendre la realitat a través de mètodes i tècniques que produeixen dades narratives.

### Els diferents mètodes en la investigació qualitativa.

En la investigació qualitativa, s'inclouen diferents mètodes i diverses formes de classificar-los.

Atenent als seus orígens històrics i als diferents corrents de pensament, Taylor i Bodman (Taylor, S.J. i Bogdan, R. 2010) destaquen, entre altres enfocaments teòrics, l'interaccionisme simbòlic i l'etnometodologia.

En relació amb l'interaccionisme simbòlic, recullen les aportacions de Blume (Blume, 1969), que atribueix a aquest enfocament teòric una importància primordial als significats socials que les persones assignen al món que les envolta.

L'etnometodologia es basa en el fet que els significats de les accions són sempre ambigus i problemàtics. La tasca d'aquesta metodologia consisteix a examinar les maneres en què les persones apliquen regles culturals abstractes i percepcions de sentit comú a situacions concretes, perquè les accions apareguin com a rutinàries, explicables i sense ambigüitat.

Flick (Flick, U. 2007) afegeix a aquests dos corrents que destaquen Taylor i Bodman, el corrent estructuralista, que parteix dels processos de l'inconscient psicològic o social.

Una proposta de classificació recollida per diversos autors (Carrero, V. 2012) (Vallés M.S. 1992) és la de Tesch (Tesch 1990), en què diferencia l'anàlisi estructural de l'anàlisi interpretativa, incloent-hi en aquesta última l'anàlisi constructora de teoria i l'anàlisi descriptiva-interpretativa.

Una classificació molt clara és la que presenta Fernández de Sanmamed (Fernández de Sanmamed M.J. 2006) i que se sintetitza a continuació:

a) *Mètodes etnogràfics o naturalistes*, anomenats també descriptius. L'etnografia afirma que la base del coneixement social està en les accions de les persones i és observat des de dintre (l'investigador inclòs). Estudiant i revelant aquestes accions és com es construeix la teoria.

Aquestes investigacions tracten de respondre al “que està succeint i com” i pretenen proporcionar una imatge fidel del que diu la gent i de la manera en què actua.

Són mètodes d'investigació en què apareix un mínim d'interpretació i de conceptualització.

Malgrat la pretesa objectivitat i absència d'interpretació, es critiquen aquests mètodes perquè no és possible que no hi hagi sempre un component interpretatiu en la investigació a l'hora de decidir quin material es recull, com s'ordena, etc. Es considera que ja en aquest punt s'estan fent interpretacions, de les quals la subjectivitat de l'investigador no pot prescindir totalment.

Els autors de referència de la investigació qualitativa que donen suport a aquesta crítica són Taylor i Bodgan i Flick (Taylor, S.J. i Bogdan, R. 2010) i (Flick, U. 2007).

b) *Mètodes interpretatius*. Es basen en la idea que entendre l'acció humana és sempre interpretar, i que és en la trobada dialògica entre els actors i l'investigador on aquest pot desenvolupar o verificar teoria a través de la interpretació que fa dels significats dels actors. Pels interpretativistes “entendre no és reproduir, sinó produir teoria a partir d'interpretar el que diuen els actors”.

Dintre dels mètodes interpretatius, l'autora destaca la *teoria fonamentada o Grouded Theory*, que pretén generar una teoria inductivament a partir de les dades, és a dir, sorgeix de l'anàlisi de contingut de les dades; la inducció analítica, que tracta de verificar una teoria prèvia amb el contingut de les dades; i els estudis que realitzen anàlisi del discurs, tant els d'anàlisi d'orientació sociolingüística com els d'anàlisi sociològica del discurs.

c) *Mètodes participatius*. Es caracteritza per la inserció de la investigació en la pràctica històrica, la intervenció comunitària i un compromís de l'investigador amb la realitat social, orientat a afavorir la participació dels individus en la transformació i millora dels seu medi social.

#### **4.2 La teoria fonamentada (*The Grouded Theory*)**

Antecedents i característiques del mètode.



L'any 1967, Glasser i Strauss publiquen *The Discovery of Grounded Theory* per explicar la seva teoria fonamentada.

Segons el mateix Glasser (1992), la definició sintètica de la TF és que “*és una metodologia d’anàlisi unida a la recollida de dades, que utilitza un conjunt de mètodes, sistemàticament aplicats, per generar una teoria inductiva sobre una àrea substantiva. El producte de la investigació final constitueix una formulació teòrica, o un conjunt integrat d’hipòtesis conceptuals, sobre l’àrea substantiva que és objecte d’estudi.*”

Tot i que ambdós autors, en publicacions posteriors que van fer per separat, la defineixen com un mètode, hi ha matisacions i divergències entre ells, de manera que Strauss proposa la TF com un estil d’anàlisi. Per tant, l’anàlisi de la informació és la base d’aquesta aproximació o perspectiva el que centra l’atenció de Glasser i Strauss.

Carretero (Carretero V. et al 2012) la defineix com una aproximació que proposa un mètode d’anàlisi que implica la utilització d’un conjunt de tècniques sistemàticament aplicades.

La finalitat de la TF és l’emergència de teoria inductiva sobre una àrea substantiva. Les característiques d’aquesta teoria són: a) que és generi i emergeixi del camp de treball, b) que estigui fonamentada en l’àrea substantiva i c) que es desenvolupi inductivament.

La formulació teòrica no consisteix en la descripció del que està passant, sinó en generalitzacions conceptuals a través de l’emergència d’un conjunt d’hipòtesis conceptuals que puguin donar compte de la varietat dels esdeveniments i successos descrits.

Tres aspectes recullen l’essència de la TF: a) èmfasi en l’emergència i generalització conceptual en oposició als models d’investigació que tenen com a objectiu la verificació de les dades i la generalització descriptiva; b) l’anàlisi com a acció central en la investigació d’una lògica inductiva, i c) la transformació de la teoria substantiva en una teoria formal fonamentada.

Diferents versions de la teoria fonamentada:

Després del treball pioner conjunt de Glasser i Strauss, els dos autors van continuar treballant per separat sense que apareguin diferències notables en les seves publicacions següents fins al moment en què Strauss publica amb Corbin *Basics of Qualitative*

*Research: Grounded Theory Procedures and Techniques* (Strauss i Corbin. 1990). A partir d'aquell moment, Glasser discrepa de manera clara d'Strauss, cosa que porta al primer a publicar *Basic of Grounded Theory Analysis*, (Glasser 1992). La diferència es basa en el fet que Glasser es manté més fidel als principis del descobriment de la TF a partir de les dades, mentre que Strauss s'orienta envers un treball d'investigació més lligat a la descripció interpretativa.

Segons Carretero (Carretero, 2012), Strauss intenta trobar qualsevol contingència perquè es pugui relacionar amb les dades. En canvi, Glasser dirigeix els seus esforços a permetre que les dades “expliquin la seva pròpia història per si mateixes”.

Malgrat les divergències entre Strauss i Glasser, la TF conté elements bàsics que la defineixen i que es descriuen a continuació.

#### Elements bàsics de la TF

a) El mostreig. Tot i que no és exclusiu de la TF i que pot ser compartit per altres mètodes d'investigació qualitativa, es tracta d'un aspecte important d'aquest mètode.

A diferència del mostreig aleatori, molt important en la investigació quantitativa, en la TF el mostreig és teòric i està dirigit al fet que la teoria emergeixi de manera que s'ha de centrar en les situacions que probablement proporcionaran informació rellevant. D'aquesta manera, si, en el transcurs de l'anàlisi de les dades, l'investigador ho creu necessari pot dirigir la recerca a altres grups amb la finalitat d'eixamplar la interpretació.

Aquest mostreig teòric no acaba fins que deixen d'aparèixer nous conceptes, és a dir, fins que se saturen les dades i no apareix informació nova. Aquest moment és el que s'anomena de saturació teòrica.

b) Els incidents. Són les unitats o porcions del contingut que l'investigador aïlla i separa per aparèixer, en aquell punt, un dels símbols, paraules o termes que consideri oportuns de les pròpies dades.

c) El mètode comparatiu constant. Aquesta és la forma amb què es pretén generar teoria a partir de l'anàlisi comparativa i sistemàtica dels incidents. Sorgeix de la combinació del procediment de codificació propi de l'anàlisi del contingut i de la generació de teoria pròpia de la inspecció.

La comparació constant és la cerca de semblances i diferències a través de l'anàlisi d'incidents continguts en les dades.

Carretero, (Carretero, 2012) distingeix quatre etapes en l'aplicació del mètode de comparació constant. La primera comença amb una categorització d'incidents construint tantes categories com sigui necessari. Aquesta categorització permet que apareguin tantes categories com les seves propietats associades. D'aquesta manera, la teoria anirà emergint per si mateixa i es podran integrar categories i les seves propietats en una segona etapa.

En una tercera etapa, s'elaborarà una conceptualització teòrica caracteritzada pels següents elements: la clarificació de la lògica, el menyspreu de les propietats no rellevants de les categories; la integració dels detalls elaborats de les propietats envers els esquemes principals de les categories interrelacionades; i la reducció del conjunt de categories, propietats i hipòtesis.

L'última etapa consisteix en l'escriptura de la teoria, en què s'ha de subratllar el treball conceptual i la seva integració envers una explicació teòrica.

d) Els codis: per poder ordenar les dades, els incidents rellevants es classifiquen amb diferents codis-categories que s'associen a la descripció/explicació dels incidents.

En un procés més alt d'abstracció i de conceptualització, s'elaboren uns codis teòrics que tenen un valor explicatiu o interpretatiu propi, en un sistema de categories concret. Aquests codis teòrics ajuden a formular i comprendre un procés social bàsic, per tant, acostumen a contenir una major abstracció que els codis-categoria.

e) La categoria central. Amb aquest terme, es fa referència a aquella categoria o codi que permet veure la unió o relació entre conceptes teòrics amb la finalitat d'oferir una explicació teòrica al fenomen estudiat. Acostuma a ser la base del tema principal objecte d'investigació, el qual resumirà un patró de comportament. Ha de ser explicat en termes de la seva importància i en relació amb altres categories de base. Conté significació teòrica i el seu desenvolupament ha de partir de les mateixes dades.

f) Les famílies. Glasser (1978) manté que a través de la codificació s'observa l'emergència de diferents famílies de codis, d'una forma constant i, per tant, pot arribar a estandarditzar-se. Aquestes famílies proporcionen un marc teòric per analitzar les

causes, condicions, conseqüència d'accions i/o comportament dins d'un context específic. Són aquelles associacions de codis que mantenen una relació entre si. En aquest treball, Glasser proposa vint-i-cinc tipus de famílies, tot i que l'espai d'investigació pot quedar obert a la descripció de noves famílies.

g) Els *memos*. Són l'escriptura d'idees teòriques sobre els codis i les seves relacions, i són un procés constant. Tenen un paper transcendental en la generació de la TF, constitueixen l'estadi de generació de teoria. Poden ser descripcions de la investigació, del comportament, de l'experiència de l'investigador o de les penetracions teòriques que succeeixen a través del procés analític.

f) Elaboració de teoria. La TF té com a objectiu el desenvolupament de noves teories. Una fita a la qual s'arriba a partir de la teoria substantiva que es genera a través d'un procés sistemàtic i simultani de recollida i d'anàlisi de dades. Fa referència a l'àrea empírica pròpia de la investigació.

La teoria formal és la finalitat última de la investigació i es genera a partir de les teories substantives, que han estat fonamentades en dades, que constitueixen un sistema de relacions que ofereixen una explicació de major nivell d'abstracció del problema de la investigació. Aquest fet permet extrapolar l'anàlisi de les dades del nivell merament descriptiu a una interpretació conceptual o teòrica que possibiliti allunyar-se de l'àrea substantiva pròpia de la investigació empírica.

#### Avantatges i limitacions del software:

Existeixen diversos *software*, dissenyats específicament com a auxiliars de les investigacions amb dades qualitatives, i que s'agrupen sota la denominació CQDAS: *Computer Assisted Qualitative Data Analysis*. El més utilitzat en el nostre medi és l'Atlas.ti

Quan es generen gran quantitat de dades, sens dubte els *software* específics ajuden en les tasques d'ordenació de les dades, de manera que siguin accessibles i sigui fàcil també la gestió de la informació. No obstant això, un dels riscos és que alhora poden disminuir la capacitat creativa i la intuïció, cosa que afavoreix que l'anàlisi qualitativa es torni prioritari i es desvirtui així un concepte bàsic de la TF com és la interpretació de les dades.

## **PART EMPÍRICA**

### **5. Plantejament del problema i objectius**

#### **5.1. Plantejament del problema**

Actualment, encara hi ha poques proves concloents sobre l'eficàcia de la psicoteràpia psicoanalítica de grup que avalin la generalització d'aquest recurs terapèutic en tots els àmbits en què es poden aplicar i sobre quins pacients en poden resultar beneficiats.

D'altra banda, considerem que els estudis sobre microprocessos que es produeixen en el decurs d'un tractament psicodinàmic poden aportar una millor comprensió d'aquests processos i millorar la tècnica per part del terapeuta.

#### **5.2. Objectius**

##### Objectius generals

Estudiar el procés terapèutic de la psicoteràpia dinàmica breu.

##### Objectius específics

1. Avaluar l'eficàcia de la psicoteràpia psicoanalítica de grup d'una durada breu (37-39 sessions), realitzada en l'àmbit de l'atenció primària i dirigida a pacients amb símptomes depressius, seleccionats i derivats pel metge de família perquè segueixin el tractament.

2. Estudiar el procés terapèutic de la psicoteràpia psicoanalítica de grup per millorar el coneixement sobre els factors indicadors de canvis en el curs d'una psicoteràpia psicoanalítica breu per a pacients que presenten una simptomatologia depressiva. Aquest objectiu hauria d'aportar reflexions que poguessin ser útils a la tècnica d'intervenció dels terapeutes.

## **6. Material**

Treball de camp, en què es van realitzar els tractaments i el reclutament dels pacients.

L'any 2009, per apropar l'assistència del centre de salut mental a les àrees bàsiques de salut de Santa Coloma de Gramenet, amb una població total de 126.000 habitants, es va fer una psicoteràpia de grup de manera pilot, dirigida a pacients amb símptomes depressius. Aquesta psicoteràpia no es va avaluar suficientment i, per tant, no pot formar part del material estudiat. En canvi, aquest mateix tractament va servir per veure l'interès que havia despertat aquesta psicoteràpia de grup en els metges de família i les infermeres dels centres d'atenció primària. Arran d'aquesta valoració, es van portar a terme unes reunions informatives amb l'equip de metges de família i d'infermeria en els 6 centres d'atenció primària de Santa Coloma de Gramenet.

La finalitat d'aquestes reunions era explicar en què consistien les psicoteràpies de grup per a pacients depressius, quins models i formes concretes d'intervenció seguien els terapeutes, així com els resultats del grup pilot de psicoteràpia.

La població de Santa Coloma de Gramenet té un alt component d'immigració d'altres països i la població autòctona, molt afectada per la crisi econòmica dels darrers anys, es troba en un estatus socioeconòmic baix.

En comunicacions posteriors, a través del correu electrònic, es va demanar al personal mèdic i d'infermeria que derivessin pacients seguint les indicacions següents:

- a) Pacients amb símptomes depressius.
- b) Pacients de més de 25 anys.

Com a contraindicacions del tractament, es va especificar:

- a) Consum de tòxics: cocaïna, heroïna, cànnabis, alcohol.
- b) Trastorn límit de la personalitat
- c) Símptomes psicòtics: deliris, al·lucinacions.

#### d) Fibromiàlgia

Aquests diagnòstics es van excloure del tractament per considerar que els possibles pacients necessitaven grups específics de tractament psicoterapèutic.

A partir d'aquest punt, es van realitzar, en el transcurs de 3 anys, 8 grups de psicoteràpia de 9 mesos de duració (entre 37-39 sessions, en funció del dies festius), amb una freqüència setmanal i d'1 hora i quart de durada per sessió.

Per fer més els grups homogenis, s'estratificaven els participants per l'edat, per exemple: entre 25-35 anys o entre 65-70 anys.

Abans d'incloure en un grup el pacient derivat, es feia una entrevista de valoració per conèixer el seu interès pel tractament, a més de fer-ne una història clínica i, d'aquesta manera, poder obtenir les escales i els qüestionaris que es detallen en l'apartat del mètode de la investigació quantitativa. Els qüestionaris es van tornar a passar en acabar el tractament.

Als pacients que no es van poder incloure en el tractament, bé per incompatibilitats horàries o bé perquè se'ls va enviar fora del termini de reclutament, se'ls va entrevistar de la mateixa manera que els que van participar en el tractament. Passats 9 mesos, es van tornar a entrevistar per poder obtenir els qüestionaris i les escales. Igualment, aquests pacients van formar part d'un grup control, de manera que es podien comparar les dades dels pacients que no van seguir el grup de psicoteràpia amb els que sí que el van realitzar.

Els pacients de més de 65 anys van haver de passar el Miniexamen Cognoscitiu (Lobo, A. 1979), (Lobo, 2000) amb la finalitat de descartar possibles dèficits cognitius per demència.

#### Tractament

A l'entrevista d'avaluació, es va explicar als participants que la psicoteràpia de grup era un espai en què es buscava que tots poguessin pensar sobre els seus sentiments i comunicar-los. La missió del grup era escoltar, ser escoltat i entendre el que s'explicava. Al mateix temps, era una oportunitat per viure una experiència de grup i comprendre el que apareix en aquest tipus d'experiència. No se'n donava més informació verbal ni escrita.

El model conceptual segueix els principis característics de les psicoteràpies dinàmiques descrites per Blagys (2000) a partir d'estudis empírics i que ja es va utilitzar en les revisions sobre l'eficàcia de la psicoteràpia dinàmica, és a dir:

Es posa èmfasi en l'afecte i en l'expressió de les emocions.

S'exploren els intents d'evitar pensaments i sentiments angoixants.

S'identifiquen temes i patrons recurrents.

Es discuteix sobre experiències del passat.

Es fa èmfasi en les relacions interpersonals.

S'explora el món de la fantasia.

La tècnica psicoterapèutica de grup, seguint a Grimberg (1957) i Guillen (1988), es basa en el concepte de grup com una unitat de pensament, compartit la major part del temps de forma inconscient, que permet que es posin en relleu les característiques individuals de cada membre del grup (Bion, 1961). La funció del terapeuta consisteix a ajudar el grup a portar a terme la tasca, la qual s'explicita en l'entrevista inicial i es repeteix a l'inici de les primeres sessions perquè pugui ser compartida i consensuada per tots els participants. Dins del marc de treball descrit, amb l'objectiu que els participants puguin obtenir més *insight*, els terapeutes intenten aportar més coneixement i aclarir les situacions angoixants dels participants, faciliten la comunicació i interpreten la dinàmica grupal inconscient que s'estableix. D'aquesta manera, com que s'aconsegueix un coneixement més gran de si mateixos, milloren les relacions interpersonals, evolucionen en la manifestació dels seus símptomes i aconseguen actituds més adaptatives en la seva vida quotidiana. El tractament no està dirigit a trastorns específics.

Els psicoterapeutes es reunien després de les sessions de psicoteràpia per revisar l'evolució del tractament i per elaborar la contratransferència en comú. En aquest espai de treball o postsessió, es tenien en compte els factors terapèutics de Yalom (2000), en especial: la cohesió grupal, l'esperança i l'experiència emocional correctiva. D'altra banda, també es van realitzar supervisions externes puntualment.

En iniciar cada un dels grups, ja es fixava la data de finalització, que tindria lloc al cap de 9 mesos (37-39 sessions en funció de les coincidències amb els festius intersetmanals). A més, es tracta d'una psicoteràpia de grup tancada a noves incorporacions després de les quatre primeres sessions.



Els grups estaven formats per 8 o 9 participants, estratificats per edats per fer més homogeni el tractament. Els grups van ser mixtos quant a gènere, tret d'un grup en què només hi van participar dones. Les psicoteràpies es van realitzar en 2 dels 6 centres d'atenció primària de Santa Coloma de Gramenet.

Els pacients del grup control eren regularment atesos pel seu metge de família en l'interval de temps entre la primera entrevista i l'entrevista als 9 mesos.

Un psiquiatre-psicoterapeuta (edat a l'inici, 56 anys), amb una experiència superior a 20 anys en psicoteràpia de grup, va conduir la psicoteràpia no directiva i va comptar amb la col·laboració de diferents coterapeutes menys experimentats en 5 de les 8 psicoteràpies.

Totes les sessions es van gravar en DVD per poder disposar d'un material apte per a la recerca i poder realitzar estudis de procés.

Tots els pacients que van participar en el tractament van signar un document d'acceptació de la recerca i de ser gravats en DVD. La Comissió d'Ètica del Parc de Salut Mar (núm. 2012/4769/I) va aprovar l'estudi.

## **7. Estudi de l'eficàcia de les psicoteràpies realitzades. Anàlisi quantitativa**

### **7.1. Mètode**

#### Disseny

Es tracta d'un estudi obert i controlat.

#### Mesures de resultats

A l'entrevista inicial, es va realitzar una anamnesi tant dels pacients que farien les psicoteràpies com dels que formarien el grup control per elaborar-ne la història clínica. Els resultats es van obtenir amb: l'escala de depressió de Hamilton de 17 ítems (*Hamilton Rating Scale* (HDRS)); l'escala d'ansietat total de Hamilton (HARS) i les subescales d'ansietat psíquica i ansietat somàtica, i el qüestionari de qualitat de vida Short-Form Health Survey (SF-12), agrupant els ítems en component mental (CM) i component físic (CF).

Les versions utilitzades de les escales són les validades en castellà: de la HDRS, per Ramos-Brieva (1986); la HARS, per Lobo, (2002); i el SF-12, per Schmidt (2012). Una puntuació inferior a 7 en la HDRS representa absència de símptomes depressius.

A més, es van recollir altres dades: demogràfiques (edat i sexe), de diagnòstic i de prescripció d'antidepressius prescrits pels metges de família. Per als diagnòstics, es van seguir els criteris del DSM-IV-TR de l'American Psychiatric Association, 2000.

Al cap de 9 mesos, es van obtenir les mateixes dades de tots els participants, tant dels que havien fet les psicoteràpies com dels que van formar part del grup control.

#### Anàlisi estadística

Per analitzar les diferències entre les dades basals i el posttractament, tant del grup intervenció (psicoteràpies) com del grup control als 9 mesos, de l'escala HDRS, l'escala HARS (ansietat total i les subescales d'ansietat psíquica i d'ansietat somàtica), i els components del SF-12 (component físic (CF) i component mental (CM)), es va utilitzar la *t* d'Student per a dades independents. La mitjana de les diferències dels canvis es va analitzar amb la *t* d'Student per a dades aparellades. La mesura de l'efecte (*effect size*)

ve expressada per la  $d$  de Cohen. La relació entre la gravetat inicial (ansietat, depressió) i la millora en les puntuacions de les escales després del tractament es va calcular amb l'índex de correlació de Pearson. Les anàlisis de les dades es van elaborar per intenció de tractar (ITT), utilitzant la tècnica d'arrossegament de les dades inicials dels participants que van abandonar el tractament (*last observation carried forward*, LOCF). Les dades també es van analitzar per protocol (PP), és a dir, només els pacients que van acabar el tractament i els del grup control que es van poder avaluar als 9 mesos. La significació estadística es va establir amb una  $p < 0,005$ . Les dades es van tractar amb el programa informàtic SPSS-20.

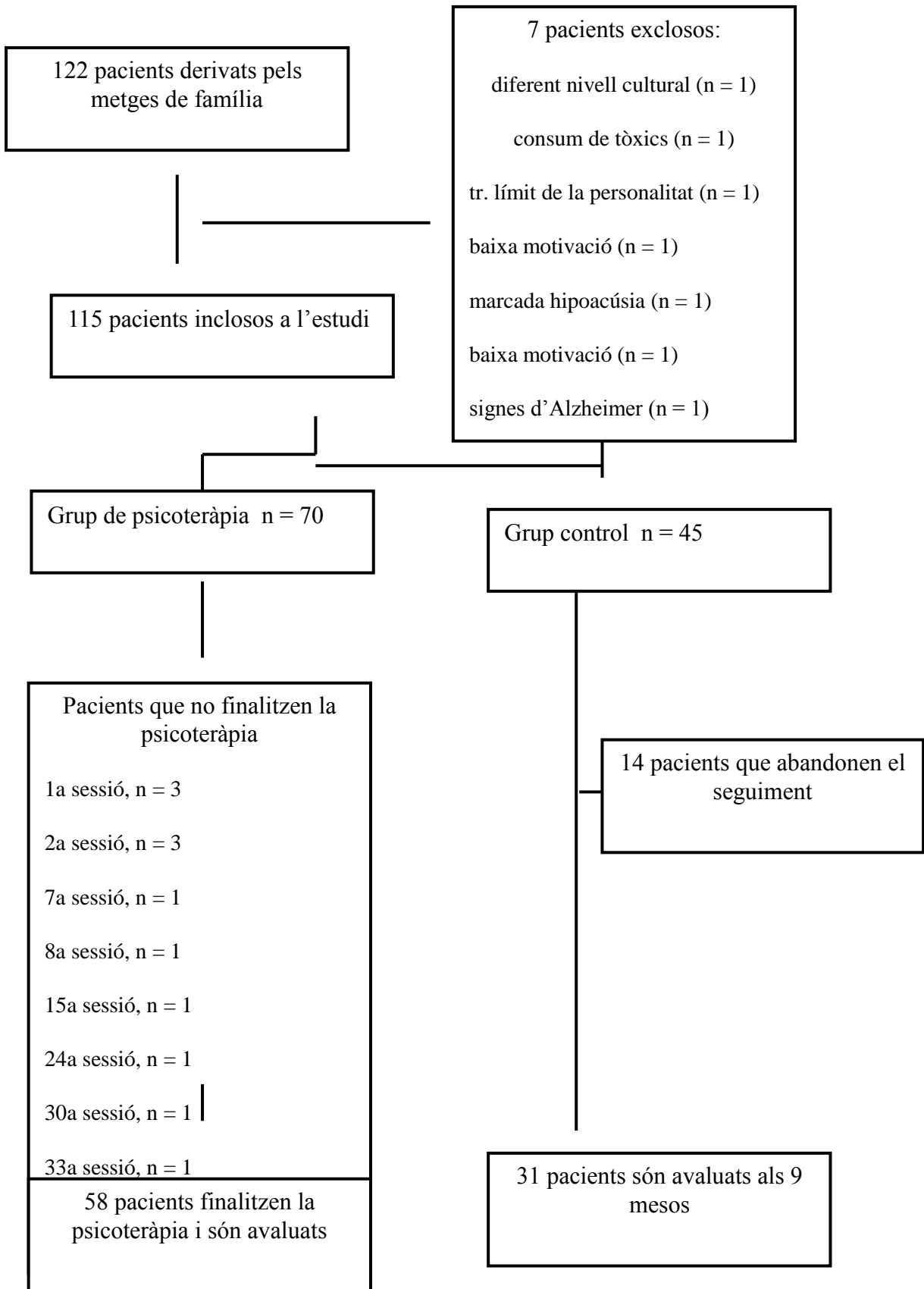
## **7.2. Resultats de l'anàlisi quantitativa**

### Selecció de pacients i pèrdues

El flux de pacients es mostra en la figura 1. D'un total de 122 pacients derivats pels metges de família, 7 no es van incloure perquè no complien els criteris de selecció o per tenir altres eventualitats, com ara: una nul·la motivació (1), un nivell cultural notablement disharmònic amb la resta del grup que s'estava formant o bé contraindicacions anunciades com consum de tòxics (1) o trastorn límit de la personalitat (1), hipoacúsia notable que impedia la comunicació (1), inici de demència tipus Alzheimer (1) o per no estar interessat en el tractament (1). Dels 115 pacients potencialment participants en les psicoteràpies, 70 van començar el tractament i 45 es van incloure en el grup control. Dels 70 que van iniciar el tractament, 12 (17,1%) no van poder ser avaluats per abandonament. Dels 45 pacients del grup control, 14 (31,1%) tampoc van ser avaluats per abandonament de l'estudi als 9 mesos. Per tant, es van avaluar, transcorreguts els 9 mesos, 58 pacients que van seguir la psicoteràpia i 31 pacients del grup control. L'anàlisi per intenció de tractar inclou 115 pacients (70 que van iniciar la psicoteràpia de grup i els 45 controls) i l'anàlisi per protocol inclou 89 pacients (58 dels que van iniciar la psicoteràpia i 31 controls).

Les pèrdues dels pacients que van iniciar la psicoteràpia es va produir després de la sessió 1a (3), de la 2a (3), de la 7a (1), de la 8a (1), de la 15a (1), de la 24a (1) de la 30a (1) i de la 33a (1).

Figura 7.1. Distribució de les derivacions fetes per el metge de família



### Edat, sexe i diagnòstic

Tal com es mostra a la taula 1, l'edat, el gènere i els diagnòstics són similars entre el grup de la psicoteràpia i el grup control. La mitjana d'edat del grup tractament va ser de 49,1 anys i la del grup control, 48,4 anys. Les franja d'edats dels participants eren d'entre 25 i 89 anys. Només va haver-hi un pacient amb una edat superior als 80 anys (89 anys) que va abandonar el tractament a la 7a sessió per malaltia física. La distribució per sexe era d'un 29,9% d'homes i de 70,1% dones. Dels 8 grups de psicoteràpia que es van realitzar, 7 van ser mixtos i un estava format només per dones.

Com es mostra a la taula 1, els diagnòstics inicials, segons el DSM-IV-TR estaven distribuïts de manera molt homogènia en ambdós grups. En el grup tractament: trastorn depressiu major 36 (51%), distímia 14 (20%), trastorns adaptatius amb simptomatologia depressiva 20 (29%). En grup de control: trastorn depressiu major 27 (60%), distímia 7 (16%), ciclotímia 1 (2%), trastorns adaptatius amb simptomatologia depressiva 10 (22%). No es va tenir en compte la comorbiditat amb els trastorns de personalitat de l'eix II del DSM-IV-TR.

### Tractament farmacològic

Excepte dos pacients que només estaven tractats amb benzodiazepines, tota la resta rebia tractament, com a mínim, des de 3 mesos abans d'iniciar l'entrevista de valoració, amb antidepressius inhibidors de la recaptació de serotonina (IRSS) o en 5 casos amb inhibidors selectius de la recaptació de serotonina i noradrenalina (ISRSN). Només havien estat atesos en centres especialitzats de psiquiatria una o més vegades el 21% dels pacients.

### Anàlisi basal de les escales

La situació basal mesurada amb les escales i el qüestionari de qualitat de vida es resumeix en la taula 1. S'hi poden observar puntuacions altes en el grup tractament (GT) i en el grup control (GC) a l'escala d'ansietat (GT 27.80 i GC 27.47) i moderades-altes a l'escala de depressió (GT 19.26 i GC 20.07), així com puntuacions baixes en la percepció de qualitat de vida, tant en el component mental, SF-12 CM (GT 41.37 i GC 42.79) com en el component físic SF-12 CF (GT 31.78 i GC 29.78). La mostra és molt homogènia, sense diferències entre ambdós grups en cap de les escales ni de les subescales.

Taula 7.1. Dades demogràfiques i diagnòstic psiquiàtric en els grups estudiats en el moment del reclutament

	Grup psicoteràpia (n = 70)	Grup control (n = 45)	<i>P</i> valors
<i>Gènere</i>			
Homes	25 (35,7)	8 (17,8)	
Dones	45 (64,3)	37 (82,2)	
Edat, mitjana en anys (SD)	49,1 (15,04)	48,4 (12,3)	
<i>Diagnòstics</i>			
Distímia	14 (20)	7 (15,5)	
Ciclotímia	0	1 (2,2)	
Trastorn depressiu major	36 (51,4)	27 (60)	
Trastorns adaptatius	20 (28,6)	10 (22,2)	
	Finalitzen l'estudi (n = 89)	No finalitzen l'estudi (n = 26)	
<i>Gènere</i>			
Homes	25 (28,1)	8 (30,8)	0,790
Dones	64 (71,9)	18 (69,2)	
Edat, mitjana en anys (SD)	48,5 (13,6)	50,0 (15,6)	0,624
<i>Diagnòstics</i>			
Trastorn depressiu major*	49 (55,1)	15 (57,4)	0,543
Distímia	19 (21,3)	3 (11,5)	
Trastorns adaptatius	21 (23,6)	8 (30,8)	
<i>HARS, mitjana (SD)</i>			
Ansietat psíquica	16,12 (4,78)	15,38 (3,99)	0,433
Ansietat somàtica	12,08 (5,90)	12,38 (5,12)	0,797
Total ansietat	28,15 (9,30)	27,53 (8,04)	0,737
<i>HDRS mitjana (SD)</i>	20,23 (5,26)	19,38 (6,03)	0,581
SF-12 CF, mitjana (SD)	41,13 (8,70)	42,15 (10,27)	0,647
SF-12 CM, mitjana (SD)	30,34 (8,33)	31,19 (10,83)	0,712

\*Inclòs un cas de ciclotímia.

Les dades estan expressades en número i percentatge, tret que s'expliciti en mitjana i SD.

### Comparació entre l'inici i el final del tractament

La taula 7.2 mostra els valors de les escales HDRS, HARS (ansietat psíquica, ansietat somàtica i ansietat total) i els valors dels CF i CM del SF-12, al principi i al final de la intervenció, analitzat tant per intenció de tractar (ITT) com per protocol (PP). En el grup que van realitzar la psicoteràpia els canvis són estadísticament significatius en totes les mesures, mentre que en el grup control només s'observen millores discretes, però significatives, en l'escala de depressió, HDRS i en component mental del SF-12.

Taula 7.2. Mitjana (SD) en situació basal i al final de l'estudi del grup dels pacients que han seguit el tractament i el grup control.

	Psicoteràpia dinàmica de grup				Grup control			
	Nre. pacients	Situació basal	Post tractament	<i>p</i> valors	Nre. pacients	Situació basal	Als 9 mesos	<i>p</i> valors
<u>HARS</u>								
<i>Ansietat psíquica</i>								
ITT	70	15,43 (4,14)	10,13 (4,69)	< 0,001	45	15,73 (4,25)	15,02 (5,23)	0,182
PP	58	15,62 (4,19)	9,22 (4,33)	< 0,001	31	14,94 (3,59)	13,9 (4,95)	0,184
<i>Ansietat somàtica</i>								
ITT	70	12,53 (5,34)	6,87 (4,55)	< 0,001	45	11,71 (4,61)	12,06 (5,91)	0,697
PP	58	12,74 (5,38)	5,91 (3,79)	< 0,001	31	11,98 (5,24)	12,22 (6,05)	0,699
Total								
ITT	70	27,80 (8,39)	17,0 (8,25)	< 0,001	45	27,47 (8,25)	27,24 (10,18)	0,830
PP	58	28,19 (8,64)	15,16 (7,25)	< 0,001	31	26,29 (6,73)	25,97 (9,83)	0,831
<u>HDRS</u>								
ITT	70	19,26 (6,03)	9,73 (6,38)	< 0,001	45	20,07 (5,59)	18,18 (6,36)	0,029
PP	58	19,31 (6,21)	7,81 (4,67)	< 0,001	31	19,52 (5,79)	16,77 (6,45)	0,028
<u>SF-12 CF</u>								
ITT	70	41,37 (10,1)	44,19 (10,21)	0,010	45	42,79 (9,73)	43,29 (11,52)	0,428
PP	58	41,89 (10,36)	45,29 (10,27)	0,010	31	42,64 (10,3)	40,99 (10,8)	0,431
<u>SF-12 CM</u>								
ITT	70	31,78 (11,3)	42,43 (10,89)	< 0,001	45	29,78 (8,47)	33,18 (11,13)	0,020
PP	58	31,71 (12)	45,17 (10,13)	< 0,001	31	30,21 (8,39)	35,16 (11,6)	0,019

HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale; HDRS: Hamilton Depression Rating Scale; SF-12 CF: SF-12 Component físic; SF-12 CM: SF-12 Component mental; ITT: anàlisi per intenció de tractar; PP: anàlisi per protocol.



Tant en l'anàlisi per intenció de tractar com en l'anàlisi per protocol, la mitjana dels canvis després dels 9 mesos és més alta en el grup que va realitzar les psicoteràpies que en el grup control, amb unes diferències significatives en les mitjanes: HARS ansietat total, 10,57 (95% interval de confiança (IC) 95% 7,50-13,64,  $p < 0,001$ ); HDRS, 7,63 (95%IC 5,25-10,02,  $p < 0,001$ ); SF-12 CF 3,95 (95% IC 0,49-7,41,  $p = 0,026$ ); i el SF-12 CM 7,73 (95% IC 3,38-12,09,  $p = 0,001$ ). Taula 7.3.

Taula 7.3. Mitjana (SD) dels canvis després del tractament i mitjana de les diferències entre els dos grups.

	Mitjana (DS) dels canvis després del tractament				Mitjana de les diferències (95% interval de confiança)	p valors
	Nre. pacients	Grup de les psicoteràpies	Nre. pacients	Grup control		
<u>HARS</u>						
<i>Ansietat psíquica</i>						
ITT	70	-5,30 (5,36)	45	-0,71 (3,52)	4,58 (2,94 to 6,23)	< 0,001
PP	58	-6,39 (5,26)	31	-1,03 (4,22)	5,36 (2,94 to 6,23)	< 0, 001
<i>Ansietat somàtica</i>						
ITT	70	-5,65 (5,56)	45	0,24 (4,18)	5,90 (4,09 to 7,70)	< 0,001
PP	58	-6,82 (5,42)	31	0,35 (5,06)	7,18 (4,83 to 9,52)	< 0, 001
Total						
ITT	70	-10,08 (9,69)	45	-0,22 (6,89)	10,57 (7,50 to 13,64)	< 0,001
PP	58	-23,03 (9,16)	31	-0,32 (8,35)	12,71 (8,77 to 16,64)	< 0, 001
<u>HDRS</u>						
ITT	70	-9,52 (6,71)	45	-1,88 (5,59)	7,63 (5,25 to 10,02)	< 0,001
PP	58	-11,50 (5,61)	31	-2,74 (6,59)	8,75 (6,11 to 11,39)	< 0, 001
<u>SF-12 CF</u>						
ITT	70	2,82 (8,90)	45	-1,34 (9,50)	3,95 (0,49 to 7,41)	0,026
PP	58	3,40 (9,69)	31	-1,64 (11,48)	5,05 (0,47 to 9,62)	0,031
<u>SF-12 CM</u>						
ITT	70	11,14 (14,1)	45	3,40 (9,47)	7,73 (3,38 to 12,09)	0,001
PP	58	13,45 (14,7)	31	4,94 (11,13)	8,5 (2,57 to 14,3)	0,005

HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale; HDRS: Hamilton Depression Rating Scale; SF-12 CF: SF-12 Component físic; SF-12 CM: SF-12 Component mental; ITT: anàlisi per intenció de tractar; PP: anàlisi per protocol.

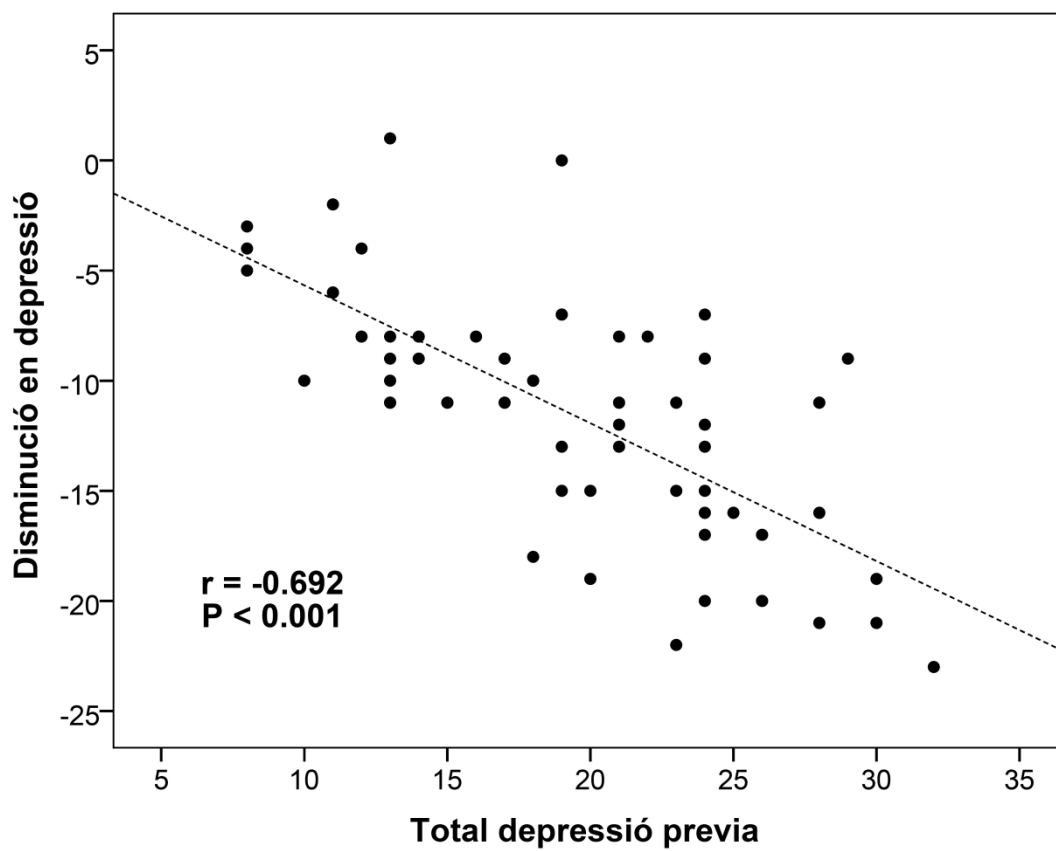
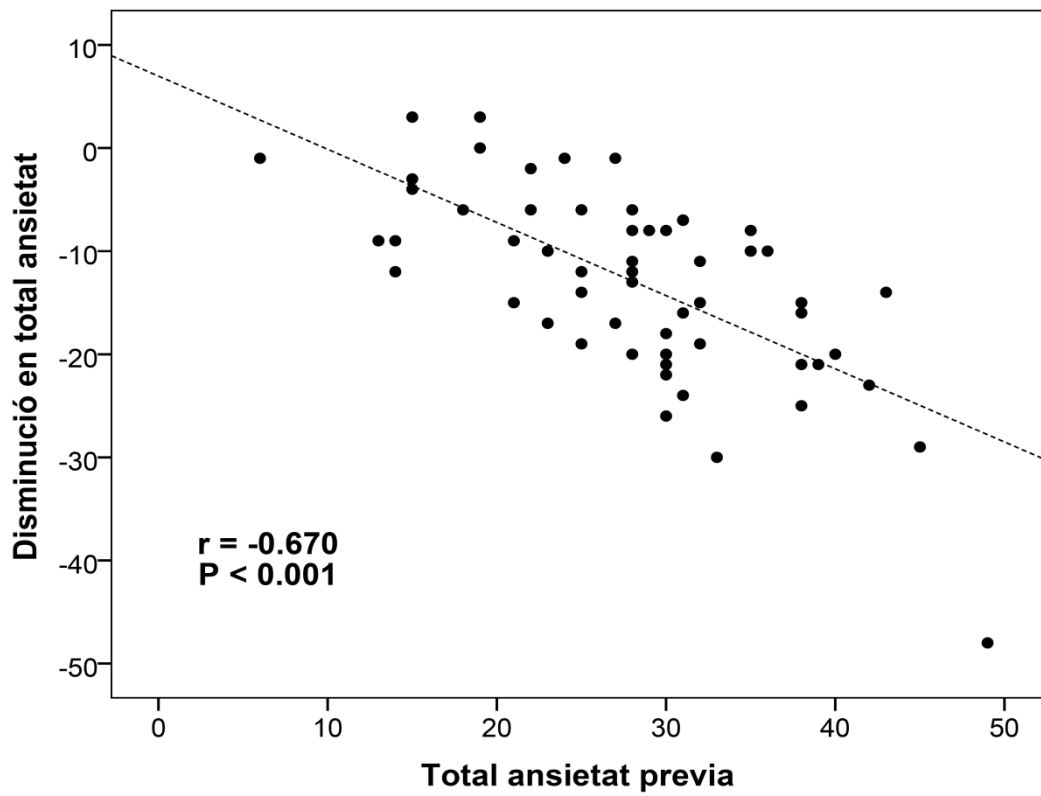
La mida de l'efecte de la intervenció (*effect size*) mostra unes millores altes en ansietat ( $d= 1,25$ ) i depressió ( $d= 1,23$ ) i unes millores moderades-altes en la percepció de qualitat de vida, CF ( $d = 0,46$ ) i CM ( $d = 0,64$ ).

Com es mostra a la figura 7.2, hi ha una relació estadísticament significativa entre la gravetat de l'ansietat i la depressió en situació basal i les millores després del tractament amb les dades analitzades per protocol (PP) ( $r = -0,670$ ,  $p < 0,001$  per l'ansietat;  $r = 0,692$ ,  $p < 0,001$  per la depressió). Els resultats amb l'anàlisi per intenció de tractar van ser de  $r = 0,504$  ( $p < 0,001$ ) i  $r = 0,591$  ( $p = 0,001$ ) per l'ansietat i la depressió respectivament.

### Remissió per la depressió

Amb la HDRS, es considera absència de depressió una puntuació inferior a 7 punts. Els resultats dels pacients que es van avaluar mostra una diferència significativa ( $p < 0,001$ ) entre els participants del GT i els del GC. Així de 58 pacients del grup de les psicoteràpies, 26 pacients en finalitzar-la, tenien una puntuació inferior a 7 (44,8%-26/58). En canvi, dels 31 participants avaluats als 9 mesos que estaven en el grup control, només 4 tenien una puntuació inferior a 7 en l'escala HDRS, (12,9 %-4/31).

Fig. 7.2 Correlació lineal entre gravetat i millora per l'ansietat i la depressió



### **7.3 Discussió i conclusions**

Els serveis públics de salut es troben amb l'exigència de proporcionar una assistència psicoterapèutica adient i de qualitat a un nombre creixent d'usuaris. La resposta a aquesta demanda depèn de diversos aspectes com: la complexitat de la intervenció, la seva durada i el seu cost. Per aquest motiu, s'ha generat un gran interès en el desenvolupament de models psicoterapèutics eficaços de curta durada o grupals.

Existeixen dades que mostren que el 71% dels pacients amb problemes de salut mental són tractats exclusivament pels metges de família (Serrano-Blanco, 2010). Sens dubte, els trastorns depressius són els més freqüents, tot i que, de vegades, la seva prevalença s'ha sobredimensionat de manera poc responsable (Bros, 2015), (Leon-Sanromà, 2015). Aquest estudi servirà per avaluar l'eficàcia de la psicoteràpia de grup dinàmica, que té com a punt de partida la necessitat que tenen els metges de família de fer-se càrrec del pacients amb símptomes depressius que configuren diferents diagnòstics.

La mitjana d'edat dels pacients, en relació amb altres estudis sobre psicoteràpia de grup, és alta: 49,1 anys. S'ha de tenir en compte, però, que no hi havia límit d'edat per a la incorporació al tractament, mentre que l'edat de 65 anys es constitueix com a límit en la major part dels estudis publicats, tret dels estudis fets específicament amb gent gran. Es tenia en compte que la psicoteràpia de grup dinàmica pot ser també beneficiosa per a gent gran (Cañete, 2000).

El predomini de les dones (64,3%) que van participar en la psicoteràpia és similar al d'una revisió de referència sobre psicoteràpia de grup que va ser del 60% (Blackmore 2009). En conjunt, la proporció de dones amb símptomes depressius que van ser derivades al tractament (71%) coincideix amb els estudis de prevalença de la població general (71,2 %, segons Roca, 2007), la qual cosa ofereix una certa fiabilitat sobre la concordança entre la nostra mostra i els estudis de prevalença sobre la proporció segons el gènere de pacients que presenten aquests símptomes en l'àmbit de l'atenció primària (AP). El conjunt dels diagnòstics i la gravetat de la simptomatologia mostra les diferents situacions clíniques amb què es troba el metge de família a l'AP. Les proporcions són similars respecte de diferents estudis de països allunyats, com ara, el nostre i Xile, per posar-ne un exemple (Roca 2007), (Ruiz, 2001).

La comparació en situació basal del GT amb el GC mostra uns resultats molt similars pel que fa a l'edat, sexe, diagnòstic, gravetat de la depressió, ansietat i la percepció de qualitat de vida.

Les pèrdues del GT (17%) es produeixen a l'inici del tractament principalment, i no són excessives en relació amb altres estudis, tot i que la variabilitat en aquest ítem és molt àmplia. S'ha valorat que la taxa d'abandonament va des d'un 5% fins a un 30% (Guimón, 2003) ) i també hi ha qui amplia aquest percentatge fins al 40%, (Loretzen, 2011). En un estudi recent (Jensen, 2014) sobre la psicoteràpia dinàmica de grup de 39 sessions sobre una mostra de 329 pacients, van trobar un abandonament del 20,8% i van diferenciar els abandonaments prematurs, a les primeres sessions, i els abandonaments tardans, un cop avançat el tractament. Els primers estaven relacionats amb símptomes agorafòbics, baixa sensibilitat interpersonal i trets de personalitat compulsiva. Els abandonaments tardans estaven relacionats amb els nivells d'ansietat i amb els trets de personalitat antisocial.

Diferents autors s'han preocupat per aquest aspecte, tal com recull Guimón (2003). En general, es refereixen a les indicacions inapropiades de la psicoteràpia de grup com les causes dels abandonaments. Per tal d'evitar-los, s'han fet propostes d'aproximació a la teràpia de grup a través de grups d'espera o, tal com Foulkes (1954) va proposar, la realització d'un període d'observació del "candidat" abans d'incorporar-se en el grup com a membre actiu. Una fórmula que ha estat utilitzada amb bons resultats és la dels **grups d'anàlisi de la demanda** (GAD) o també anomenats **grups d'anàlisi i diagnòstic**, que poden oferir un període d'assaig per després passar al tractament que sigui més indicat: grupal o bé individual (Vásquez, 2008).

La possibilitat de formar un Grup d'Anàlisi de la Demanda de 6-8 sessions per a pacients derivats pel metge de família no ha estat ben estudiada pels que han realitzat aquesta forma d'atenció inicial en els centres de salut mental d'adults (CSMA). L'organització d'aquesta modalitat d'atenció inicial és senzilla: es proposa als pacients que es deriven al CSMA un grup per analitzar la seva demanda. Contràriament al que podria pensar-se, la major part d'ells ho accepten. Un cop realitzades les 6-8 sessions, se'ls fa una entrevista individual en què s'acorda amb el pacient l'atenció més adient per al seu problema. En alguns casos, els pacients tornen amb el metge de família retornats amb un informe; en altres casos, s'incorporen a un tractament de grup de durada

variable, en general breu, de 40 sessions; o bé, un psiquiatre, un psicòleg o un treballador social l'atén de forma individual. Aquest forma d'atendre la demanda te un precedent a Barcelona, tot i que va ser una experiència molt breu (Folch, 1984).

A partir de la meva experiència personal, podem constatar que es tracta d'un bon sistema per seleccionar els pacients, als quals pot ser útil un tractament de grup i, especialment, a aquells que no els pot ser útil, per les seves característiques o estructura psicopatològica o altres factors que contraindiquin el tractament de grup, per exemple, si hi ha una addicció als tòxics es convenient que se'ls atengui en un servei especialitzat, on podran fer un tractament de grup. Per últim, si es tracta de pacients amb una marcada estructura psicòtica, se'l podrà incorporar en un grup de pacients psicòtics, però no en un grup amb pacients neuròtics.

Sunyer (2008), quan parla de la formació d'un grup i la selecció de pacients, fa referència a la possibilitat de realitzar una experiència preliminar suggerida per altres autors (Guimón, 2003) (Kadis, 1969). Aquesta experiència, que suggereix Kadis, i que ell anomena "grups d'admissió", pot donar una informació bàsica al pacient —com també al terapeuta, segons el nostre parer— i el prepara per a una psicoteràpia posterior.

Tenint en compte les experiències citades, una possibilitat per millorar les indicacions és iniciar un grup d'anàlisi de la demanda de 6 sessions i que aquest servís per millorar les indicacions per una psicoteràpia més llarga de 38-40 sessions. Creiem que molt probablement aquesta seria una manera de disminuir els abandonaments.

En el nostre cas, no ha estat possible estudiar els motius de l'abandonament, en part perquè la mostra era tan petita (12 pacients) i perquè no disposàvem de mesures de valoració com les escales de HAM-A, HDRS-17, i SF-12, que no ofereixen una visió suficientment àmplia sobre les característiques dels pacients que abandonen la teràpia. Tanmateix, la nostra impressió és que l'abandonament es produeix en personalitats que tenen uns trets paranoïdes importants i en personalitats narcisistes, impressions que s'haurien de validar en estudis *ad hoc*.

La diferència entre el GT i el GC en les escales de depressió i ansietat, així com en el qüestionari de qualitat de vida són notablement alts, de manera que fa comprensible que

la taxa de remissió de la depressió, mesurada amb la HDRS, també sigui molt diferent entre el GT (44,8%) i el GC (12,9%).

Tant l'anàlisi per protocol com l'anàlisi per intenció de tractar, que s'utilitza per corregir el pes de les pèrdues, mostra millores en totes les puntuacions amb una dimensió de l'efecte (*effect size*) gran, especialment en les escales d'ansietat ( $d = 1,25$ ) i depressió ( $d = 1,23$ ). La dimensió de l'efecte en el qüestionari de qualitat de vida té un efecte moderat-alt, SF-12 CF  $d = 0,46$  i SF-12 CM  $d = 0,64$ , però cal tenir en compte que es van realitzar dos grups amb persones de més de 65 anys, edat en què és freqüent que comencin a aparèixer problemes físics a la població en general. Aquests resultats sobre la dimensió de l'eficàcia són superiors a la mitjana de la revisió que utilitzem de referència (Blackmore, 2009).

Amb la finalitat de valorar si aquest tipus de psicoteràpia de grup era adient per a pacients amb nivells alts d'ansietat o de depressió, es va realitzar una anàlisi de regressió lineal en què es mostrava una relació positiva entre la gravetat dels símptomes a l'inici del tractament i la seva millora final ( $r = 0,670$  per l'ansietat i  $r = 0,692$  per la depressió). Aquesta dada orienta a afirmar que aquest tipus de psicoteràpia de grup pot ser eficaç per a pacients amb nivells moderats-alts de depressió i ansietat. Aquestes dades coincideixen amb Loretzen (2004), que va trobar que la gravetat clínica no era un factor predictiu de canvi en les psicoteràpies de grup dinàmiques. En canvi les intervencions psicoeducatives breus sembla que són de major eficàcia pels pacients que presenten simptomatologia més lleu, (Casañas, 2014).

Si revisem els diferents estudis sobre l'eficàcia de la psicoteràpia psicodinàmica, podem comprovar que els resultats estan molt centrats en les psicoteràpies individuals i les referències a les psicoteràpies de grup són molt escasses (Shendler, 2010), (Fonagy, 2005). Fins i tot en alguns reconeguts tractats de psiquiatria, gairebé no s'esmenten o es fa d'una manera marginal quan es parla dels trastorns depressius (Gabbard, 2006), la qual cosa es deu probablement a que, tot i que hi ha publicacions sobre l'eficàcia de la psicoteràpia de grup (Piper, W E. 2001) i les metaanàlisis (Crits-Cristoph, 1992) (Driessen 2010), els estudis són escassos, com es veurà tot seguit.

La Group Analytic Society va encarregar a un conjunt d'experts en avaluacions de la Universitat de Sheffield de la Gran Bretanya, dirigits per C. Blackmore (2009), una revisió crítica sobre les publicacions sobre l'eficàcia de la psicoteràpia de grup



dinàmica. Es van revisar les publicacions des de l'any 2001 al 2009 i s'extreu d'aquesta anàlisi que els estudis sobre l'eficàcia són molt dispers, alguns dels quals tenen defectes de disseny de l'estudi o de presentació de les dades. Aquest contrast de les dades no va fer possible elaborar una metanàlisi, que era la pretensió dels revisors. No obstant això, aquesta revisió de les publicacions ofereix un panorama exhaustiu sobre la recerca de resultats, encara que només es puguin extreure conclusions condicionades a les modalitats particulars d'intervenció. La variabilitat del nombre de sessions dels articles recollits, per exemple, és també molt divers (de 8 a 126). La coincidència del fet que la mitjana de les sessions en aquesta revisió (37,2) sigui similar al nostre estudi i d'altres que es van publicant darrerament (Ehrensperger, 2002) (Guimón, 2003) (Lorentzer, 2014) (Jensen, 2014) fa pensar si aquesta convergència en el nombre de sessions, més que una dada produïda a l'atzar, podria ser el nombre de sessions que els terapeutes de diferents països troben que és l'adient per a determinats trastorns atesos en l'àmbit de l'atenció pública. També podria ser que unes psicoteràpies que encara es poden considerar breus, inferiors a 40 sessions, sigui una condició per convèncer els gestors públics d'una bona utilització de recursos, encara que tampoc hi ha un consens clar sobre l'eficiència de la psicoteràpia amb estudis que avaluin el cost-benefici.

A la revisió encarregada per la Group Analytic Society (GAS), es mostra com una bona part dels estudis d'eficàcia es porten a terme amb pacients atesos a consultes externes i alguns amb pacients ingressats en serveis hospitalaris de psiquiatria o d'hospitalització parcial, però no hi ha cap tractament conduït per especialistes que es realitzi a l'atenció primària. Les psicoteràpies de grup dinàmiques habitualment tenen lloc en centres d'atenció especialitzada i quan s'avaluen es fa sense grup control. En la seva revisió, Blackmore (2009) només va trobar cinc assajos clínics aleatoritzats purs, dos més que eren aleatoritzats, però que el tractament de grup era només un element en el conjunt de la intervenció terapèutica, i cinc assajos controlats dels 34 seleccionats i 19 revisions. La resta es tractava d'assajos observacionals en què es comparava l'estat dels pacients en el pretractament i en el posttractament. Aquest mateix autor encoratjava, en una publicació posterior (Blackmore, 2012), a continuar investigant sobre diferents aspectes de les psicoteràpies de grup dinàmiques.

En les cerques que hem fet en les bases de dades (PsychoInfo, Medline), no hem trobat cap estudi controlat sobre l'eficàcia de la psicoteràpia dinàmica de grup realitzada a l'atenció primària per a pacients amb simptomatologia depressiva, conduïda per un psicoterapeuta de grups i en què els mateixos metges de l'AP hagin fet la selecció de

pacients. Cal tenir present, com s'ha dit abans, que els CAP constitueixen el “reservori” on es troben la major part dels pacients amb problemes de salut mental.

### Limitacions i fortaleces de l'estudi

L'objectiu d'aquesta part de la recerca ha estat avaluar l'eficàcia de la psicoteràpia dinàmica de grup en una mostra no esbiaixada de la realitat amb què treballen els metges de família. És a dir, pacients amb símptomes depressius que conjuntament amb els que presenten símptomes d'angoixa formen una gran part de les consultes que s'atenen a l'atenció primària. Tanmateix, desconeixem el nombre de pacients als quals els metges de família van proposar el tractament i quants el van rebutjar, per la qual cosa la nostra mostra de pacients (115) només reflecteix parcialment les característiques dels pacients es tracten a l'AP.

La quantitat de pacients derivats va ser baix, si es té en compte la prevalença dels trastorns depressius en una població de 126.000 habitants. Potser si s'hagués comptat amb una major complicitat amb els directors dels centres d'atenció primària (CAP), o se'ls hagués explicat millor als metges de família en què consistien les psicoteràpies de grup, s'haurien incrementat les derivacions.

L'estructura organitzativa de la intervenció no va permetre un assaig clínic aleatoritzat, cosa que hauria suposat un equip d'investigació més ampli, amb un treball més intens amb els metges de família i amb les infermeres dels CAP. Efectivament, si els metges de família haguessin fet una selecció aleatòria, els hauria suposat una “feina” més per als metges de família, i l'ofertament que se'ls feia era tot el contrari: descarregar-los. D'altra banda, si nosaltres haguéssim fet la selecció aleatòria, hauríem rebutjat la meitat dels pacients, amb la qual cosa els metges de família no haurien enviat més pacients per a les psicoteràpies. Cal tenir en compte que derivar un pacient a una psicoteràpia de grup suposa un treball per als metges de família, un esforç que no tots estan en condicions de fer. El rebuig dels pacients aleatoritzats per la nostra part hauria suposat també una ferida narcisista per als metges, tret que s'haguessin implicat en l'estudi, la qual cosa no era possible per la manca d'estructura d'investigació que teníem.

Una altra limitació de l'estudi és l'avaluació, que no va ser feta a cegues, la qual cosa introdueix un biaix involuntari, tot i l'honestedat amb què es va efectuar. Cal tenir en compte que l'estudi es va realitzar sense finançament extern, per tant, no es van poder

contractar avaluadors externs, cosa que hauria incrementat la fiabilitat en la recollida de les dades.

Considerem una fortalesa de l'estudi el fet d'estar molt proper a la situació real en què es troben els pacients i els clínics en l'àmbit de l'AP, cosa que permet reduir la diferència entre les recomanacions basades en proves realitzades amb mostres molt seleccionades i la pràctica clínica, com recomanen alguns autors (Garland 2010), (Lorentzen, 2014,a).

La intenció de les psicoteràpies d'orientació psicoanalítica és produir canvis més enllà de la reducció de símptomes, per la qual cosa s'haurien d'utilitzar sistemes d'avaluació com la SWAP-200 (Lingardi, 2006) per valorar canvis en els trets de personalitat com a resultat del tractament; o l'*insight*, mesurat de forma fiable a través de l'anàlisi computeritzat del text de les sessions, tal com proposen Fontao i Mergenthaler (2005,b). També són necessaris estudis que avaluïn l'eficàcia d'aquesta intervenció més a llarg termini, per veure fins a quin punt les millores obtingudes perduren en el temps.

### Conclusions

Si els treballs de recerca es realitzen pròxims a la realitat clínica i social, aquest treball es converteix en útil gràcies a la seva aplicació pràctica en la xarxa assistencial. A més, ens aproximem a la pràctica clínica habitual dels metges de família, ja que són ells mateixos els que seleccionen els pacients i els deriven a un tractament específic. D'aquesta manera, es poden realitzar els tractaments, conduïts per un especialista, en el mateix centre d'atenció primària. Proposem, doncs, la psicoteràpia de grup dinàmica d'una durada de 9 mesos per a pacients que presenten símptomes depressius perquè és eficaç, tot i que s'haurien de continuar els estudis per replicar aquests resultats i establir millor les indicacions per disminuir-ne els abandonaments.

## **8. ESTUDI DE PROCÉS. ANÀLISI QUALITATIVA**

### **8.1. MÈTODE**

#### **8.1.1. Mostreig**

Per analitzar les dades dels 8 grups de psicoteràpia que es van realitzar en el decurs de tres anys, es va escollir com a mostra l'últim grup per raons pràctiques: els resultats de la gravació en DVD dels dos últims grups era millor que la dels altres, ja que es van posar uns micròfons penjats del sostre de la sala on es feien els grups. D'aquests dos grups, es va escollir el que va tenir una assistència més regular dels pacients.

Nou pacients, d'entre 38 i 51 anys, formaven el grup escollit en el moment en què van iniciar el tractament.

Per poder obtenir les dades que mostressin l'evolució del grup, es va decidir recollir la informació de les sessions 1, 2, 5, 12, 19, 26, 33, 38 i 39. Les dues primeres, per veure l'inici, la 5a per assegurar que tots els pacients hi estiguessin incorporats i, a partir d'aquí, una cada 7 sessions fins arribar al final, en què es van tenir en compte les dues últimes. D'aquesta manera, es va considerar que es podia obtenir una visió del procés.

#### **8.1.2. Anàlisi de les intervencions**

En les psicoteràpies es prenia com a referència el model psicoanalític de grup per tal d'obtenir dades que sustentessin les psicoteràpies realitzades. Es va fer una anàlisi de les intervencions consistent a comprovar les coincidències entre les intervencions dels terapeutes i els elements descrits per Blagys, (consulteu la pàg. 58) que distingeixen les psicoteràpies dinàmiques d'altres tipus de psicoteràpia. A més, es van buscar altres dades que ajudessin a conèixer millor el tipus de psicoteràpia que es va realitzar.

Per aquest motiu, es van comptabilitzar, sobre les 9 sessions que constitueix la mostra de l'anàlisi qualitativa, el nombre d'intervencions total dels participants i dels terapeutes, i es va veure si coincidien les intervencions amb els elements descrits per Blagys. A més, es va comptabilitzar el nombre d'intervencions dirigides al grup o bé dirigides a un pacient de manera individual.

Per conèixer la fiabilitat de les dades, es va realitzar una anàlisi simple comparant les categories a les quals s'havia assignat a cada intervenció, amb l'assignació feta per avaluadors externs d'aquestes categories. D'aquesta manera, es van enviar quatre experts en psicoteràpia dinàmica de grup, dues sessions (5a i 38a), perquè puntuessin les intervencions de manera que es poguessin comparar amb les de l'investigador principal. Es va considerar concordant si, sobre la intervenció, eren coincidents 3 dels 5 avaluadors pel que fa als criteris de Blagys. Sobre les intervencions dirigides al grup o bé si eren intervencions individuals, dirigides a un sol pacient, es va considerar concordant si coincidien 4 dels 5 avaluadors.

### 8.1.3. Evolució de l'ús del temps en el grup

Per comptabilitzar les intervencions que contenen un ús de la dimensió temps, s'han revisat les 9 sessions que formen la mostra de l'estudi sota criteri que han de contenir aquesta dimensió, per bé que no es comptabilitzen les que, malgrat parlar d'un temps, aquest tema no forma part del pensament. Així, es puntua positivament quan en el relat hi ha una relació entre els temps verbals: passat, present i futur.

Diferents frases o relats poden exemplificar la intenció amb què s'ha fet la codificació.

Situacions en què s'ha comptabilitzat com a positiu:

“Ell no ha parlat des que ha arribat, però jo sóc respectuosa i penso que ell tindrà el seu moment i necessita espai” (Joana, 1a sessió).

“Com ja vaig dir la setmana passada...” (Daniel, 2a sessió)

“És que jo entenia que va ser per treballar allà que vas tenir problemes i, en realitat, va ser quan ho vas deixar” (Joana, 7a sessió)

“El temps de la sessió se'm fa curt” (Daniel, 5a sessió)

Preguntes simples per precisar quan han succeït els esdeveniments. “Ahir va ser àvia?” (Joana, 12a sessió).

Explicar un relat amb crítica o reconeixement de l'error sobre el qual va passar. “Ara veig que em vaig equivocar” (Diego, 19a sessió).

Expressar que actualment es pensa diferent del passat (Joana, 19a sessió).

“L’ambient que hi ha ara a les festes de Nadal no és el que hi havia abans”. (Diego, 26a sessió)

“Tot s’acaba”, expressat amb pena. (Carmen, 26 sessió).

“És un pas difícil..., primer a poc a poc, trobar feina, pagar els deutes i, després..., no vull córrer” (Diego, 33a sessió).

“Perquè necessites el teu espai, el teu moment...” (Joan, 33a sessió).

“Jo abans no pensava en la paella i en els macarrons tan bons que feia la meva exdona, i ara ho veig com una cosa agradable que tenia” (Daniel, 33a sessió). Ha canviat la qualitat de l’objecte amb el temps.

“Quan sortia de casa m’han dit els meus pares, on vas? I jo he dit, “Al grup de teràpia”. I m’han dit, “Avui et donen l’alta, oi?” (Daniel, 39 sessió). Tant els pares com ell tenen present l’acabament del grup.

No es comptabilitzen les situacions següents:

“Si m’adormís avui i em despertés el dia 8 o 9...”

Si hi ha un relat històric sense canvis amb el present. Relat de l’Andrés sobre la història les relacions de parella (Andrés, 2a sessió, per exemple). Aquests són relats freqüents en què es parla del passat com si fos present. En aquests relats el temps ha quedat congelat.

El futur com a desig sense que estigui sustentat en un principi de realitat, o el futur com una situació igual que el present (Juan, 12a sessió).

#### 8.1.4. Aplicació de la teoria fonamentada al material

Inicialment, van buscar-se els diferents tipus d’intervencions que els pacients feien codificant-los en funció d’aquí anaven dirigides o del tipus de temes tractats o qüestions tècniques que poguessin ser rellevants i que poguessin emergir del material. És a dir, es va fer una codificació molt oberta.

Al mateix temps, es van revisar exhaustivament les aportacions de cada un dels pacients, elaborant uns *memos* sobre les característiques psicològiques de cada un d’ells, buscant l’emergència dels temes rellevants que poguessin donar compte del seu procés

terapèutic o d'aspectes tècnics de la psicoteràpia de grup que fossin rellevants per fer una revisió en l'actual corpus de coneixement sobre la psicoteràpia psicoanalítica de grup.

Es va fer un treball de comparació constant entre els pacients, i entre les diferents sessions de la mostra per a cada pacient.

Es van associar els resultats de l'anàlisi detallada de cada pacient amb els resultats de les escales de depressió (HDRS), ansietat (HARS) i el qüestionari de qualitat de vida.

Es va desestimar la utilització d'un software específic, CQDAS, (*Computer Assisted Qualitative Data Analysis*), per posar més l'accent en l'anàlisi interpretativa de les dades i no convertir la investigació qualitativa en quantitativa, cosa que podria dirigir-nos a una pèrdua de la nostra capacitat intuïtiva i analítica, risc que s'esmenta en l'apartat 4.

## 8.2. Resultats de l'anàlisi qualitativa

Taula 8.2.1 Assistència a les sessions de cada pacient

Sessió N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39			
Participant																																										
Daniel	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	39
Vane	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X			X	X	X	X	X	X			X	X		X	X	X	X	X	X	X	25	
Montse		X	X	X	X	X		X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X		X	X	X	X				28	
Juan	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X		X	X	X	X					29	
Carmelo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	36
Joana	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	35
Carmen			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	25	
Natalia	X		X	X	X	X	X		X			X																													8	
Andrés	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X																					19
Nombre de																																										
participa	7	7	7	9	9	9	8	8	5	8	6	7	8	7	7	7	6	5	6	5	7	7	6	7	6	6	4	5	5	4	7	4	3	7	4	7	4	6	5	244		
																																									244/39= 6.26	

### 8.2.1. Participació

La participació mitjana per sessió va ser de 6,26 pacients. La interpretació d'aquest resultat es fa en l'apartat de la discussió.

### 8.2.2 Resultat de l'anàlisi sobre el nombre d'intervencions

Tal com es mostra a la taula 8.2.2, es van realitzar 2.094 intervencions en les 9 sessions, de les quals 1.477 (70,5%) corresponen a intervencions dels pacients i 617 (29,5 %), als terapeutes.

De les 617 intervencions dels terapeutes, 68 (11%) no es van poder classificar en cap de les característiques de Blagys que defineixen la psicoteràpia psicoanalítica.

Les 617 intervencions dels terapeutes 261 (42%) estaven dirigides al grup com una totalitat i 356 (58%) estaven dirigides a persones concretes.

Concordança interavaluadors: es van avaluar les sessions 5a i 38a. Els 5 avaluadors (investigador principal + 4 avaluadors externs) van coincidir (almenys 3) en l'ítem de les intervencions dels pacients en un 55,8 %. Per tant, no hi ha la verificació esperada sobre la nostra avaluació de la correspondència de les intervencions amb la llista de Blagys que defineix les característiques de les intervencions dinàmiques (pàg. 58).

De les intervencions dels terapeutes sobre si la intervenció estava dirigida al grup, o bé estava dirigida a un sol individu, almenys 4 avaluadors van coincidir en un 74% de les intervencions.



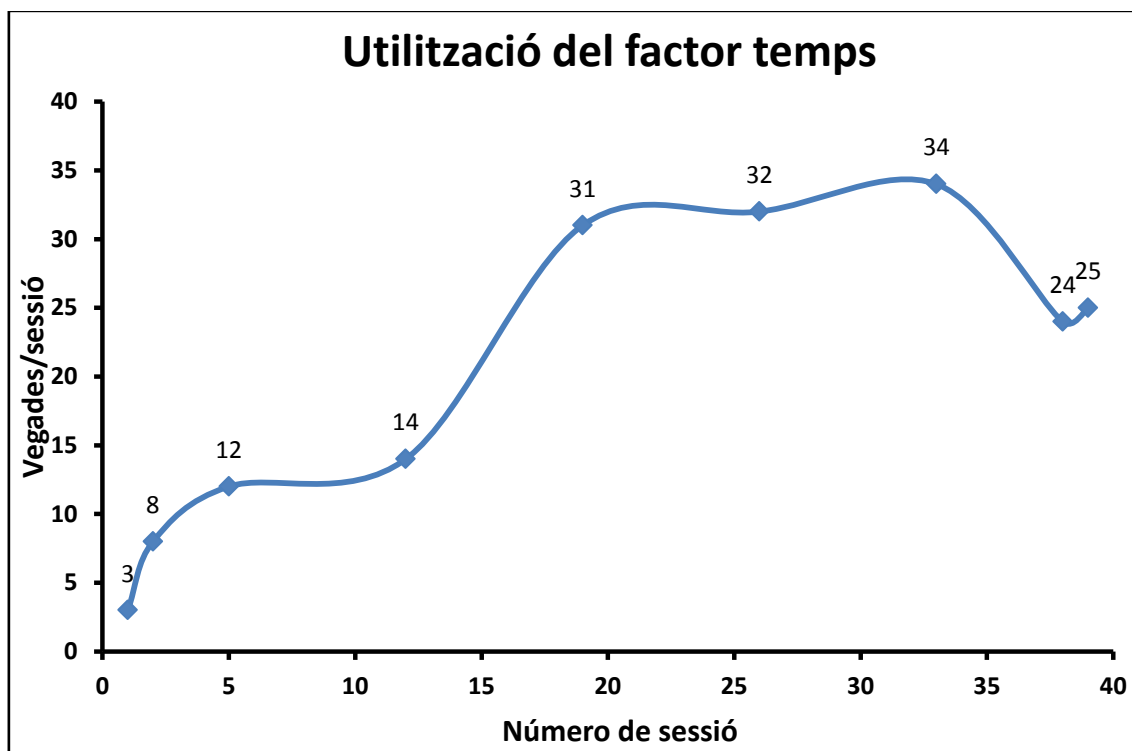
Taula 8.2.2 Intervencions en el decurs del tractament

SESSIÓ	Intervencions dels terapeutes / Intervencions totals	Dirigides al grup / Intervencions dels terapeutes
1a	33/139 24%	23/33 70%
2a	37/169 22%	23/37 62%
5a	66/241 27%	23/66 35%
12a	63/236 27%	13/63 21%
19a	91 / 334 27%	26/91 35%
26a	83/245 34%	35/83 42%
33a	82/236 35%	30/82 37%
38a	79/214 37%	54/79 68%
39a	83/280 30%	34/83 41%
Total	617/2094 29%	261/617 42%

### 8.2.3 . Progressió de la utilització del factor temps

El resultat del registre del nombre de vegades que els pacients tenien incorporat el factor temps en la seva narrativa es mostra a la figura 8.2.1 i es pot observar un canvi notable a la sessió 19a, es manté a les sessions següents i disminueix a les dues últimes sessions.

Figura 8.2.1, Utilització del factor temps en el curs del tractament. Número de vegades que està incorporat el factor temps en la narrativa per cada sessió.



#### 8.2.4 Resultats de cada pacient

Aquests resultats són el fruit d'un treball d'anàlisi repetit sobre la mostra de 9 sessions de psicoteràpia de grup, realitzat amb la intenció d'extreure els elements rellevants que puguin donar compte del procés terapèutic i l'evolució dels participants.

En aquesta presentació, s'ha optat per presentar l'evolució detallada de cada pacient, sessió rere sessió, de manera que es pugui comprendre amb un cert detall llur evolució. Amb aquests resultats, no es pretén fer una anàlisi exhaustiva de cada pacient amb el detall dels fonaments teòrics que sustenten l'anàlisi, no és la intenció. Per aquest motiu, només en certs moments hi ha una referència bibliogràfica que fomenta les argumentacions de la labor analítica.

Aquests resultats han de ser, doncs, la base sobre la qual se sustenta, en la discussió, els elements rellevants que s'extreuen de la recerca. D'aquesta manera en l'apartat dels resultats, a les descripcions dels pacients, es fa més èmfasi sobre alguns dels factors que es tracten en la discussió.

Naturalment, els noms dels participants s'han canviat, així com altres informacions, per poder mantenir la confidencialitat.

### **Joana, 50 anys**

Presenta una síndrome depressiva de 15 anys d'evolució. Ha estat sotmesa a molts tractaments, tant farmacològics com psicoterapèutics en l'àmbit de l'atenció pública. Casada amb dos fills: un noi de 24 anys i una noia de 17. No necessita cap desencadenant de la seva depressió, però sembla que està molt relacionada amb la mort del seu pare. Els conflictes entre els seus pares feien que ella prengués partit per la seva mare i acceptés el descrèdit que la seva mare feia del seu pare. Defineix, en algun moment, la seva família com un matriarcat. No obstant això, la seva opinió canvia quan el seu pare emmalalteix i ella s'hi pot apropar, de manera que el pot veure diferent, cosa que li fa sentir-se enganyada per la seva mare. Després de la mort del pare, té una actitud diferent vers la mare i les dues germanes, que fan costat a la mare sense crítiques. L'única àrea lliure de grans conflictes en la seva vida és la relació amb el seu marit.

La metgessa de capçalera li recomana assistir a la psicoteràpia de grup.

#### 1a sessió

Es mostra oberta explicant la seva situació que no comprèn, perquè la seva situació laboral i familiar és bona, se sent estimada, però alhora tan deprimida que al matí no pot llevar-se per anar a treballar. De fet, la seva gravetat és tan notable que, segons l'època o l'estació de l'any, no és capaç d'assistir a la feina i agafa una baixa laboral.

L'estranyesa sobre el que li passa és doble. Per una part, se sent estranya, la desconcerta, no es pot explicar el seu patiment, no pot atribuir-lo a res. Està immersa en la incomprensió del seu patiment que no pot adscriure a situacions externes i, en aquest moment, tampoc el pot atribuir al seu món intern. D'altra banda, aquesta manifestació

de l'estranyesa també és atribuïble a l'estranyesa d'una situació nova, la psicoteràpia de grup. És la inquietant estranyesa que apareix a l'inici de qualsevol situació nova.

No obstant això, en aquesta primera sessió, ja es fan paleses les seves capacitats i recursos de diverses maneres, com ara, quan es defensa de la manipulació de la Vane i dels seus atacs envejosos. També podem veure un element que pot ser un factor a tenir en compte per preveure la bona evolució dels pacients com és el sosteniment de l'esperança.

En efecte, l'esperança fonamentada en el treball i en l'aprenentatge que manifesta en la primera intervenció fa pensar que la psicoteràpia pot ser efectiva. Aquesta manifestació sobre l'esperança fonamentada en el treball contrasta amb l'esperança manifestada per l'Andrés uns moments abans, en què es basava només en el desig. L'esperança de l'Andrés té una forma d'expressió eufòrica, per no dir hipomaniàca, més basada en un moment d'omnipotència defensiva davant de l'angoixa de l'inici del grup. En contraposició a l'Andrés, la Joana té una esperança que és generadora de confiança.

Uns altres temes rellevants en aquesta primera sessió són a) el suïcidi, b) la capacitat d'emocionar-se expressant-ho verbalment i corporalment a través de les llàgrimes, i c) com es tracta el tema del Nadal.

Els seus intents de suïcidi i la culpa que sent de fer mal als altres amb la seva depressió són dos aspectes que manté dissociats. És a dir, no és conscient de l'agressivitat expressada a través dels seus intents de suïcidi i, per tant, la culpa no pot ser sotmesa a un procés d'elaboració i reparació. Serà en una sessió posterior quan podrà acceptar l'agressivitat envers els altres en els moments en què ha fet els intents de suïcidi.

Pel que fa a la capacitat d'emocionar-se i expressar-se verbalment, ho fa tant en relació amb el que li passa a ella com en relació amb el que passa als altres components del grup. Això es pot veure quan recull l'impacte que ha suposat al grup la comunicació del Carmelo sobre la mort de la seva filla. Recollir el que passa als altres membres del grup, amb tota l'emoció que comporta, també pot ser un predictor de la bona evolució.

Per últim, i d'una manera molt marcada, la seva actitud envers les festes de Nadal, dies que els voldria passar dormint, mostra la gran dificultat per viure i experimentar satisfacció en un moment en què s'aguditzen els seus conflictes. Per ella, "*són dies negres*" que voldria esborrar del calendari perquè s'intensifiquen els seus conflictes

interns en relació amb el seu estat depressiu. El conflicte en forma de paradoxa es podria expressar així: ¿Com pot estar contenta i en harmonia amb la família si té una relació interna amb un objecte incorporat melancònicament? Aquest objecte incorporat malenconiós que és el pare, així com la relació conflictiva pare-mare, tindrà en sessions posteriors un treball més intens que li permetrà fer una evolució en les seves relacions d'objecte tant internes com externes.

## Sessió 2

Des de l'inici, hi ha una actitud d'indagació mostrant els límits i les dificultats per entendre el que li passa. Situa el problema en ella mateixa, sense projectar-lo en els altres. Accepta que no gestiona bé els seus problemes emocionals i insisteix que vol aprendre a no magnificar-los.

Quant als altres membres del grup, discuteix per diferenciar les idees i veure on és l'origen del seu problema.

## Sessió 5

Als pocs minuts de començar la sessió, una pacient que arriba tard truca a la porta, però no entra a la sala i els terapeutes no van a obrir immediatament. Una altra pacient fa el gest d'anar a obrir la porta i un dels terapeutes li ho impedeix. Els terapeutes aprofiten aquest fet per tractar el tema dels rols de cada un en el grup, i en especial el situa en la pacient que ha fet el gest de voler anar a obrir la porta, sota el pretext "d'ajudar". Com es veurà més endavant en tractar sobre aquesta pacient, Vane, que el que vol fer és una repetició de la usurpació de rols que fa en la seva vida quotidiana.

Aquesta situació promou en la Joana una participació molt activa que fa que es posi en el lloc de l'altre, i intenta reflexionar sobre el que ella faria.

Té una actitud d'indagació sobre els temes dels companys, però com el tema de la confidencialitat ocupa molt temps (a una pacient li preocupa que el seu marit sigui conegut per un dels membres del grup), es manté atenta, però sense intervenir-hi, perquè sembla que ella no té aquest conflicte i es mostra respectuosa envers als altres.

## Sessió 12

L'Andrés explica que la seva parella ha estat àvia. Aquest fet promou l'interès de la Joana perquè ella ha hagut de renunciar parcialment a ser àvia per part del seu fill que és homosexual. L'homosexualitat del seu fill, barrejada amb el fet que en un dels seus episodis depressius la família va decidir que el fill anés a viure amb una tieta, va ser un tema tractat en una sessió anterior en què mostrava el seu sentiment de culpabilitat.

Quan un dels terapeutes assimila el funcionament de la família de l'exdona del Daniel a un funcionament mafiós, ella incorpora la metàfora i la utilitza per fer les seves aportacions sobre el tema.

Es manté molt activa intentant aclarir el que passa als companys i, un en moment determinat, precisa que "aquest és el problema". L'actitud d'identificació dels conflictes i la d'esbrinar-ne els components mostra el seu desig d'indagació. És també una forma d'entrenament per cercar els seus propis conflictes amb menys por.

### Sessió 19

Quan passen 3 minuts des de l'inici, arriba un company del grup, en Juan, i se'n va a la cadira que hi ha més a prop de la porta, on ell no se'n habitua. La Joana fa notar aquest fet dient que és un canvi respecte de les sessions anteriors. A més, situa aquest company en el tema en què s'estava parlant i qualifica de "seriós" donant rellevància al que estava explicant un altre pacient. Aquí mostra la seva capacitat de lideratge fent notar alguna cosa que ha passat en el grup: el canvi de posició en el cercle d'un dels membres del grup. Aquest fet, que podria haver passat desapercebut, o com si no tingués importància, ella el fa notar perquè ha incorporat la funció del terapeuta que, entre d'altres, té la funció de mostrar els canvis que es produeixen en el grup. Podríem dir que el terapeuta, d'alguna manera, "pren acta notarial" del fet.

És la primera vegada que manifesta, d'una forma clara, la seva capacitat de lideratge i ho fa treballant per a la tasca del grup. Aquest lideratge, l'exerceix sense entrar en competitivitat amb els terapeutes, d'una manera molt natural i sana.

Continua amb un paper molt actiu per aclarir la història dels companys fent preguntes amb la finalitat de saber i d'aclarir el que diuen. Aquesta manera de voler conèixer és important perquè la porta a un treball d'indagació que, si bé en aquest moment està dirigit als altres companys, forma part de la tasca del grup i l'apropa a la indagació sobre ella mateixa.

Quan surt el tema de les separacions matrimonials, s'hi interessa molt activament, tot i que ella no ha passat per aquesta experiència concreta. Les separacions són del seu interès per poder elaborar la pèrdua de la mort del seu pare. A més, els seus pares tenien unes relacions conflictives i ella no ha pogut elaborar el conflicte de lleialtat en què es va situar, o els seus pares la van situar, en haver de decidir si era al costat de l'un o de l'altre. Amb la seva participació en el grup, està intentant elaborar d'una manera indirecta el seu conflicte edípic no resolt.

Un tema que altres vegades també apareix, i sobre el qual ella treballa ajudant a situar el grup, és la integració de la dimensió del temps, en què diferencia passat, present i futur. Es repeteix aquí la seva funció de lideratge.

En aquesta sessió, descobreix que suïcidar-se és una manera de fer mal als altres.

Aquest descobriment, que ella manifesta amb sorpresa, és l'aparició d'una idea nova, no pensada fins al moment, que la porta a dubtar en el que ella creia. Fins aleshores, només podia dir-se que el suïcidi era alliberar els altres de patiment, sense poder entrar en la complexitat de l'acte suïcida. En aquest moment, pren *insight* sobre la capacitat d'agressió, sobre la violència que potencialment té i que pot materialitzar amb l'acte suïcida.

### 26a sessió

D'una manera molt distesa i col·laboradora amb el grup, va treballant a través del diàleg sobre les festes de Nadal i el dol per la mort del pare. Aporta experiències bones sobre el Nadal amb records de la infància i ho lliga amb una altra experiència dolorosa, la mort de la seva sogra. Mostra la seva capacitat de tenir en compte els altres, en la ment, podent recordar la sogra. De fet, en el grup, la Joana anticipa una de les funcions que tenen els rituals de les festes de Nadal en general, que és recordar i acceptar l'absència dels que s'han mort o dels que no hi són. L'exemple típic és el del fill que no pot estar a casa per Nadal perquè viu en un altre país.

Relaciona les reunions familiars dels Nadals amb les reunions familiars dels diumenges a les quals no assisteix tota la família, o ho fa de manera més irregular, més lliure, en funció de les preferències que els altres (germanes, nebots...) tenen. Es mostra més flexible en relació amb la família donant llibertat als altres per reunir-se, si ho volen, i acceptant que la resta tingui altres preferències, aguantant bé la ferida narcisista que

això suposa. L'acceptació de la diferència entre els membres de la família mostra la llibertat que els reconeix com a subjectes independents, amb menys necessitats d'establir un control intolerant envers la família.

En relació amb el grup, el tema de la família també li serveix per mostrar més respecte per la llibertat individual que tenen els membres del grup per discrepar, o senzillament tenir diferents formes de veure, sentir o expressar les pròpies vivències.

### Sessió 33

No ve. Truca dient que ha d'acompanyar la filla, de 17 anys, al metge.

Són molt poques les absències que ha fet al llarg del tractament, però el fet de trucar vol dir que té present el grup i que també vol que el grup la tingui present. Trucar és una mostra de respecte envers als altres perquè no el deixa amb fantasies innecessàries sobre el motiu de la seva absència. D'aquesta manera, el grup pot continuar treballant sense estar carregat d'ansietats que, en general, són persecutòries.

### Sessió 38 (penúltima)

Es concreten els seus avenços responsabilitzant-se sense culpabilitzar-se, utilitzant la metàfora d'una manera apropiada i mostrant gratitud envers al grup.

En aquesta sessió, mostra àmpliament els canvis que s'han produït durant el tractament. Se situa en una posició allunyada del fatalisme que inunda els estats melancòlics i dóna protagonisme als seus Jo més integrat. Ja no està sotmesa a un objecte malenconiós integrat que la tirantitza i pot guanyar més llibertat de pensament. Passa de ser un element passiu, patint una malaltia, a ser més protagonista de la seva vida. D'una forma adient, és protagonista de la separació terapèutica.

Mostra més confiança en ella mateixa en dir que han de creure realment en ells mateixos, referint-se als components del grup, i que poden fer alguna cosa per allò que els passa. Encoratja el grup d'una manera realista a treballar i a sortir de la queixa repetitiva amb satisfaccions masoquistes. És molt conscient que el grup s'està acabant i es mostra com a portaveu del grup per posar de manifest l'acabament.

Una pacient obre la sessió dient que el seu quist d'ovari s'ha reduït segons l'última ecografia i el terapeuta proposa la metàfora que els pacients del grup han vingut per



tractar els seus quists. La Joana utilitza aquesta metàfora per parlar del món intern, de mirada interna, de coneixement-desconeixement dels seus quists, i de com ella busca la veritat.

Torna a situar el grup, com ja ha fet en altres moments, en la dimensió temps, i fa referència a l'inici i a la finalització del tractament per ponderar els canvis.

Manifesta que no sap el que ha canviat d'ella en el decurs del tractament : “potser he canviat de xip”. En aquests moments, però, és més concreta que a l'inici del grup, quan parlava del desig d'aprendre. En aquesta sessió, parla d'agafar mecanismes per saber. Està interessada en el coneixement sobre ella mateixa i sobre els altres.

Expressa la hipòtesi que ha après a conèixer millor el que li passa, però sense idealitzacions, valorant també altres ajudes que té, com ara, el metge de capçalera, el psiquiatre i la medicació. Aquesta relativització de la importància del grup permet fer més creïble el reconeixement del treball efectuat en el grup.

Aquesta relativització no es dona només en el grup, sinó que també pot relativitzar els conflictes de les seves relacions socials i ho expressa d'aquesta manera: “Bé, ara trivialitzo perquè... no forma part del meu món”, referint-se a un problema d'una companya. És a dir, pot posar límits a les ansietats dels altres i pot diferenciar el que és seu i el que no ho és. És una manera d'explicar que no es confon tant. Si aquesta capacitat de diferenciar-se la pensem en relació amb els seus conflictes interns, veiem que pot diferenciar-se més dels seus objectes interns sense tenir un Jo confús amb aquests objectes.

Lluny de tenir un discurs racionalitzador parla del dolor. “I tot això he après a gestionar-ho... n'he après! Ara ja no em fa mal... És diferent si parlo de les meves germanes, de la meva mare..., per això..., haig de continuar donant-li voltes al quist”. “A això, haig de donar-hi més voltes, mirar-ho més, però que... sí, haig de modular-ho més”. En incorporar la paraula quist per part del grup, i la Daniela en aquest moment és la portaveu, el grup utilitza un vocabulari compartit que facilita la cohesió del grup.

Planteja que una manera d'entendre les coses és interioritzar que, per ella, és mirar-se dintre. Fa referència a la música que, de fet, és un element que ajuda a connectar-se amb quelcom interior. Explica que es posa a escoltar música, però que deixa de sentir-la

perquè el seu pensament se'n va als esdeveniments que ha viscut aquell dia i com ha estat ella en relació amb els altres.

Hi ha un moment en què aparentment no existeix un conflicte extern i el malestar no troba una explicació externa. Aquest malestar, però, no la deixa passiva i busca relacions que la fan connectar amb els seus somnis. Es pregunta pel contingut dels seus somnis, mostrant així com ella dona un paper rellevant als continguts inconscients, als quals no té un accés directe.

Per completar la capacitat de connexió-associació que mostra en aquesta sessió, relaciona els continguts inconscients amb el cos, “*¿Qué habré soñado esta noche? Muchas veces me lo pregunto. ¿Qué habré soñado esta noche para levantarme así, ya que parece que me pinche algo? Que tenga esa pinza en el estómago... que no me deja respirar...*”

És dels pocs pacients del grup que pot fer una connexió tan clara entre els continguts inconscients i l'expressió dels conflictes a través del cos. D'aquesta manera, es responsabilitza del funcionament del seu cos que no és aliè al funcionament del seu inconscient.

Al final, pot deixar de projectar el seu malestar en els altres, amb la qual cosa deixa d'utilitzar els mecanismes defensius que empobreixen el Jo, com són la identificació projectiva, la negació i l'omnipotència.

Tot i així, el tema del suïcidi està present, encara que d'una manera menys angoixant que al començament.

### Sessió 39 (última)

Després d'interessar-se per com estan els altres, parla del malestar, com allò que tothom porta a sobre, és a dir, l'universalitza. No obstant això, lluny d'acceptar-lo de manera masoquista, planteja la transformació del malestar: “El malestar ens porta a altres coses, a no saber com transformar aquest malestar, com digerir-lo per no culpar-nos... sinó, bé, fer una autoanàlisi de cada un de nosaltres... No és culpa de ningú..., però clar! En aquest moment et molesta.”

La pacient s'adona de la responsabilitat que cadascú té sobre el propi malestar, no per la via de la culpabilització, sinó per la via de la comprensió, acceptant el que li correspon dels motius del seu malestar per fer-se'n càrrec.

Amplia la perspectiva de temps en aportar al grup un comentari sobre com que hi ha persones que estan malament i necessitarien un psiquiatre o un psicòleg. Diu que ella també es trobava així fa 5 anys, però ara està diferent. Explica que utilitza el temps per poder retardar l'acció i no reacciona ràpidament com ho feia abans quan s'enfadava, “ i compto fins a deu i dic...”. És aquest retard en l'acció el que li permet pensar millor, tenir mentalment la dimensió temps i poder-la utilitzar també. Li permet distanciar-se i diferenciar el que li passa a ella (i aquí inclou el grup) i el que passa als altres.

A diferència de la 2a sessió, en què es declarava incapaç de gestionar el seu malestar, en aquesta sessió explica com ho fa actualment. Parla de com està motivada i dels seus reptes. Ja no és la dona deprimida que no té força per anar a treballar.

### **Conclusions Joana**

La Joana, a partir de la mort del pare, entra en un estat depressiu recurrent amb èpoques en què es refugia al llit i no pot anar a treballar. A més, ha fet dos intents de suïcidi. Presenta un trastorn depressiu greu, recurrent.

Des de l'inici del grup, es pot observar que té recursos per poder pensar en els seus conflictes, malgrat la gravetat del seu quadre clínic. El desig d'aprendre, la sensibilitat pel dolor dels altres, un cert reconeixement dels seus límits, la sinceritat a l'hora d'expressar les emocions, inclosa la ràbia, formarien part d'aquestes capacitats inicials.

La psicoteràpia afavoreix la diferenciació, i ella es posa ràpidament a treballar per diferenciar on són les responsabilitats, com han estat les històries, tant les seves com les dels seus companys, i diferencia també el temps en passat, present i futur.

El treball en el grup, d'una manera progressiva, li permet arribar al final del tractament manifestant agraïment al grup i una descripció realista de la seva situació.

La relació amb un objecte melancòlic, tant present a l'inici, ha anat perdent força. Així, la culpa persecutòria que es manifesta en els moments en què està deprimida o quan

parla de les festes de Nadal ha evolucionat envers un sentiment de culpa amb ansietats més depressives dirigides a la preocupació pels altres, tant pels membres de la seva família com pels altres membres del grup. També es veu com ha pogut evolucionar el seu conflicte edípic conciliant les figures parentals amb més realisme, sense viure-ho de manera dissociada. Pot acceptar aquesta dualitat, bo i dolent, viscudes al mateix temps rebaixant la idealització. Hi ha una major tolerància a les ferides narcisistes que li permeten adaptar-se millor a la realitat externa.

L'interès per un aprenentatge, que es manifesta des de l'inici, troba la seva expressió màxima en la penúltima sessió amb la utilització de la metàfora del quist. (Quist: producció patològica en forma de bossa closa, proveïda de coberta, que conté una substància líquida o semilíquida).

La utilització de la metàfora del quist, que implica un bon nivell de simbolització i que és molt suggeridora en el context en què s'utilitza, es complementa amb el lligam que fa de la finalització del tractament. Tant una cosa com l'altra, metàfora i finalització del tractament, impliquen una separació de l'objecte que, en el seu cas, era un objecte malenconiós que la tenia tiranitzada.

L'evolució del seu pensament també la podem veure a la penúltima sessió, quan amb les seves manifestacions mostra la incorporació de la funció analítica que ha adquirit al llarg del tractament. (Aquesta funció analítica és l'objectiu fonamental de les psicoteràpies dinàmiques que es tractarà més endavant, a l'apartat de la discussió).

En els factors terapèutics Yalom (2000) es proposa que el terapeuta ha d'estimular en tota psicoteràpia de grup. En el cas de la Daniela, podem observar que és ella mateixa qui els utilitza, talment com si fos ella la terapeuta i sense que aquest rol entri en rivalitat amb els dels terapeutes de grup.

És dels pocs pacients que parla, al final del tractament, de fer alguna cosa inconscientment. El concepte l'utilitza d'una manera adient, viva, en el seu relat. També és dels pocs pacients que relaciona els somnis com a expressió del inconscient, amb les alteracions en el seu cos i el malestar físic. No està espantada per fer coses inconscientment, com hi ha persones que ho fan, i neguen la seva responsabilitat com si l'inconscient no formés part d'ells mateixos.

### Comparativa Pre-tractament - Post-tractament

	Pre-tractament	Post-tractament	Diferència
<b>HRAS</b>			
Ansietat física	16	6	10
Ansietat somàtica	12	2	10
Ansietat total	28	8	20
<b>HRDS</b>			
Total	19	4	15
<b>SF-12</b>			
CF	40.26	42.66	2.4
CM	29.47	49.88	20.41

(HRAS) Hamilton Rating Anxiety Scale; (HRDS) Hamilton Rating Depression Scale

Qüestionari de qualitat de vida SF-12,( CF), Component físic,(CM) Component mental

### Vane 43 anys

La Vane és una dona amb dos fills que es va separar fa uns anys i, a continuació, va anar a viure amb una nova parella també separada amb dos fills. Al cap de poc temps d'aquesta nova relació, l'exdona de la seva actual parella va tenir un accident vascular cerebral que la va deixar molt afectada i depenent.

Fa més de 15 anys que anava al Centre de Salut Mental, on feia un seguiment amb un psicòleg que tenia un caire evocatiu, i probablement reforçador de satisfaccions masoquistes que la relació amb el psicòleg alimentava.

La metgessa de capçalera va enviar la pacient al centre de salut mental pels seus episodis depressius de llarga evolució i per ansietat.

Coincideix la seva incorporació a la psicoteràpia de grup amb la seva baixa laboral per un enfrontament amb la mestressa de la botiga on treballava. La queixa inicial a l'entrevista d'avaluació és que la mestressa de la botiga la volia apartar del contacte amb les clients quan, segons la Vane, era ella la que feia que la botiga tingués clients.

### 1a sessió

Després de presentar-se pel nom i l'edat, els membres del grup expliquen el que creuen que els passa. Ella no ho pot fer i diu que no pot parlar com ho fan els altres. Plora, així que tot el grup està pendent d'ella. D'aquesta manera, mostra el seu funcionament d'una manera força espectacular. Acapara l'atenció, es mostra dèbil i exhibeix aquesta debilitat.

Ben aviat es posen de manifest les seves defenses i algunes de les seves característiques com en el moment en què diu que admira la Joana per ser capaç d'explicar el que li passa. D'aquesta manera, mostra, a través de la identificació projectiva, com es desfà dels seus aspectes envejosos, de manera que la Joana se sent força incòmoda. La seqüència que mostra aquest mecanisme és quan diu: "...no tinc por que m'ataquin... és que no puc tenir l'impuls com l'ha tingut ella, jo l'admiro!" Una "admiració" que venia de només uns minuts des que havia començat el grup, i que sembla fora de lloc o de temps per la precipitació amb què és expressada. Mostra l'ansietat de tipus persecutori per l'enveja que ràpidament li desperten alguns membres del grup.

El desig de centrar l'atenció provoca un tipus de comunicació força buida, sense continguts concrets, amb evasives i amb facilitat per crear polèmiques sense profunditat.

D'una manera repetida, diu que ella no pot parlar o només pot fer-ho si li pregunten, però no pot parlar d'una manera espontània perquè està molt pendent del que pensaran els altres i llavors s'escolta a si mateixa i explica que això li ha passat sempre.

La tendència en aquesta sessió és a enganxar-se a un diàleg de "polèmica". Naturalment, es discuteix amb persones que tenen la seva mateixa tendència a "polemitzar", però a diferència dels altres, ella no té més recursos que puguin equilibrar aquesta forma de relació, i les seves aportacions són més pobres.

Contínuament, està corregint el que diuen els altres, afegint petits comentaris en lloc de relatar la seva història.

Tanmateix, sí que mostra a través de la seva actitud i dona una imatge d'ella mateixa com una persona sacrificada pels altres, de manera que s'hi entrega i els dona tant que diu que aquesta és la causa dels seus problemes.

El temor a ser atacada de manera retaliativa, –per com ha estat incomodant i interferint la tasca del grup– es posa de manifest quan acaba la sessió i quan ja tots s'estan

aixecant i diu: “Una altra cosa. Segurament he dit alguna cosa que s’ha malinterpretat, però no ha estat amb una intenció dolenta”. El grup li diu que no es preocupi per tranquil·litzar-la. Necessita marxar del grup més tranquil·la perquè sap, inconscientment, que ha interferit en la tasca i que ella ha aconseguit controlar el grup amb les seves intervencions.

## 2a sessió

Al començament, està ansiosa per dir que l’han acomiadat de la feina (estava de baixa laboral) i que ha estat un alleugeriment perquè el que li feia por era haver d’incorporar-s’hi i haver d’afrontar la situació conflictiva que tenia amb la mestressa de la botiga on treballava. Diu que no veu just l’acomiadament ni l’entén, però que està més tranquil·la.

Malgrat dir que vol entendre el motiu del seu acomiadament, no mostra cap dubte sobre la seva actitud i es reafirma en la injustícia que han comès amb ella.

Per ella, la feina era important perquè se sentia estimada per les clientes i diu que ho necessita per estimar-se ella mateixa. Aquesta és la seva manera d’explicar la dependència que té dels altres.

Aquests altres, siguin les persones de la seva família, de la feina o del mateix grup, són els que, amb les “seves mostres d’amor”, alimenten un narcisisme fràgil en què ella se sacrifica pels altres i són els altres els que la necessiten, de manera que en nega la dependència.

Quan la terapeuta proposa, per les diferents intervencions dels membres del grup, que tots tenen una idea de grup com lloc d’aprenentatge, ella diu que no ve al grup per aprendre, ve per estar millor. És a dir, vol un canvi sense aprendre. Rebutja la paraula *aprendre* perquè la situa en una posició de dependència que no tolera. Ella només pot donar als altres, que són els que tenen les carències, en aquest cas de coneixement.

En aquesta sessió, pot explicar que ella va agafar el lloc de la mestressa de la botiga i que les clientes la preferien a ella. Aquesta rivalitat amb la mestressa provoca que ella la visqui com un maltractament. Suposem que la mestressa de la botiga devia estar molesta per la seva actitud i defensava el seu lloc de comandament. Aquesta percepció de maltractament, la relaciona amb la vivència de maltractament viscut amb el seu

exmarit en què també se sentia humiliada. Reforça aquesta idea d'humiliació plorant en el grup i situant-se com a víctima del sadisme dels altres.

D'una manera clara, mostra el seu funcionament quan rebutja la paraula maltractament, proposada pel terapeuta i, a continuació, diu: "o sigui, jo em sentia amb l'autoestima baixa i em preguntava si jo ho feia malament... perquè no crec que ho fes malament". D'aquesta manera, ella mostra la seva incapacitat per conèixer que és el que feia malament. Aparentment, s'ho pregunta, però la resposta és la negació, "*no creo que lo hiciese mal*".

L'enveja, que ja es va posar de manifest en la primera sessió, torna a sortir en forma d'admiració vers al Juan: "Jo crec que és l'únic del grup, jo el que veig més clar és a ell. Dels que som, sembla que el que ho té més clar és ell". El terapeuta hi intervé per disminuir la càrrega d'enveja amb tota la seva agressivitat i diu: "tampoc és cosa de agafar-li enveja! (al Juan). Aleshores, ella respon: "També hi ha l'enveja sana". És a dir, ella pot reconèixer la seva enveja si està desproveïda de la seva característica essencial, que és la destrucció de l'objecte en apropiar-se dels valors.

#### 5a sessió

Molt a l'inici de la sessió, per sortir d'un Supòsit Bàsic de Dependència, el terapeuta convida el grup perquè el mateix grup dirigeixi la sessió amb les seves aportacions. La Vane reacciona dient que ella és dels que parlen i les altres persones estan callades. El seu missatge és confús, però se situa com un dels protagonistes principals. El seu discurs no arriba molt lluny i ràpidament s'agafa a la idea de la Carmen, que busca com a model de grup el que ha vist a les pel·lícules. A diferència de la Carmen, que fa una associació amb un model que està fora del grup, la Vane s'agafa a les paraules concretes de la Carmen. Aquesta manera d'intervenir, reaprofitant paraules o idees molt concretes dels altres és una constant d'ella en les sessions i mostra les seves mancances per trobar símbols o punts de referència simbòlics, cosa que demostra les seves dificultats en els processos de separació (l'accés al món simbòlic arriba a través de la separació de l'objecte i el reconeixement de la independència respecte al subjecte).

La forma adhesiva amb què es relaciona la Vane es posa de manifest quan s'afegeix al que diuen els altres tant si és per confirmar una idea com per rebutjar-la. Si algú diu que necessita més confiança, ella també expressa que necessita més confiança. Si algú



afirma que el temps es fa curt, a ella també se li fa curt, però es perd ràpidament en les seves argumentacions sense aportar material nou perquè el grup pugui treballar.

En aquesta sessió, hi ha un fet especialment revelador de les seves defenses i de l'evolució de la Vane en el grup, que es detalla en l'última sessió i que, com és veurà, indica com en aspectes fonamentals no pot evolucionar al llarg del tractament.

Es tracta del fet següent: la Natàlia arriba tard i truca a la porta sense entrar-hi. Passats uns segons d'espera i de silenci del grup, el terapeuta va a obrir la porta i fa entrar la Natàlia. La Natàlia vol seure a la cadira on seia el terapeuta i aquest li diu que aquella era la cadira on ell estava assegut. Aquest fet dóna per parlar de quin és el lloc de cada un, en el grup o en altres indrets.

La Vane es manifesta dient que ella hauria anat a obrir la porta per no fer esperar la Natàlia. D'aquesta manera, ella demostra com és de bona i com fa coses per als altres. Quan el terapeuta li qüestiona si aquesta és la feina d'ella en el grup o bé la seva tasca és una altra, es queda una mica "fora de lloc". Aquí, ja es pot veure la tendència de la Vane a posar-se en un lloc que no li correspon i es vol posar en el lloc del terapeuta: volen obrir la porta de la sala perquè entri la Natàlia.

Si bé és cert que més endavant s'emociona, plora en silenci quan en Daniel relata una situació que li havia generat molta violència en rebre els atacs de la família de la seva dona, la Vane no torna a intervenir fins que s'adhereix al relat de la Montse quan ella explica que hi ha persones en el grup que es coneixen perquè viuen en el mateix barri. Aquesta adherència per voler ser com els altres la porta a identificar-se tant, que porta la confusió al grup, la qual cosa condueix al terapeuta a intervenir per clarificar i diferenciar les situacions.

Es manté plorant molta estona sense que es puguin saber-se'n els motius i, quan és l'hora d'acabar, el Juan li vol donar peu perquè la Vane parli. Com el terapeuta talla aquesta possibilitat per tal d'impedir que ella allargui la sessió, cosa que la molesta. Li molesten els límits.

## Sessió 12

No ve, no avisa

## Sessió 19

Intervé, comentant amb estranyesa, la brusquedat amb què la parella de l'Andrés s'ha separat i afegeix que "les separacions treuen el pitjor de cada persona". El terapeuta li pregunta què és el que la seva separació va fer sortir en ella. Aleshores, respon amb evasives, però el terapeuta hi insisteix perquè expliqui què és el que ella va fer malament. Després de molta insistència, diu que el que va fer malament va ser deixar-lo perquè s'havia enamorat d'una altra persona. En el seu relat, no hi ha cap autocrítica. Es mostra com una persona sacrificada, de manera que, fins i tot, estant en procés de separació, ella encara li feia el menjar, tot i que tota la família li deia que no ho fes. Però ella ho feia de forma sacrificada.

Quan la Joana li diu que la forma en què cada un viu la separació és diferent, ella s'hi oposa dient que tot és al 50%. És a dir, mentre la Joana fa una proposta basada en la subjectivitat que pot ser diferent sobre un mateix fet, ella en fa un registre basat en la culpa. Una culpa repartida al 50%, però que en realitat l'atribueix a l'altre el 100%. És una forma de mostrar com ella, en aquest moment, està en un registre paranoide, és a dir, en una relació d'objecte parcial.

Quan el Daniel fa costat a la Joana en aquest punt, ella continua explicant que va viure molts anys de maltractament psicològic i que en feia 7 que anava al psicòleg. D'aquesta manera, justifica la separació. Nega repetidament la seva responsabilitat en la separació i aprofita per donar una idea de ser una dona maltractada pel seu exmarit.

El terapeuta segueix insistint perquè ella pugui esmentar alguna cosa que ella pensi que pot haver fet malament, o pugui explicar la seva agressivitat. Al final, diu que faria mal a algú físicament pels seus fills, amb la qual cosa queda justificada la seva agressivitat i, per tant, evita els sentiments de culpa.

No obstant això, el seu relat serveix per explicar alguns episodis de la seva vida d'una manera més clara, com ara, les relacions que mantenia amb les seues sogres o la seva relació amb l'exmarit, encara que fos en clau de victimisme.

En les seves intervencions posteriors, es veu que no pot escoltar els altres, o bé només pot fer-ho si ella s'hi pot comparar. Mostra, així, de manera repetida, la seva enveja.

Es queda plorant una bona estona i les dues intervencions que fa al final no modifiquen el discurs dels altres membres del grup, com si no la deixessin ocupar més espai.

## Sessió 26

En aquesta sessió no intervé per fer comentaris sobre el que diuen els altres, possiblement perquè arriba tard.

Animada pel terapeuta, fa una primera intervenció per recordar el que va dir el Juan a la sessió passada i que, avui, de manera inexplicable, no ha vingut. Diu que deu ser a causa del temps atmosfèric i que ella aquesta setmana està pitjor. Pregunta a la Joana com està avui, sense esmentar que a la sessió anterior la Joana es va enfadar obertament amb el terapeuta.

La Joana comenta que està més tranquil·la, cosa que sembla desconcertar-la, però ella continua parlant que ella ha estat malament en començar la setmana, sense concretar de quina manera. Només pot atribuir-ho al temps atmosfèric.

Quan el terapeuta fa la hipòtesi que el malestar a què ella es refereix pot suggerir un buit, una insatisfacció, quasi perpetua, ella replica: “No, però..., amb mi mateixa”. Aquesta resposta suggereix que ella és la font i l’objecte de la relació. És la manera que té per fer referència a la seva buidor, que no espera que s’ompli des de fora, amb la relació amb l’objecte, i la situa en un estat narcisista empobrit.

Aprofitant que ella parla del temps i fa referència al Nadal, tot i que la sessió té lloc el mes de setembre, el terapeuta aprofita per treure el tema de les festes nadalenques. El terapeuta diu: “Una època complicada, els nadals!” Aleshores, ella respon: “Sí, i gràcies a Déu que tinc els meus pares... i no obstant això, sento malenconia... Estic desitjant que passin... em fa pena pels meus fills.”

A la següent intervenció diu que ha de posar l’arbre..., que li queda bé..., però ho fa pels seus fills. Una vegada més mostra que no fa les coses per satisfer les seves necessitats, sinó les dels altres i d’una manera sacrificada.

Reiteradament diu que no li falta ningú de la família i ho amplia més endavant dient que ella anticipa les absències abans que passin. Aquest tema anticipat de l’absència dels pares fa pensar en la seva dependència i en la por a quedar-se sola.

Pot explicar, després que el terapeuta hi insisteixi, que les reaccions amb els pares de l’actual parella són dolentes i que ells no es van portar bé amb els seus fills. Aclareix una mica més endavant “Vull que m’estimin”, de manera que és més una exigència que

una petició i mostra el seu drama intern. El temor al fet que no l'estimin, o la confirmació que no l'estimen, provoca una ferida narcisista intolerable, de manera que intenta desplegar totes les accions possibles per no sentir aquesta ferida.

Aquesta situació de Nadal, la porta a comentar que no troba una explicació al seu malestar general, però els intents per acostar-se a una autèntica indagació són rebutjats contínuament.

Finalment, relaciona el seu malestar amb el fet que no té feina, la qual cosa incrementa la seva sensació de buidor.

Com que el grup no deixa el tema dels Nadals i es continua parlant de la família, és més explícita amb les dificultats que té amb els seus sogres actuals i els compara amb la mare de l'exmarit, que era com una segona mare, molt idealitzada.

Aquesta manera d'explicar-ho suggereix amb quin tipus d'objectes es relaciona. Els objectes són o molt bons o molt dolents, sense gaires matisos. En realitat, és un tipus de relació d'objecte parcial en què l'objecte bo és idealitzat. El seu Jo s'identifica amb l'objecte parcial, idealitzat, i es converteix en un Jo ideal. Per tant, no hi ha lloc per un ideal del Jo, en què sempre hi ha el reconeixement d'una mancança, un dubte o una expressió de necessitat.

Com és repetiu en ella, s'afegeix a un comentari d'un company per identificar-s'hi: "Aquesta sensació, la tinc jo també". Aquesta forma d'identificar el que li passa a través del que diuen els altres, a part dels aspectes envejosos abans descrits, mostra com ella no pot fer una mirada interna per identificar el que li passa i ha de recórrer a les descripcions i models que li presenten des de fora.

### Sessió 33

No ve, no avisa

### Sessió 38 (penúltima)

A causa del seu silenci, probablement perquè el grup està treballant i utilitzant un llenguatge metafòric, el terapeuta intenta que ella hi participi fent esment al judici que ha tingut pel seu acomiadament laboral. Ella intenta expressar com se sent i vol utilitzar la metàfora com ho fa el grup, però no pot. El seu llenguatge és molt concret. Fa

referència a les llagues que té a la boca com a resultat dels seus “nervis” per l’espera del resultat del judici, però la seva expressió emocional és pobre. La seva presentació de les coses és molt concreta i la seva argumentació també és pobre.

S’afegeix al discurs del Daniel dient que ella també fa esport. L’expressió “Jo també” és la seva constant en el grup.

La seva visió del que és la vida es queda en percepcions sensorials, cosa que es torna a veure quan, referint-se a l’esport, diu “Com qui diu... vius, i quan corro, veig la gent i dic: estic vivint!” Si bé la sensació de vida és comuna en el moment en què s’entra en contacte amb el cos, per ella, es converteix en una forma, sinó única predominant, de contactar amb una vivència interna de vida lligada a la sensorialitat.

Continua buscant la polèmica amb què fer-se present en el grup, sense que les seves aportacions portin a aprofundir en els temes. En aquests diàlegs de polèmica, bé contradiu a l’altre o bé li dóna la raó quan els arguments no se sostenen. Per exemple: justifica que ara no pot córrer perquè està molt prima i corrent crema molta energia. El company li diu que pot caminar. Ella li dóna la raó sense gaire convenciment. Aquests diàlegs que ella força són força buits, molt racionalitzadors, estan al servei de la descàrrega evacuativa i s’utilitzen per mantenir un control sobre l’altre i, per extensió, sobre el grup.

Amb la creació de polèmiques amb un company del grup, a més de la necessitat personal de control, serveix inconscientment per entretenir el grup i situar-lo en un Supòsit Bàsic d’Aparellament.

El grup, en aquesta sessió, està utilitzant la metàfora del quist (element intern no visible que conté detritus, assimilable a les experiències viscudes no digerides que hom guarda en el seu aparell psíquic) i ella es manté amb un llenguatge concret. Les seves frases són inacabades i difícils d’entendre. Es podria dir que parla per parlar sense dir res.

Torna a dir que no suporta el que no l’estimin, de manera que el terapeuta intenta explorar més aquest tema repetitiu en ella. La seva resposta és que creu que alguna cosa no ha fet bé i per això no l’estimen. Però, a continuació, relata com sempre que ha d’estar fent coses bones pels altres, ja sigui per la mestressa de la botiga com pels pares. Arriba a acceptar de manera explícita la seva lluita: fer més perquè l’estimin més d’una manera insaciable.

Cal destacar com, portada pels membres del grup a prendre consciència de l'acabament del grup (som a la penúltima sessió), ella no reconeix haver rebut res del grup. Aquest atac i desvaloració que intenta suavitzar dient "no vull dir que hagi estat culpa de ningú", està lligat a l'acabament i a com viu el que no l'estimin. Acaba expressant que el fet que la deixin és per ella deixar de ser estimada. No ho suporta i reacciona amb agressivitat.

Descriu la seva evolució, o absència d'evolució, en el transcurs del tractament la seqüència següent (resumida):

*"Vane: Però, perdoni, doctor, jo sí que crec que et veus en un mirall quan interiorment estàs malament..."*

*Terapeuta: Com?*

*Vane: Jo em veig diferent. La cara és el mirall de l'ànima.*

*Terapeuta: Si però vostè no sap el que li dol, el que li fa mal... De què està compost aquest quist...; què és el que l'ha trastornat... Què li ha alegrat la vida? Això, mirant-se al mirall, no es pot veure... S'ha de veure entrant en relació amb l'altre.*

*Vane: Però, si és que a la millor no n'hi ha un altre.*

*Terapeuta: Com que no hi ha un altre?*

*Vane: Sí, a la millor és un mateix! Potser el problema, el té amb un mateix! És això el que jo no entenc. Per què hi ha d'haver un altre?*

*Terapeuta: Un existeix en tant que existeix l'altre.*

*Vane: És això el que no entenc.*

*Terapeuta: És clar, és una manera de poder donar una mirada interna a través de la relació amb l'altre.*

*Vane: És això el que jo no entenc. Què té a veure l'altre?*

*Terapeuta: Si no fos així, cadascú estaria ficat a la seva caixa i seria autosuficient. I, això no és veritat.*

*Vane: Jo, és que no entenc el que vol dir... Jo estic malament i jo, amb els meus fills, ara estic genial, amb el meu marit..., amb tots..., o sigui, no sé! Jo crec que el problema és en mi mateixa, en mi i en el mirall quan em miro, però no sé què vol dir amb l'altra persona.*

Aquesta és la manera més clara que té d'expressar el reduït món narcisista en què viu. No pot reconèixer que es pugui anar més enllà de la superficialitat que es pot veure en el mirall. Per tant, té dificultats per experimentar una mirada interior així com el reconeixement de l'objecte.

En el moment en què es fa referència als objectes externs (d'una manera concreta), no entén que els altres puguin ajudar-la a fer una mirada introspectiva. La seva mirada es queda en la imatge que el mirall li retorna de manera concreta.

### Sessió 39 (última)

Comença anunciant que s'ha resolt el judici que tenia pendent per l'acomiadament. Es troba molt satisfeta per la indemnització. El fet que l'hagin de pagar, el presenta com un triomf envers la seva rival, la mestressa de la botiga. Es troba alleujada perquè va veure la mestressa malament.

Ella rebutja la possibilitat que planteja el terapeuta d'haver d'assumir una part del malestar que ocasiona l'absència d'una persona del grup, la Montse. Aquest rebuig mostra la baixa tolerància a la frustració que ha tingut de manera invariable durant el tractament.

Tanmateix, sí que hi ha moments en què sembla que hi ha un petit reconeixement del grup quan diu que la seva mare li ha dit que ella (la mare) hauria de fer una psicoteràpia de grup. Però el model que ella té en el cap ve representat per la seva mare i és que les psicoteràpies de grup serveixen "para sacar", és a dir, per expulsar el malestar de forma evacuativa. Així és com ella utilitza les psicoteràpies. Aquesta és la finalitat buscada i la que ella ha aconseguit amb el tractament.

És significativa la seva intervenció: *"El que jo donaria, qualsevol cosa, per sentir la seguretat que senten, aquesta seguretat que tenen o aparenten la major part de les persones... jo donaria el que fos per això"*. Mostra, en aquest moment, com les defenses primitives que ella habitualment utilitza –la Identificació Projectiva o la dissociació de

l'objecte—, li produeixen una inestabilitat notable que no la fa sentir segura d'ella mateixa. És aquest moviment continuat defensiu el que la fa sentir inestable i insegura.

D'altra banda, sembla que aparentant seguretat, ja en tindria prou. De fet, aquesta és una idea apropiada a la percepció que té ella de si mateixa vivint d'una manera superficial. Viu en la pell psíquica en compte d'utilitzar la pell com a barrera de contacte entre el món intern i el món extern. Podríem dir que habita en la seva pell, de manera que queda un buit intern del qual ella sovint es queixa.

Té dificultat per acabar el grup, cosa que es posa de manifest quan proposa que l'experiència de grup es pot repetir en el futur. En canvi, els altres membres del grup poden acceptar l'acabament pensant que tindran els companys en la memòria. Per contra, per ella aquesta possibilitat no existeix. Per aquest motiu, proposa que es tornin a trobar a fora del grup un cop acabada l'experiència.

Quan el terapeuta planteja que puguin sortir de l'etiqueta de “deprimits”, ella suggereix l'etiqueta “d'insegura”, per si mateixa. Ho fa amb molta seguretat. No pot entrar en la proposta del terapeuta perquè ella viu en aquesta etiqueta o en altres etiquetes que li serveixen per relacionar-se amb les altres, sense poder trobar una forma més genuïna de viure.

Per moments, accepta les seves pors parlant de les situacions noves com en feines noves. És un relat sincer que amplia explicant on ha treballat i les seves perspectives laborals actuals.

Torna a sortir, com en anteriors sessions, “necessito que m'estimin per estimar-me a mi mateixa. No hi ha una altra”. Per finalitzar el tractament, mostra la seva exigència perquè els altres l'estimin, i com que el terapeuta no es manifesta, l'ataca desvalorant el tractament.

Inicialment, el terapeuta esquiva els atacs. Més tard, explica d'una manera clara, per a la resta del grup, però i no per a ella, com es posa en lloc dels altres i aprofita per dir que el terapeuta ho ha fet molt malament, que s'ha sentit tractada amb poc tacte i que ells creien, a l'inici del grup (i aquí inclou a tot el grup), que el terapeuta no tenia ànima.



Com els atacs són forts, el terapeuta intenta mostra-li com ella es posa en lloc dels altres. Ella ho nega amb vehemència i se sent tan ferida que diu que el grup no l'ha ajudat, que el terapeuta no l'ha ajudat gens.

Es posa a plorar, cosa que la converteix en víctima d'un maltractament repetit per part del terapeuta, segons ella. Acaba el grup de la mateixa manera que va començar, plorant.

Una de les seves últimes intervencions és per justificar el seu enuig i plor, i diu: *“I, no m'estic fent la víctima!”*

### Conclusions Vane

El fet que tant a l'inici del tractament com al final la Vane mostri unes defenses similars, demostra l'absència de procés evolutiu en el curs de la psicoteràpia.

En efecte, pel que fa a la relació d'ella amb el grup, es pot concloure que comença manipulant-lo en presentar-se com a feble, aconsegueix ser el centre d'atenció per provocar llàstima. Acaba de la mateixa manera a l'última sessió: es presenta com a víctima d'un terapeuta que “no té ànima”.

La repetició continuada, sense cap tipus d'evolució en la seva manera de pensar, en la seva actitud, mostra la cronificació de les seves defenses, que podríem adjectivar de “petrificades”.

No varien durant el tractament: la culpa persecutòria, la negació, la idealització de l'objecte i les manifestacions de l'enveja.

Entenem que deu haver estat notable la seva dificultat per separar-se dels objectes ja en el seu desenvolupament primerenc, així com la baixa tolerància a la frustració en les primeres etapes de la vida. Segons M. Klein aquestes etapes estan relacionades amb la formació de símbols (Klein, M. 1930).

La necessitat de fer coses pels altres és el que li dóna identitat, però una identitat molt fràgil que la fa estar contínuament pendent del reconeixement dels altres i molt intolerant amb el fet que no la mirin o que no l'admirin.

Així com d'altres pacients i la pròpia dinàmica del grup suggereixen problemes tècnics en la conducció de la PPG, la Vane suggereix el problema tècnic de la selecció, les indicacions i les contraindicacions de la PPG.

#### **Comparativa Pre-tractament - Post-tractament**

	Pre-tractament	Post-tractament	Diferència
<b>HRAS</b>			
Ansietat física	23	12	11
Ansietat somàtica	17	8	9
Ansietat total	40	20	20
<b>HRDS</b>			
Total	21	9	12
<b>SF-12</b>			
CF	40.63	49.27	8.64
CM	35.78	38.16	2.38

(HRAS) Hamilton Rating Anxiety Scale; (HRDS) Hamilton Rating Depression Scale

Qüestionari de qualitat de vida SF-12,( CF), Component físic,(CM) Component mental

### **Andrés 51 anys**

L'envia el metge de família perquè presenta ansietat i símptomes depressius des de fa uns mesos, quan va agafar la baixa laboral perquè no podia aguantar més la situació laboral, en què era maltractat amb insults continuats. Treballava en la cuina d'un restaurant.

Els ansiolítics i els antidepressius que prenia no el feien sortir de la situació d'*impasse* i no es veia capaç de tornar a la feina.

Vivia des de feia 15 anys amb una dona, amb qui es va casar, que ja tenia 4 fills d'una parella anterior, 3 dels quals estaven emancipats quan es van casar i només en quedava

un a casa, la petita. No queda clar la diferència d'edat, però la idea que els terapeutes es fan és que ella deu ser més de 15 anys més gran.

### 1a sessió

Amb molta ansietat, es presenta amb el nom i l'edat. És el primer a explicar què li passa. Des de fa 4 anys, quan el restaurant va canviar d'amo, el tant el nou propietari com la seva dona van començar a fer-li la vida impossible: l'insultaven a cada moment i trobaven malament tot el que ell feia.

Aquesta explicació de la seva situació va acompanyada de l'esperança que el grup aniria molt bé a tots. El to és quasi hipomaniac i està fora de lloc clarament quan fa tot just uns minuts que acaba de començar el grup.

Després d'aquesta primera intervenció, ja no torna a parlar més en tota la sessió.

### 2a sessió

Es manté en silenci fins que el terapeuta diu que estan parlant de la feina i ell no en diu res.

Llavors explica que ell un dia "es va perdre", va sortir de casa i no sabia tornar-hi; no sabia on era i, arran d'aquest fet, li van donar la baixa laboral. Té tanta por d'anar a treballar que evita passar pel davant del restaurant i fa una gran volta per anar a casa de la seva mare, de manera que evita la possibilitat de trobar-se als amos del restaurant. Se sent espantat i no surt gaire de casa.

Animat pel terapeuta, continua explicant que ha estat 27 anys treballant en el mateix lloc, però va ser fa 4 anys que el restaurant van canviar d'amos i va ser quan va començar a tenir problemes perquè li feien un maltractament continuat i l'insultaven repetidament. Explica que ell, en aquest lloc, no havia tingut mai problemes.

Té por d'encarar-se amb els propietaris del bar i preguntar-los per què fan això. Fa 5 mesos va agafar la baixa laboral i no se sent capaç de tornar a treballar.

Afegeix que té la feina en el mateix barri on ha crescut i on viu i que, un dia, va començar a caminar, es va perdre i no sabia on era. Des d'aquell moment ja no es va

veure capaç de tornar a treballar. Entenem que va fer un episodi dissociatiu de manera i suposem que tant ell com la família es devien espantar.

Es posa de manifest la dificultat del grup a defensar-se i la d'ell en particular per evitar una situació violenta.

No torna a intervenir més en tota la sessió, no participa en els debats amb els altres, no opina ni s'implica en els temes que van emergint durant la sessió.

A la forma tan pobra d'expressar-se, s'hi afegeix que no interacciona amb els altres, es queda en silenci i "desapareix" del grup, tot i ser-hi present.

### 5a sessió

Com passa en les sessions anteriors, no hi intervé fins que el terapeuta l'anima a fer-ho i explica com evita encarar la seva situació laboral, però fins i tot el contacte amb les persones del grup. Ho atribueix al fet que té molta timidesa, de manera que pot escoltar, però prefereix no parlar perquè parla molt ràpid, la gent no l'entén i diu les coses "sense sentit comú".

L'Andrés torna a parlar quan surt el tema d'una companya del grup que té por que el grup no mantingui la confidencialitat i, en especial l'Andrés, perquè coneix el seu marit. Ell va intervenint per explicar que la relació amb el marit de la companya no és actual i que és només coincidien en el bar que durant un temps prenent unes cerveses quan acabaven de treballar a la 1 de la nit.

Aquesta informació, i la manera d'explicar-ho, dóna la idea que l'Andrés té un problema amb l'alcohol, cosa que ell no nega ni aclareix. Aquesta és una informació que ell havia ocultat i que era una contraindicació per la participació en la psicoteràpia.

Amb la seva participació en el debat sobre la confidencialitat, ell respon les preguntes o explica el que creu oportú amb frases curtes, sense sortir de la seva situació concreta i la relació mantinguda amb el marit de la companya, però no opina de manera general com ho fan els altres sobre el tema. El seu to és defensiu, amb no gaire lèxic. Utilitza un llenguatge molt concret i allunyat de la utilització de símbols.

### 12a sessió

Com a la sessió anterior havia explicat que la seva dona havia marxat a viure a casa de la seva filla, el Juan li pregunta com es troba. Ell respon que segueix igual. Ha estat parlant amb la dona i ella li ha dit: “No, no”. Diu que ell li parla i ella no contesta. Diu que fa voltes, va al camp, a la platja... a l’espera que ella vulgui parlar. Els intents de comunicació que fa amb la dona obtenen el silenci com a resposta o un rebuig per part d’ella. Explica que va anar a felicitar-la perquè havia estat àvia i que ella li va negar la paraula. No explica com se sent pel fet de veure el nen que acaba de néixer.

Es queda en silenci al marge del que el grup va treballant fins que el terapeuta el torna a incloure. Aleshores li pregunta com se sent amb el nen que ha nascut, i diu que està content, molt content, i que les relacions amb els fills de la seva dona són molt bones. La seva expressió verbal és molt senzilla, de manera que el terapeuta insisteix i llavors afegeix que n’està orgullós.

Amb els intents que fan els companys per aclarir la situació, explica que la relació amb els fills és molt bona, però no afegeix res sobre el conflicte que té amb la dona, de manera que queda molt enigmàtica.

Els terapeutes creuen que el conflicte s’origina per un dia en què ell es va emborratxar –cosa que havia explicat en una sessió anterior– i que, per ella, devia ser la gota que fa vessar el got.

La tònica de les seves intervencions no varia: parla només quan se li pregunta i fan al·lusió a alguna cosa d’ell.

### 19a sessió

En aquesta sessió, quan el Juan li pregunta el motiu pel qual està tan seriós, explica que els fills de la seva dona han entrat al seu pis, quan ell no hi era, i s’han emportat moltes coses, com ara, vaixel·la, jocs de llit... Aquest fet l’ha deixat molt abatut.

El grup no s’explica com pot ser que fes poques setmanes que ell digués que hi tenia una bona relació i ara relati aquests fets. El grup, colpit pel seu relat, s’interessa per ell.

Quan el terapeuta suggereix que ell ha estat tractat com un objecte, ell ho confirma dient que sempre ha estat així. Ell no ha pogut decidir res mai.

Atribueix, després de repetides preguntes per part del grup, el fet que ella vulgui marxar perquè ell ara no guanya diners. El grup reacciona amb una certa incredulitat.

No torna a intervenir fins que el terapeuta el convida a expressar el malestar que sent contra la seva dona. Diu que encara que li passi pel cap és incapaç de fer mal a ningú, ni encarar la situació, però com que no para de donar-hi voltes, el mal se'l fa ell perquè afirma “no serveixo per fer mal a ningú, no serveixo!” Es manté en silenci al marge del treball que els altres membres del grup fan amb els seus debats, fins que el terapeuta li pregunta pel seu futur.

Explica que el que pensa fer és recuperar de qualsevol manera els 15 anys que ha passat en aquesta convivència. La seva forma de recuperar-los és anar als bars com feia abans i fer el que vulgui sense haver de donar explicacions. Vol tornar a 15 anys enrere i no tenir pensaments de cap mena, ni amb ella ni amb la seva família.

Quan se li proposa que no es poden negar 15 anys de convivència, ell diu que sí que és pot, i és el que farà. No els plorarà i que si algú ha de plorar són els altres. Mostra aquí com arriba a estar de dolgut, de manera que no pot iniciar un procés de dol. L'única cosa que admet és que trobarà a faltar els nens d'una de les filles que ell acompanyava a l'escola.

Considera que els 15 anys de convivència han estat perduts i nega que hagin estat una experiència.

És notable el treball que els membres del grup intenten fer per ajudar-lo. Explica la vivència d'estar contínuament controlat, situació que als terapeutes els fa pensar en el seu alcoholisme.

Assisteix fins a la sessió 24, però no hi compareix a les següents. Malgrat els intents que els terapeutes fan per posar-se en contacte telefònic, no ho aconsegueixen, de manera que a les 5 setmanes sense assistir-hi, se li retira la cadira.

### Conclusions de l'Andrés

Inicia el tractament amb molta angoixa i manifesta unes grans expectatives sobre els beneficis de la psicoteràpia de grup. No obstant això, no participa en els debats del grup de manera espontània i les seves intervencions només es produeixen com a resposta de les invitacions que li fan els terapeutes o altres membres del grup.

Aquesta participació limitada a explicar el que li passa sense una participació més activa pel que fa al grup o bé pel que passa als altres fa que quedi aïllat dins del grup i exclòs de la vivència grupal.

Interpel·lat pel terapeuta, diu que ell prefereix no parlar perquè parla molt ràpid i diu coses sense sentit comú. És a dir, no pot posar en comú el seu món intern, no pot tenir un llenguatge en comú, no pot formar part de la comunitat del grup. Aquesta incapacitat fa que el seu lloc en el grup estigui en precari i fàcilment se'n pugui prescindir, d'ell. És converteix en una diana fàcil perquè el grup l'allunyi i l'acabi expulsant, malgrat els intents que fa inicialment per incorporar-lo. D'aquesta manera, quan ell l'abandona, desapareixen amb ell, de forma il·lusòria, els elements projectats per part del grup i que ell s'emporta. Bàsicament, és el seu secretisme, les seves incongruències, la seva dependència són el que el grup pretén fer desaparèixer, així com una part de la sexualitat del grup. Si es té en compte que ell mostra una relació de parella que sembla més una relació maternofilial i, per tant, amb una sexualitat incestuosa prohibida, més que una vertadera relació de parella.

Conflueixen diversos elements personals que impedeixen la seva evolució en el grup. En primer lloc, la seva personalitat apocada, submisa, amb poca capacitat per suportar la violència d'un enfrontament. Prefereix aguantar, dir que sí a tot i buscar espais per fugir del control dels altres. En segon lloc, el seu alcoholisme, que no ha confirmat de manera explícita, i que és possible que hagi produït alteracions cognitives importants. Per últim, coincideix amb la separació de la dona, que calculem que deu ser 15 anys més gran que ell, amb qui tenia una relació en què ell representava un nen que s'ha de controlar. No era una relació d'igual a igual.

L'alcoholisme que, era una contraindicació per al tractament, passa desapercebut a l'entrevista de valoració i segurament també en la visita del metge de família. Com és freqüent en els alcohòlics, havia desenvolupat bones capacitats per amagar la seva dependència.

## Carmelo, 47 anys

Derivat pel metge de família per trastorn depressiu després de deixar de treballar a causa d'un accident laboral. No té el reconeixement de la mútua d'assegurances i, per tant, no cobra cap pensió.

Immigrant d'un país de Sud-Amèrica des de fa anys, treballava a la construcció.

D'un primer matrimoni va tenir tres filles, una de les quals va morir a causa d'un accident de trànsit i una altra filla té actualment un càncer.

D'un segon matrimoni va tenir una filla, que va deixar amb la seva mare—l'àvia de la nena— perquè aquesta segona parella els va abandonar quan la nena era molt petita. Actualment, és una adolescent, amb qui parla per telèfon, però fa anys que no veu.

### 1a sessió

En la presentació explica que, a causa de l'accident, té una situació econòmica precària i no pot enviar diners a la família. A més, els metges no es posen d'acord en el que li passa i no li curen el dolor que té a l'espatlla. Li diuen que és una malaltia comuna i la mútua d'accidents laborals es desentén del problema. Es passa aquesta i les 20 primeres sessions agafant-se amb la mà el braç adolorit.

Deixa que el grup es presenti i no participa en el tema del suïcidi de manera immediata. Quan el terapeuta planteja la possibilitat que es preguntin els uns als altres, ell reacciona dient que hauran d'esperar una mica perquè cadascú té el seu punt de timidesa a l'hora de poder explicar les seves intimitats. Afegeix en relació amb el suïcidi que hi ha persones que ho fan, però d'altres sigui pels fills o per la mare no ho fan. Tot seguit explica que tenia una filla de 14 anys que va ser atropellada per un cotxe i va morir. No va poder anar a l'enterrament i això és una cosa molt dura. Intenta allargar més el seu relat, però la Vane l'interromp i calla.

La seva participació impacta el grup i no torna a intervenir fins ben avançada la sessió, quan el terapeuta comenta que els costa preguntar i ell diu que “una mica”.

### 2a sessió

Relata que el van acomiadar a través d'un burofax quan estava de baixa laboral, com si ell no volgués treballar. A casa, mira la tele, escolta música i també fa una volta pel



carrer, però com està millor és treballant, en contacte amb els companys, cosa que dóna un altre sentit a la vida.

No torna a intervenir en tota la sessió.

#### 5a sessió

S'asseu en el mateix lloc que en les sessions anteriors, però no hi intervé.

#### 12a sessió

Fins ben avançada la sessió, no hi intervé i ho fa quan el Juan explica que ha estat a punt d'entrar a treballar a una empresa per dir als treballadors com havien de fer les coses. El Carmelo diu que llavors els treballadors s'enfadarien. En Juan està tan excitat que l'interromp i ell no pot continuar.

Tanmateix, fa un nou intent per intervenir i per aclarir el que diu en Juan: "O sigui, que tu corregiries el que està malament", però en Juan el torna a contradir i no el deixa continuar.

El terapeuta observa aquests intents d'intervenir-hi i li diu que s'ha quedat sense poder acabar. En Carmelo diu: "Ell ha dit que als companys els ensenyava com havien de fer les coses i jo trobo que està bé. Si ell em digués que això s'ha de fer així, jo ho faria perquè tot anés bé. Si li porto la contrària, aniria malament amb ell."

No diu res més en tota la sessió, encara que està molt atent.

Les escasses intervencions que fa mostren les defenses que escenifica en el grup. Justifica la seva actitud passiva per evitar conflictes i fa palesa la necessitat que el dirigeixin, per tant, deixa al Juan el paper de lideratge del grup o, almenys, li fa creure per satisfer-lo d'aquesta manera.

#### 19a sessió

Aquesta sessió s'inicia centrada en els problemes de l'Andrés i com, en separar-se, la dona s'ha emportat de la casa moltes coses que eren d'ell. La situació de l'Andrés li dóna peu perquè expliqui que a ell li va passar el mateix i la seva dona el va deixar sense res.

No participa activament del grup, que està intentant conèixer la situació de l'Andrés o l'agressivitat de la Vane fins que el terapeuta el convida a parlar sobre el que havia dit abans de la seva separació i l'agressivitat que va sentir en el moment de la separació. Ell diu: "Jo no he estat mai agressiu, no he utilitzat mai la violència. He tractat d'arreglar les coses d'una altra manera". En aquest moment, el terapeuta no aconsegueix que mostri agressivitat, però més endavant quan l'Andrés explica que no s'encara als altres i amb això es fa mal a si mateix, el terapeuta veu que en Carmelo assenteix i li ho fa notar. Llavors diu que ell s'ho guarda tot, que no creu que sigui un àngel, però fer-li mal a la parella, pegar-la..., a ell no li ha agradat mai el sistema de colpejar... El que fa és marxar..., i amb això ho soluciona. Sap que es fa mal a si mateix, però se'n va per un altre costat perquè "Preferiries retorçar-li el coll i que et portessin a la presó? Millor és anar per un altre camí."

Quan en Daniel proposa que el millor és arribar a un acord, ell diu que si l'altre no vol un acord, que ho vol tot, no tens més remei que marxar.

No torna a intervenir en tota la sessió, però el que ha pogut fer en aquesta és mostrar la raó per la qual s'inhibeix a l'hora d'encarar els seus conflictes: podria sortir una agressivitat sense control. Almenys, ha pogut compartir els seus mecanismes de defensa.

### 26a sessió

Com surt el tema de la medicació ansiolítica que prenen, ell diu que també en pren per poder dormir. La seva situació està encallada entre uns metges que diuen que s'ha d'operar i altres que diuen que no. Va anar de forma privada per sotmetre's a proves perquè amb la Seguretat Social no se'n sortia i ara està pendent que el visiti el traumatòleg. De la manera com té l'espatlla, no pot treballar, tot i que li surten ofertes de feina a través del companys.

Intervé per opinar que la Vane té un conflicte amb el seu desig de ser acceptada i la sensació que no ho és. Aquest comentari fa pensar en les seves identifications amb la Vane i el seu desig de ser acceptat.

Espera a intervenir quan el grup està tractant el tema del Nadal, però al final ho fa per explicar que havia mantingut bones relacions amb els seus sogres i que per Nadal es reunien els 7 germans, nebots, sogres d'ell... Després, quan van emigrar, es reunien aquí

els 5 germans, però ara 3 han tornat al país d'origen. Amb la sogra del primer matrimoni, encara hi manté relació. En canvi, amb els sogres del segon matrimoni ni es saluden si es troben pel carrer quan ell ha tornat de visita al seu país. S'estén per parlar amb preocupació de la seva filla de 16 anys que ha començat a anar malament a l'escola i l'han canviat de centre.

Més endavant, fa un petit comentari al que diu la Montse quan ella explica que no es tracta amb els sogres. Diu que no es coneixen i que això fa comprensible el distanciament que tenen.

### 33a sessió

No ve.

### 38a sessió

Com el grup entra a tractar la influència del temps atmosfèric, ell explica com és el temps al seu país i s'afegeix al sentir general del grup que el temps afecta l'estat d'ànim, però no només el fred, sinó la calor també.

El grup va treballant sobre l'acomiadament i ell no diu res, fins que la Joana ho fa notar.

Llavors explica la seva preocupació per la filla que té el càncer d'ovari. Diu que això li dóna la sensació de quedar-se en blanc en les converses, però que se sent a gust en el grup, intenta escoltar, parla, però que no s'expressa gaire bé.

El terapeuta el convida a continuar parlant i explica que té dificultats per aconseguir contacte telefònic amb la seva filla i que se sent impotent per la situació que té. Fa 4 anys que no va al seu país i li sembla que tots els cops li vénen junts, però que confia que les temporades dolentes durin un temps. La filla li demana que hi vagi i ell no pot anar-hi ara. Té projectat anar-hi quan es pugui solucionar el problema mèdic. El relat és força colpidor.

Fa referència al temps diu que el que li passa durarà un temps, obrint així l'esperança a un possible canvi.

### 39a sessió

Com la Vane explica que al final s'ha acabat el litigi que tenia amb la mestressa de la botiga, ell pot explicar que quan el van acomiadar va negociar amb l'empresari una petita indemnització, però que va haver d'encarar-se a l'empresari per demanar el que ell creia just.

És la primera vegada que en Carmelo relata que s'ha encarat a una situació.

No torna a intervenir fins que la Vane diu que, a la sessió passada, quan ell deia que es quedava en blanc, a ella li passava el mateix. Ell torna a explicar que no es concentra, no dorm bé i que ha intentat deixar de fumar, però que hi ha recaigut. Ara està tornant a intentar deixar de fumar d'una manera progressiva.

No entra en la situació conflictiva que provoca la Vane al final de la sessió sobre si el grup ha estat útil o no.

### Conclusions Carmelo

Es presenta com una persona introvertida, que està angoixat per no poder trobar sortida a la seva situació la laboral. La seva dificultat per encarar-se a situacions conflictives l'expressa en les seues relats, en la seva història, tant l'actual com la que va viure en els seu país d'origen. Aquesta dificultat també l'escenifica en el grup, de manera que si algú discrepa o puntualitza el que ell diu, abandona i no defensa les seves opinions.

La depressió i l'angoixa són notables en relació amb la família: 2 separacions, una filla morta per accident i una altra amb un càncer d'ovari. A més, dels 5 germans que van venir del seu país a treballar a Catalunya, n'hi ha tres que han tornat al país d'origen.

Però la seva situació física, que està bloquejada per un accident de treball, el porta a una situació d'*impasse*. S'afegeix, a més, el desig de visitar el seu país i la impossibilitat de fer-ho en aquest moment.

Un relat significatiu és el que fa en relació amb l'agressivitat amb les exdones. Explica que la seva opció davant del conflictes és fugir perquè si no la mataria. D'aquesta manera, explica com el temor a la seva pròpia agressivitat el fa abandonar en els conflictes.

Tot i estar atent i fer molt poques absències a les sessions, les seves intervencions són escasses, però al final la seva participació, amb les seves intervencions, és transmesa amb més confiança.

Com si pogués relacionar les seves dificultats amb la finalització del tractament, explica per primera vegada i a l'última sessió un episodi en què es va encarar amb l'empresari.

#### **Comparativa Pre-tractament - Post-tractament**

	Pre-tractament	Post-tractament	Diferència
<b>HRAS</b>			
Ansietat física	19	12	7
Ansietat somàtica	19	5	14
Ansietat total	38	17	13
<b>HRDS</b>			
Total	19	12	7
<b>SF-12</b>			
CF	40.63	49.27	8.64
CM	35.78	38.16	2.38

(HRAS) Hamilton Rating Anxiety Scale; (HRDS) Hamilton Rating Depression Scale

Qüestionari de qualitat de vida SF-12,( CF), Component físic,(CM) Component mental

### **Carmen, 47 anys**

Enviada pel metge de família per ansietat i depressió. Relata a l'entrevista de avaluació que el seu marit es va quedar sense feina fa uns mesos i el seu món es va enfonsar. No havia tingut episodis depressius anteriors i aquesta situació li ve molt de nou.

Té una filla adolescent i amb el marit no té conflictes, però a mesura que va passant el temps i ell no troba feina, tant un com l'altre es van angoixant.

En poc temps, es va morir la sogra, el marit es va quedar sense feina pel tancament de l'empresa i a ella li van practicar una histerectomia per un mioma uterí.

#### 1a i 2a sessió

En el moment de l'inici del grup, ella no havia fet l'entrevista d'avaluació, per tant s'incorpora a la 4a sessió.

## 5a sessió

El grup s'inicia amb un desconcert de com han d'intervenir perquè estaven esperant que el terapeuta parlés. La Carmen diu que és complicat, però creu que han d'explicar les seves emocions. Això és el que ha vist a les pel·lícules. Creu que al principi és difícil, però que podran parlar si se senten còmodes.

Per mostrar el camí al grup, diu que la setmana passada, que era la primera sessió estava supertensa, però avui les cares ja li són familiars i que necessiten, tots els del grup, tenir més confiança.

Després diu que al començament és lògic que parlin pocs, però després un cop identificats els problemes de cadascú, es podran explicar les seves experiències. Per ella, el grup és una incògnita com també ho és saber si el grup podrà ajudar-la o els altres, “però que és una experiència que mai ha tingut”.

Quan surt el problema que la Natàlia s'ha quedat a la porta diu, referint-se a la Natàlia comenta: “És com un nen que ha fet una cosa dolenta”.

En les primeres intervencions de la Carmen veiem que ho fa amb sinceritat. Reconeix que el primer dia estava molt tensa, però que avui és diferent perquè ja coneix les cares. Aquesta tranquil·litat de poder posar cara als membres del grup esvaeixen les ansietats paranoides, pot manifestar més confiança i, un cop identificats els problemes, podran explicar les seves experiències. Utilitza el model que té de referència, les psicoteràpies de grup de les pel·lícules, amb el que espera que puguin fer el grup.

L'espontaneïtat i la participació en el grup sense ser invasiva mostra des del començament que està disposada a fer la tasca que té el grup: expressar les emocions.

Capta d'una manera ràpida com se sent la Natàlia: “Com una nena que l'han renyada per alguna cosa que ha fet malament.” Aquesta manera d'expressar-ho, franca i directa, i el que diu referint-se a la Natàlia, dóna compte de la capacitat que té la Carmen d'empatia i de tacte amb els altres.

Més endavant, quan el Juan planteja el seu pensament rumiador donant voltes i més voltes al mateix, ella diu: “Jo crec que el que s'ha d'aprendre és a pensar”. Com a

resposta a les queixes del Juan, li admet que pensar és complicat, però que s'ha de ser positiu i que s'ha d'intentar. Si s'accepten les coses, les lluites s'aconsegueixen millor, però que si no s'aconsegueixen, almenys s'ha intentat.

Respon d'una manera realista quan la terapeuta li proposa: “Lluitar pel que es vol?”, dient que el tema és lluitar pel que es vol i pel que es pot..., amb els límits que cadascú té.

Reconeix que no ha pogut acceptar tants canvis de cop com li han vingut, però que s'ha de buscar suport en la família i en el metge. Es manifesta optimista i realista dient que sap que la tasca que ha de fer no és fàcil. Com el Juan vol respostes ràpides, ella li diu que les respostes són complicades i que no hi ha una fórmula simple, tot i que la tasca no és impossible.

Mostra en aquests últims fragments com planteja una de les tasques del grup: poder pensar determinades coses, situacions o relacions que no es poden pensar pels motius que siguin. Aquest plantejament correspon al que els terapeutes pensen, però és ella la que ho fa explícit d'una manera clara: “aprendre a pensar”.

Mostra els seus desitjos a progressar amb realisme en tenir en compte les limitacions i afegeix el reconeixement i la necessitat dels altres, família i metge, pel suport que li donen. Aquest reconeixement obre expectatives perquè el grup pugui ser també “la família i el metge”, dels quals es pot esperar el suport que necessita. Desdramatitza l'ajuda que demana.

A mesura que la sessió avança, intervé de forma puntual i amb prudència per tractar els conflictes dels altres i concretament el tema que preocupa a la Montse sobre la confidencialitat, ja que el marit de la Montse i l'Andrés havien tingut relació.

### 12a sessió

A l'inici, està inquieta perquè la setmana anterior no va assistir al grup, però espera el moment oportú per explicar que es va veure compromesa a cuidar una senyora gran i no va poder dir que no. Quan el terapeuta comenta que posar límits costa, ella ho confirma dient que li és molt difícil.

El terapeuta diu que el desig podria ser deixar a tots contents, satisfets, però que això sembla que és impossible. Ella confirma que vol solucionar-ho, tot per no sentir-se malament. Accepta que necessita dels altres, però normalment no demana ajuda.

Es queda sorpresa quan el terapeuta suggereix que és més fàcil donar que rebre, i ella diu que ja té el que necessita, les persones que necessita, però acaba acceptant que necessita els altres.

El grup tracta les dificultats que va tenir el Daniel amb la seva exdona. El detonant va ser que el Daniel va trucar a la tieta de la seva exdona fent referència a uns abusos sexuals que havia tingut la seva exdona per part de l'exmarit de la tieta. La Carmen pregunta si abans de trucar va parlar-ho amb la seva exdona, i el Daniel diu que no, la qual cosa va ser un error. La Carmen diu que sí, que va ser un error, i es pregunta fins a quin punt es poden arribar a pagar els errors que un fa. Més que una pregunta, sembla una constatació de com els errors poden arribar a tenir conseqüències importats. Finalitza dient que la vida és així.

Més endavant la terapeuta li pregunta: “Com és la vida?” Ella respon: “A vegades la vida és dura, a vegades, bona i a vegades, dolenta; a vegades cal i a vegades sorra”. Afegeix tot seguit que el Daniel devia fer el que va fer amb bona intenció, però que no va reflexionar i que, a vegades, no se sap el que passarà, però que ell no es pot atribuir tots els errors que es van cometre. El grup segueix tractant el que va fer el Daniel i ella afegeix que va ser molt impulsiu.

Fins aquí es poden veure dos aspectes de la Carmen. En primer lloc, la seva inquietud per no haver pogut satisfer a tothom i especialment a ella mateixa, perquè no va assistir al grup la setmana anterior. Aquest punt dona peu a mostrar amb la seva dificultat per atendre els seves necessitats i que accepti com li és de difícil posar límits a les peticions dels altres.

En segon lloc, intervé d'una manera molt franca, amb naturalitat, dient que el Daniel no va poder reflexionar sobre el que va fer. La forma d'expressar-ho no és gens culpabilitzadora, ans al contrari, serveix perquè el Daniel pugui estendre's en el seu relat. Aquest és un aspecte de col·laboració d'ella al voltant de la tasca del grup.

Després el grup, se centra en el problema del Juan, sobre com n'és, d'exigent amb ell mateix i com se sent ferit perquè no l'han acceptat a treballar en una empresa. La



Carmen es manté interessada, però no intervé potser per respectar que el Juan necessita un espai per compartir el seu malestar.

### 19a sessió

Aquesta sessió s'inicia tractant la separació de l'Andrés i ella es manté a l'expectativa fins que l'Andrés diu que el motiu de la seva parella per viure amb ell era l'interès econòmic. Ella reacciona dient que no hi devia haver amor entre la parella i que les relacions han de ser tot el contrari de la relació que ha mantingut l'Andrés.

El grup tracta sobre les relacions de les parelles que se separen i apareix l'agressivitat. El terapeuta obre la possibilitat de sentir agressivitat en altres situacions i posa com a exemple el tancament de l'empresa del seu marit. Ella reacciona ràpidament dient: "Hauria matat els socis de l'empresa del meu marit perquè, quan van tancar, van deixar tirats els treballadors. Jo no havia sentit mai per ningú aquest sentiment. Se'm va passar, però vaig estar mesos amb un sentiment d'ira... En aquell moment em donen una pistola, i els mato. Jo no sóc cap angelet".

Sobta la fúria amb què expressa aquesta emoció, que diu que ja ha passat, però en el moment de recordar-la es fa més viva. Després, quan l'Andrés pot expressar la seva ràbia, ella es reafirma: "Són sentiments que es tenen."

El grup s'expressa sobre l'agressivitat, cosa que porta al terapeuta a parlar de l'agressivitat del suïcidi. Com que hi ha altres components del grup que han fet intents autolítics, aquests es defensen, per no sentir-se culpables, dient que el que pensaven era lliurar els altres del patiment. La Carmen participa en el tema dient: "Al contrari, has de pensar en el mal que faràs als teus fills, al teu marit, a la teva família".

En aquest punt, la Carmen es mostra col·laboradora amb els terapeutes, per poder desmuntar la fal·làcia argumentada pels que han fet intents de suïcidi, que el suïcidi és un alliberament per als altres.

Més endavant, quan l'Andrés tracta de la seva separació de parella i els 15 anys de convivència dient que voldria "esborrar, eliminar aquests 15 anys" ella diu: "Però això no es pot". Mostra així la diferència entre el desig (principi de plaer) de l'Andrés i l'evidència (principi de realitat) de la qual ella és la portaveu.

Segueix participant en el tema i afegeix “La història de cadascú no es pot esborrar, és com la història de la història... de la vida! Això no es pot esborrar”.

El que sobresurt més d'aquesta sessió, pel que fa a la participació de la Carmen, és l'expressió de la seva ràbia dirigida als empresaris que van tancar l'empresa del marit. Tot i que és l'expressió d'un sentiment d'una manera molt viva i directa, ho situa en el temps: “Abans els hauria matat, ara no”, donant compte de com el temps li permet fer una elaboració, encara que sigui parcial, dels seus conflictes.

### 26a sessió

En començar el grup, diu que la setmana passada no va venir perquè va tenir un dia molt difícil (feia anys que no treballava i fa poques setmanes que ha trobat feina) i que estava tan cansada que va estirar-se al llit i es va quedar dormida.

S'interessa per com es troba un company que ha reduït la medicació.

En Carmelo explica la seva situació i els motius pels quals pren Diazepam (no pot treballar per una lesió a l'espatlla, i la discrepància entre els metges sobre la seva lesió fa que el seu procés estigui estancat. Això fa que no pugui treballar i no cobra cap mena de pensió). La Carmen diu que la situació del Carmelo és una situació complicada, però creu que ha de tenir esperança en la pròxima atenció mèdica que té programada. Afegeix que en la situació en què ell es troba qualsevol estaria angoixat. Assimila l'angoixa del Carmelo a la del seu marit per no trobar feina.

Quan el terapeuta diu que l'Andrés no ha vingut, ella observa que el Juan tampoc. Mostra que té presents els membres del grup, tan si hi són com si estan absents.

El grup comença a tractar els tema de les festes de Nadal i així com, en d'altres membres, el tema desperta els seus conflictes. Ella diu que es poden repartir els dies amb tota la família, ara amb uns, ara amb els altres i l'únic que li molesta es que són molts dies seguits de festa i ella preferiria tenir una mica més d'espai entre els dies 24, 25 i 26 per poder descansar.

Com als altres membres del grup, el tema li permet explicar les relacions que tenien amb els sogres, que ja van morir, i que se sentia tractada com una filla més.

En els últims minuts de la sessió, el grup tracta de la percepció del temps i com senten que van lents. El temps passa molt ràpid i no tenen temps per fer el que volen fer. La Carmen diu que això està relacionat amb els plans, els projectes que tenen i que ella voldria fer-los més ràpidament. Potser fan referència al temps del grup i senten que van lents per solucionar tots els seus conflictes.

### 33a sessió

No ve a aquesta sessió. Avisa que té una reunió a l'escola de la filla.

### 38a sessió (penúltima)

La inicia explicant que li han fet proves i el quist ovàric que tenia se li ha reduït 2 cm. Hauran de fer nous controls per veure l'evolució, però de moment és una bona notícia.

Com que el terapeuta proposa que el grup ha vingut a tractar sobre els seus "quistos", una invitació a una mirada interna, fa que alguns membres es manifestin sobre la seva evolució en el grup. Quan el Daniel diu que potser en el grup ha après a explicar els seus problemes, ella diu que això és positiu. De fet, l'interès de la Carmen per utilitzar el grup per explicar, per comunicar els seus problemes, és una cosa que ja havia manifestat altres vegades. Hi ha una repetició en l'accent que posa en la necessitat de poder comunicar als altres les preocupacions.

Amb facilitat, utilitza la metàfora i diu que els quists no se'n van sols, però que les situacions poden canviar. Els quists s'han d'encarar, cadascú ha de responsabilitzar-se de la seva situació.

Com que el grup tracta el tema de la influència del sol en les depressions i el Daniel diu que, afortunadament, no viuen a Noruega, ella afegeix: "Si, allà hi ha moltes depressions i suïcidis". Es tracta d'una manera de distanciar-se de la patologia depressiva greu amb què ella no se sent identificada en aquest moment.

Quan el terapeuta planteja la possibilitat que el grup es quedi passiu, de manera masoquista, davant de les contrarietats de la vida, la Carmen reacciona dient: "Hem de treballar-hi, s'ha d'aprendre a estimar-se un mateix. Si no fas això, com pots ajudar els altres?"

Afegeix que ella no s'ha estimat sempre, que ha mirat pel bé dels altres, però que un ha d'aprendre a mirar-se a si mateix. Aquest era el seu problema, que estava sempre molt pendent del que els altres feien, deien o pensaven.

Es veuen aquí alguns aspectes de la Carmen apropiats al moment en què es troba grup, en què se n'està acomiadant sense fer-ho d'una manera explícita i valorant els canvis que ha fet en el curs del tractament. Integra el temps i la utilització de la metàfora que proposa el terapeuta. Posa límits a la necessitat de ser sempre l'objecte bo que satisfà els desitjos dels altres.

### 39a sessió (última)

Quan el Daniel diu que ells estan malament, que estan "tocats", ella reacciona dient que no estan bojós, que el fet de tenir una depressió no vol dir estar boig.

Apareix en el grup el que diuen les seves famílies sobre la seva assistència al grup tenint en compte que avui és l'última sessió. La Vane comenta que la seva mare ha dit que ella també hauria de fer alguna cosa d'aquestes (anar a un grup). La Carmen afegeix que fer un grup li aniria bé a tothom. Aquesta és una de les maneres que té la Carmen de manifestar la bondat del grup i expressar el seu agraïment i generositat. "Autoritza" els terapeutes a fer més grups, de manera que no es queda ella com a "filla única" dels terapeutes, que poden continuar la seva tasca terapèutica amb altres "fills-pacients".

Més endavant, quan la Vane està mostrant la seva part insegura de si mateixa, ella diu com la veu: diferencia entre aparentar una seguretat i sentir-se segura. Però la Vane li qüestiona com se sent la Carmen de segura de si mateixa, i ella respon que no està segura al 100%, que té coses clares, però que també té dubtes, cosa que relaciona amb el negoci que vol obrir amb el seu marit. Sap que no és segur i s'han d'arriscar, però està disposada a fer-ho.

Com en altres ocasions, es mostra col·laboradora en la dinàmica del grup i pot parlar dels sentiments, tant dels d'ella com els dels altres.

A diferència de la Vane, que utilitza un llenguatge molt concret sense fer associacions amb els seus sentiments, la Carmen expressa la seva inseguretat relacionant-la amb el negoci que vol emprendre el seu marit. És a dir, passa del que és més abstracte al que és concret en un moviment oscil·latori en l'estat del pensament. Bion (1966) atribueix a

aquesta oscil·lació la categoria de pensament. Més endavant, el terapeuta obre la porta al dubte sobre el futur un cop acabat el grup. Ella és la primera a mostrar l'acord amb el terapeuta sobre la inquietud que provoca la incertesa.

Com que el terapeuta intenta que ella parli més del projecte de negoci (una botiga de llums), ella es mostra que és conscient de les incerteses del futur. Tanmateix, després que el Daniel enviï un missatge amb un to una mica eufòric dient "Bé, seguirem endavant", ella reacciona contestant "A poc a poc... el temps ho dirà!". Demostra com el seu pensament pot regular els futurs esdeveniments situant-los en un determinat ritme de temps.

Quan la Vane reclama sentir-se estimada per tothom, la Carmen modera aquest desig dient: "Sentir-se estimada pels que estimes... pels altres, no cal". Aquesta regulació de les seves necessitats contrasta amb l'avidesa de la Vane. La Carmen regula i posa límits a la voracitat insaciable de la Vane. Afegeix que ella està en una comunitat i que ella no cau en gràcia a tothom, però que això no la preocupa.

La Vane intenta utilitzar-la per dramatitzar els seus conflictes i fer propaganda de com se sent culpable, però la Carmen es mostra segura de si mateixa i diu que si es culpable d'alguna cosa ho reconeix i demana disculpes, però si no ho és l'altra persona és la que ha de demanar disculpes.

Aquest tema, la porta a explicar que en la seva feina ella sap quines són les seves tasques i que els que l'han contractat estan contents de la feina que fa. Aquesta mirada sobre la feina podria ser, a més d'una realitat, la projecció del que ella sent que ha estat l'experiència en el grup, on ha trobat el seu lloc, la seva tasca. Se sent reconeguda per la resta de membres del grup i pels terapeutes.

### Conclusions

La Carmen presenta, a l'inici del tractament, una davallada depressiva amb ansietat que la sorprèn per ser la primera vegada que es troba en aquesta situació. Com ella diu a l'entrevista inicial, li han vingut moltes coses de cop: la mort del sogre, una histerectomia i el que el seu marit es quedés sense feina.

Des de la primera sessió en què ella participa, s'analitza (sessió 5), mostra com la dimensió temps està present en el seu discurs quan esmenta, de manera espontània, la

diferència que hi ha entre el primer dia i el segon, en reconèixer que les cares del primer dia que li proporcionen confiança i les ansietats persecutòries disminueixen.

La utilització de la dimensió temps incorporada a la seva narrativa es va fent cada vegada més present i pot diferenciar el passat del present en els moments en què expressa la seva agressivitat contra els empresaris que van acomiadar el seu marit. Contrasta la seva expressió d'agressivitat amb la seva imatge corporal, que si bé ella diu que no és una àngel sí que dóna una impressió, pel seu físic i la manera de comportar-se, de persona afable, raonable, sensible, i que contrasta amb l'expressió dels seus sentiments d'odi. L'expressió de la seva agressivitat, però situant-la en el passat, li permet donar un pas més per sortir del ressentiment, és a dir, sortir de l'estat d'estar sentint el mateix sempre, re-sentir, de manera repetitiva. D'aquesta manera es pot arribar a sentir una cosa nova. En altres termes, és sortir d'una posició esquizo-paranoide a una posició depressiva.

Moltes vegades, es mostra atenta i escolta el malestar dels altres membres. Aquesta és una funció terapèutica indispensable que ella exerceix amb la resta de membres del grup col·laborant amb els terapeutes.

Per a les conclusions: una de les funcions del terapeuta o funció terapèutica del grup és escoltar, que és una de les tasques explicitades en la tasca del grup. Hi ho fem explícit perquè és indispensable. Donar espai al malestar és terapèutic, es tracta de crear un espai perquè l'altre hi tingui cabuda.

La seva capacitat per passar "al pensament acció", tenint en compte que l'acció forma part del pensament, (Bion, 1966), la mostra en les seves intervencions que, generalment, són oportunes i col·laboradores amb els terapeutes (acció dintre del grup dirigida a la tasca) i fora del grup, ja que troba feina 3 mesos després de l'inici de la psicoteràpia (acció fora del grup).

Sovint universalitza el patiment, que és una manera de veure com situacions diferents poden tenir elements en comú entre els membres del grup. Aquest és un dels factors terapèutics de Yalom, que ella utilitza en col·laboració amb els terapeutes.

L'ús que fa de la metàfora a la sessió 38a té un precedent a la sessió 27a (que s'adjunta en l'Annex), pot aportar imatges oníriques, visuals i musicals, que comparteix amb el grup.

A la sessió 38a lliga l'element metafòric que serveix d'eix a la sessió per donar compte del seu aprenentatge en el grup.

Es pot veure com la Carmen des del seu punt de partida en el grup ja té una bona capacitat pel maneig del temps. Posa aquesta capacitat al servei de poder elaborar unes pèrdues importants, com són: la histerectomia, la mort dels sogres i la pèrdua de treball del seu marit. També projecta aquesta capacitat en el futur, amb la seva feina i els projectes amb el seu marit per fer-se càrrec d'un negoci.

#### **Comparativa Pre-tractament - Post-tractament**

	Pre-tractament	Post-tractament	Diferència
<b>HRAS</b>			
Ansietat física	6	2	4
Ansietat somàtica	8	0	8
Ansietat total	14	2	12
<b>HRDS</b>			
Total	10	1	9
<b>SF-12</b>			
CF	53.43	56.44	3.01
CM	36.91	59.53	22.62

(HRAS) Hamilton Rating Anxiety Scale; (HRDS) Hamilton Rating Depression Scale

Qüestionari de qualitat de vida SF-12,( CF), Component físic,(CM) Component mental

### **Montse 38 anys**

Derivada per ansietat i depressió des de fa uns mesos, la qual atribueix a un deteriorament de la relació de parella.

La seva mare va morir quan ella tenia 15 anys d'ella i se'n va fer càrrec durant la malaltia. Després es va quedar a casa cuidant dels seus germans.

Als 17 anys va marxar del poble i es va casar. Té dos fills de 19 i 16 anys.

Fa 4 anys, va conèixer la seva actual parella i va deixar el marit, que encara viu al pis, que és d'ella, amb el fill de 16 anys.

Les discussions amb l'actual parella vénen perquè ell fa un consum excessiu d'alcohol, cosa que ha fet que s'enfonsés anímicament.

## 1a sessió

No ve per un problema d'horari laboral.

## 2a sessió

Es manté escoltant fins que la Vane li pregunta el motiu pel qual ve al grup, i ella respon: “Per problemes de parella”, però no hi afegeix res més fins que el terapeuta li diu que si no parla quedarà com “la dona misteriosa”.

Explica que va estar casada 16 anys i, després, va conèixer una altra persona. Ell és molt gelós i no sap si es va equivocar anant a viure amb ell. El fill gran viu amb el pare d'ella en el poble, a 700 km. I quan ha vingut per Nadal, ha vist la relació que té ella amb l'actual parella i s'ha posat en contra d'ell. “Els Nadals agraden a poca gent (la sessió es fa entre Nadal i Cap d'Any). Jo no tinc família, només el fill de 16 anys... No tinc aquí ni els meus germans ni el meu pare, que és una persona gran de 84 anys, a qui no li dic res del que em passa...”

El grup s'interessa per ella i ella afegeix que no pot deixar l'actual parella perquè amb el seu sou ha de pagar l'hipoteca del pis, on encara viu el seu exmarit per un acord a què van arribar.

Diu que es va equivocar per deixar totes les seves coses i anar a viure amb l'actual parella. Quan es va plantejar la separació, després de molts anys de vida insatisfactòria amb la parella, el fill gran li va dir que ella havia de ser feliç i que fes el que hagués de fer perquè els fills es farien grans i ella es quedaria sola.

Explica que té molt bona relació amb l'exmarit i que si surten a prendre un cafè i parlar. L'actual parella es posa molt gelós.

Aquesta participació inicial de la Montse, un cop avançada la sessió i gràcies al fet que el terapeuta la convida a parlar, és comprensible ja que no va poder venir a la 1a sessió, per tant, ara està a l'expectativa del que els altres expliquen. Li és difícil entrar en confiança.

## 5a sessió

Quan el Daniel diu que li va bé anar al gimnàs, ella comenta que també li anava bé perquè no estava donant voltes al mateix tot el temps.



No torna a intervenir fins que el terapeuta planteja un problema que té la Montse i que ella l'havia pogut parlar amb el terapeuta en una entrevista que havien tingut el dia anterior. El problema és que l'actual parella havia tingut alguna relació amb l'Andrés fa temps, cosa que li feia dubtar de la confidencialitat del grup.

Explica que quan va sortir la setmana passada de la sessió, l'Andrés i la seva parella es van saludar i ella es va quedar molt "tallada" i tremolant. Ho va parlar amb la seva metgessa de família i aquesta es va posar en contacte amb el terapeuta que la va citar per parlar-ne.

El grup tracta extensament el tema i s'aclareix que en realitat la seva parella i l'Andrés havien tingut una relació superficial i que actualment no tenen cap relació, amb la qual cosa ella es queda més tranquil·la.

### 12a sessió

En aquesta sessió, la Montse no intervé, tret d'un comentari a un company que és inaudible a la gravació. El grup tracta de la història de la separació del Daniel, de la dificultat de la Carmen per posar límits i de la ferida del Juan perquè no li han donat la feina que esperava obtenir. Tot i que són temes amb què es pot identificar, ella no hi intervé.

Aquesta poca implicació en el grup mostra un aspecte de passivitat que sembla que, fins al moment, és una de seves les característiques.

### 19a sessió

No ve. Ha avisat que no vindria per un problema de feina.

### 26a sessió

A l'inici, com que la Carmen està inquieta perquè la sessió anterior no va venir, ella li fa un comentari per tranquil·litzar-la.

El grup tracta el tema de les festes de Nadal i ella només fa un petit comentari.

No és fins que el terapeuta la convida a parlar que ella no s'estén una mica dient que en els pobles les festes de Nadal són diferents i que aquí hi ha més hipocresia: la família no es troba en tot l'any, encara que sigui per prendre un cafè.

Més endavant el terapeuta proposa que els Nadals poden ser diferents des que falta un familiar i ella diu: “Sí, pot ser... és que és”. Però no afegeix res més fins que el terapeuta torna a interessar-se per ella i pot explicar que el seu sogre (el pare de l'exmarit) era una bona persona i que amb els actuals sogres té bona relació. Per Nadal, van a casa dels sogres i dels cunyats i no li agrada. El terapeuta ha de tornar a insistir perquè s'estengui i ella diu que no li agrada anar-hi perquè després no tenen relació. Es troben les quatre famílies juntes els quatre dies. Les seves intervencions són curtes i el terapeuta li ha d'anar preguntant perquè ella vagi aclarint que el seu germà viu a 100 km de Santa Coloma i es veuen cada 2-3 mesos.

No torna a intervenir-hi en tota la sessió.

No sembla que siguin les ansietats persecutòries el que fa que la Montse intervingui poc o només quan se la convida a fer-ho. Dóna la impressió que és la seva passivitat relacionada amb la seva dependència als altres el que la manté callada. És possible que aquesta dependència tingui relació amb un dol no elaborat de la mort de la mare, quan ella tenia 15 anys.

### 33a sessió

No ve, no avisa.

### 38a sessió

No intervé fins que el terapeuta, utilitzant la metàfora dels quists a partir del quist ovàric de la Carmen, i posa com a exemple la mort de la seva mare com un quist. Però ella només reacciona per corregir el terapeuta que diu que ella va marxar del poble als 18 anys i ella rectifica dient “Als 17”.

Tanmateix, quan la Vane més endavant diu que abans li costava parlar en el grup, la Montse afegeix que, “A ella ara no li costa parlar, però que abans sí”.

És rellevant aquesta impressió que té ella sobre com se sent en el grup quan la seva participació és mínima, i la mostra d'això és que no torna a parlar en tota la sessió.

### 39a sessió

No ve, no avisa.

## Conclusions Montse

Amb les sessions seleccionades de mostra, s'ha de concloure que la Montse ha fet una evolució molt discreta en el curs del tractament. És possible que les sessions seleccionades no siguin del tot representatives perquè, en realitat, no ha faltat tant a les sessions en comparació amb la resta de membres. Tanmateix, la seva poca participació, sempre dependent de si la feien participar, va arribar a desesperar els terapeutes.

Un aspecte que és il·lustratiu de la seva passivitat és que deixava viure en el seu pis el seu exmarit i que no posava límits a aquesta relació. Com que no podia evitar aquesta relació amb el seu exmarit, s'incrementava la gelosia de l'actual parella.

La seva dificultat per sortir d'un llenguatge concret va desesperar tant al terapeuta que, en una sessió, va proposar al grup que busquessin significats als càlculs renals que tenia i relacionar-los amb situacions de la seva història. Aquesta experiència la va desconcertar, però també va sacsejar-la.

És molt significatiu que no pogués venir a l'última sessió, cosa que demostra les dificultats que té per poder elaborar les situacions de dol que té. Com a antecedents, hi ha la mort de la mare quan ella tenia 15 anys i la seva fugida del poble quan en tenia 17. S'hi afegeix a més una relació amb el pare que ella viu com distant i poc afectuosa.

Només es veu en el curs del tractament el comentari sobre el temps, comparant com estava a l'inici del grup, quan li costava parlar, i al final que ja no li costava.

### **Comparativa Pre-tractament - Post-tractament**

	Pre-tractament	Post-tractament	Diferència
<b>HRAS</b>			
Ansietat física	13	6	7
Ansietat somàtica	10	2	8
Ansietat total	23	8	15
<b>HRDS</b>			
Total	14	4	10
<b>SF-12</b>			
CF	40.16	48.60	4.48
CM	35.78	53.85	16.64

(HRAS) Hamilton Rating Anxiety Scale; (HRDS) Hamilton Rating Depression Scale

Qüestionari de qualitat de vida SF-12,( CF), Component físic,(CM) Component mental

### Juan, 39 anys

Va ser derivat pel metge de família per un estat depressiu, amb una notable ansietat, a conseqüència de quedar-se sense feina. Té un fill de 6 anys i nega conflictes familiars, així com episodis depressius anteriors.

A l'entrevista de valoració ja es posa de manifest la seva ràbia per no poder comprendre el motiu pel qual va deixar la seva feina com a encarregat de magatzem. Explica que se sentia molt angoixat pel temor de no fer bé la feina i que li reprovessin, cosa que no va passar mai.

Tot i així, va abandonar la feina i creu que, si en troba una altra, li passaria el mateix perquè ja ho ha viscut dues vegades.

### 1a sessió

Inicialment, es mostra incòmode amb la situació grupal, de manera que no intervé fins que el terapeuta el convida a fer-ho després de notar que fa un gest amb el cap quan el grup ha començat a tractar el tema del suïcidi. Diu amb ràbia que això ell no ho faria.

Es manté callat fins que la Joana li diu que té curiositat per saber què en pensa, però que respecta el seu silenci i accepta que ell pugui decidir quin és el seu moment per intervenir-hi, que entén que ell necessita el seu espai.

Aquesta invitació, respectuosa, fent referència al temps i a l'espai, li permet intervenir per dir que ell no és un cas tan extrem com els altres que han explicat, i que li fa vergonya explicar-ho, perquè a ell li passa poca cosa. Relata el terror que li feia anar a treballar i com va deixar la feina, perquè de cop es posava a plorar, no podia aguantar la tensió que tenia en relació amb el treball, sense que tampoc tingués conflictes amb ningú en concret.

Tot va ser deixar la feina i l'estat d'ànim va canviar. No s'explica el que li passa. Se segueix desmarcant dels altres dient que ell no està tan greu i comença a atacar als que se suïciden dient que suïcidat-se és de covards i egoistes.

En relació amb suïcidi diu que gent propera a ell ho ha fet, sense que quedi clara la situació, i estableix una polèmica contra tot el grup atacant els suïcides amb molta agressivitat.

Ja en aquesta sessió, es mostra com una persona rígida amb les seves idees i disposat a discutir-les amb qui sigui de manera contundent. El que sobresurt d'aquesta sessió és la seva manera de ser, confrontant-se amb les altres i disposat a establir discussions. Dramatitza en el grup el seu conflicte de rebel·lió perquè el grup se'n faci càrrec, però no troba paraules per tractar el seus conflictes. No s'estén sobre la seva vida personal i el tipus de relacions familiars.

### 2a sessió

Tarda uns minuts a intervenir i ho fa quan es parla de la relació amb els comandaments de la feina. Llavors explica que se sent més alleugerit des que va deixar-la perquè tenia un cap amb qui no encaixava. Era una persona eixuta i ell no sabia si feia prou bé la feina perquè ell no li ho deia. Tenint com tenia responsabilitats de comandament, no podia deixar de pensar en la feina.

Reitera que té por que li torni a passar el mateix, però manté una certa esperança. Està pendent que li truquin per telèfon per a una nova feina.

Comença a establir un diàleg-discussió amb la Joana que fa que el grup quedi com a espectador. En aquest diàleg, tant l'un com l'altre, inicien la intervenció per "no", "no, és diferent", "no és igual", corregint-se l'un a l'altre i posant de manifest la competitivitat mútua.

Tanmateix, pot explicar com el seu humor és molt variable i que s'irrita quan veu les coses fora de lloc o que no són correctes. Mostra aquí el seu perfeccionisme i un superjò rigid. L'afany per dir el que creu fa que, quan la Joana diu que ella hauria de callar en algun moment, ell reacciona dient "No, per què t'hauries de callar?" Mostra un aspecte de rebel·lia i oposició al que creu injust.

Després es queda com a espectador del que passa en el grup fins que el terapeuta lliga la idea d'esperança oposada a la por i associant-ho amb la seva història relatada el dia anterior. Intervé dient: "Jo tinc esperança... i perdre la por, tinc l'esperança que arribi a un punt en què digui: "va ser un passatge". Sempre es té esperança, jo no miro enrere...

Bé, miro enrere i veig que m'he equivocat. Tothom s'equivoca, però acostumo a ser optimista, acostumo a ser-ho. Vull ser-ho! Tinc por? És clar que tinc por. Tothom té por, però optimista sempre. És la meua manera de veure-ho. Puc estar equivocat.”

Aquí es pot veure la seva lluita, el seu conflicte, entre una esperança desitjada i una por present, entre un passat que vol oblidar i un futur sense conflictes. Amb sinceritat exposa la seva por, però aquesta l'incomoda i ràpidament es defensa dient que tothom té por. Al final obre una porta al dubte dient que potser està equivocat. Aquesta expressió de dubte és feble i sembla estar més al servei d'atenuar la seva expressió categòrica que en alguns moments és arrogant.

### 5a sessió

No intervé inicialment i deixa passar aparentment un tema que es debat intensament en el grup: el lloc que cada un ocupa en el grup i a la vida, però planteja un tema central relacionat amb la tasca del grup: Què és pensar?

No sabem pensar.

Explica un que té un pensament de tipus rumiatiu que l'esgota, buscant un perfeccionisme que el frustra.

Intervé llargament per parlar de les coses del grup i mostrant la seva capacitat d'observació en recollir alguns canvis subtils com són somriures o l'aspecte que mostren alguns components del grup. Com que per ell això no és suficient, expressa el desig de canvis ràpids. Malgrat aquest desig de curació quasi miraculosa que ell, per un altre costat, nega, pot situar-lo en un procés, en un temps, en esmentar que el grup s'acaba el mes d'octubre, i així manifestar esperança d'una manera més realista.

Manté una reserva sobre les relacions vinculars que es poden produir en el grup dient que no espera res de ningú del grup ni dels terapeutes, però sí que espera una millora per a tots.

Després d'aquestes intervencions, cap a la meitat del temps de la sessió, es mostra més distant, sense intervenir-hi més, tot i que està atent al que és parla.

### 12a sessió

Hi intervé a l'inici per preocupar-se de l'Andrés preguntant-li com està, però té por de ser intrusiu i diu que ho pregunta, però no perquè l'interessi, sinó per si ell, l'Andrés, vol parlar d'alguna cosa. Ho fa amb un autèntic interès per l'Andrés, tot i que en dir-ho vulgui corregir-se perquè no es noti gaire.

En aquesta sessió, ja es pot observar un canvi en la seva expressió. Comença a sortir de la polèmica-discussió, de la confrontació, de la competitivitat que té en les sessions anteriors, així com del pensament rumiatiu.

Més endavant, es preocupa de tranquil·litzar el Daniel quan explica que els problemes que va tenir amb la família de la seva exdona, però ho fa carregant les culpes dels conflictes a aquesta família i exculpant-lo a ell.

Aquest diàleg que manté amb el Daniel és el preludi de l'explicació de com és el seu registre per processar els pensaments: està en una posició predominantment esquizo-paranoide.

Quan el terapeuta li mostra el conflicte que té ell quan no li donen la raó, explica que estava a punt d'entrar a treballar (al final no l'han agafat) en un lloc per dir als empleats "com havien de fer les coses". Aquesta posició de dir el que està bé i el que no ho està, tant si els agrada als altres com si no els agrada, perquè el més important és dir el que és correcte, la manté defensant-la amb energia al llarg de la sessió.

Concreta més les seves argumentacions explicant que no l'han contractat en una empresa, i li hi han dit que contractaven una altra persona perquè vivia més a prop del lloc de treball. Explica que el fet que no l'hagin agafat ha resultat un cop dur, més dur que quan ell es va acomiadar per no poder aguantar la tensió que els seus pensaments d'inseguretat li provocaven. Parla amb ràbia del sentiment de ser rebutjat, però ho relaciona amb el sentiment de culpa per haver deixat la feina anterior.

Aquesta ferida narcisista el pot apropar al sentiment de culpa, encara viscut de manera persecutòria, però amb una discreta variació en el to, que ja no és tan arrogant com havia mostrat anteriorment. Manté, això sí, que l'empresa que ha triat l'altra persona s'ha equivocat, però repeteix "que et rebutgin et cau molt malament".

Recull el que es va dir en el grup la setmana passada i afegeix que s'ha posat a fer coses per no pensar. Recupera el que el terapeuta li va dir a l'entrevista de valoració "que ell

no pensava, que rumiava”. Diu que vol passar pàgina i es pregunta: “Què és el que va dir a l’entrevista de feina perquè no l’agafessin? Comencen a aparèixer dubtes, expressats d’una manera sincera, sobre el que ha fet. També expressa el sentiment d’humiliació al mateix temps que es pregunta “Per què no m’han agafat?” Aquesta incertesa el manté molt inquiet i es pregunta repetidament sobre si ha estat ell, el que ha fet, el que ha dit, el motiu pel qual han preferit una altra persona.

El seu problema centra la sessió, i quan el terapeuta diu que ell no està mai content, diu: “A això vinc”, que tant pot referir-se a “És el que estava dient” com “Per això vinc al grup”.

La seva manera d’expressar-se, o bé el que diu, fa que la Joana esclati a riure sense poder parar. Ell accepta el riure descontrolat de la Joana sense molestar-se. És a dir, després d’expressar com s’ha sentit, humiliat i ximple, accepta que la Joana pugui riure del que ha dit, però no ho interpreta com que se’n riu, d’ell. Aquesta és una novetat en les reaccions del Juan que, en aquest moment, no presenta un registre esquizo-paranoide.

Quasi al final de la sessió, explica com n’és, d’exigent amb ell mateix i perfeccionista, busca sempre la superació en tots els camps.

Les seves afirmacions categòriques, indiscutibles, no són tan freqüents i han deixat pas al dubte i a l’ambivalència.

### 19a sessió

Arriba tard i es disculpa. Deixa espai perquè l’Andrés tracti el tema de les separacions sense intervenir-hi. L’Andrés està molt afectat per la separació.

Intervé per dir-li a la Joana que si ell se suïcida traurà un problema als fills, però els en donarà un altre. No reacciona amb agressivitat amb els que han intentat suïcidar-se com va fer a la primera sessió.

Torna a intervenir per tranquil·litzar l’Andrés, però també discrepa de la proposta que aquest fa (l’Andrés diu que són 15 anys de convivència dels que s’ha de fer la idea de que no han existit). Ell li diu que no pot recuperar el temps gastat en una etapa de la vida, però pot fer altres coses, pot tenir experiències noves. En el seu discurs, va inclouent-hi el pas del temps i les coses que poden quedar com un record.



Al final, quan el grup parla de les discussions de parella, ell diu que li ha canviat el temperament i que aquest canvi ja va aparèixer abans de la crisi per la qual va deixar la feina. Es pregunta com és ell, si és un maltractador amb la seva dona pels canvis d'humor que té, per com s'irrita i crida. Al final, agraeix a la seva dona que el vulgui aguantar, malgrat els canvis d'humor i la seva exigència perquè ella faci les coses exactament com ell vol.

Malgrat el seu perfeccionisme està content perquè està pintant la casa. És possible que el fet de pintar la casa ja sigui un intent de canviar l'ambient emocional de casa seva.

### 26a sessió

No ve.

### 33a sessió

Aquesta és una sessió particular perquè hi ha moltes absències i només es fa el grup amb ell i el Daniel.

A les sessions anteriors, havia explicat que ja havia trobat feina.

Explica que no va venir el dia passat perquè al seu pare el van atracar, al carrer, dues persones negres i ell va anar a casa del pare per fer-li companyia i portar-li el nen amb la intenció que es pogués distreure. Afortunadament, no li van fer mal, però es va espantar molt.

El terapeuta proposa que potser serà difícil recuperar la confiança i ell diu que serà un procés llarg. Associa l'estat del seu pare amb aquest esdeveniment i el desànim del pare per veure com els familiars, cunyats i germans van morint.

Es deixa ajudar pel terapeuta per expressar la ràbia contra els que van atracar el pare, però diu que la ràbia després es va anar esvaint veient que el pare està bé. Tot i així, se sent amb ràbia i amb el desig de fer justícia-venjança per ell mateix, tot i que ho matisa, ja que seria "*justicia por tu mano*".

Es deixa portar per les propostes dels terapeutes i del Daniel, de manera que pot parlar d'un episodi que va succeir quan era petit, en què van estirar la bossa de la seva mare al metro. Ell, que era al davant, no hi va poder fer res. Tenia 9 anys. Aquest relat té matisos, no és un record amb ràbia simplement. Diu que després d'allò anava pel carrer

amb una sensació estranya, que no té paraules per descriure-la, però sí que pot dir que li va quedar un sentiment de culpa, com si ell hagués pogut fer alguna cosa que no va fer. Quan la terapeuta li proposa el terme responsabilitat, ell l'accepta dient que va ser una situació de la seva infància que el va deixar marcat, amb vergonya.

Manifesta que el fet traumàtic del seu pare no el superarà d'un dia per l'altre. Aquesta identificació amb el pare dóna compte que ell assumeix la necessitat del pas del temps per poder fer un procés d'elaboració del trauma.

Relata la sensació que tenia quan li van dir que tornaria a treballar, que era que veia més llum al cel, a diferència de quan estava deprimat, que anava a les fosques i no sortia el sol per a ell. Aquesta sensació, la traspasa al que li passa al Daniel que diu que està millor, per després continuar parlant d'ell i del canvi que ha experimentat pel fet de trobar feina.

Pot parlar de com veia les coses abans i com les veu actualment, posa èmfasi en la subjectivitat i rescata la dificultat per poder aguantar la incertesa.

Ajuda en el desenvolupament de la sessió d'una manera fluïda sense afirmacions categòriques i incontestables.

Quan surt el fet que en aquesta sessió falten moltes persones, ell es queixa que en el seu grup d'amics és ell el que ha de fer sempre la proposta de quedar per anar a sopar, i els altres no se'n preocupen.

Apareix el tema de les relacions que mantenen els membres del grup i ell diu que són relacions més personals, a diferència de la distància que posava durant les primeres sessions. Manifesta el desig de tenir una relació més enllà del *seeting* establert, però accepta que això no serà així quan el terapeuta explica que és un fet que no acostuma a passar.

En parlar de la pèrdua de relació amb antics companys de la feina, d'alguna manera, està fent un procés d'elaboració del dol del propi grup que relaciona, amb les diferències corresponents, amb els acabaments i amb la mort.

Quan el Daniel tracta el tema de com pot gestionar ell mateix el seu temps i les seves activitats, el Juan diu que cada persona necessita els seus temps, els seus espais i tenir el

seu món, però que arriba un moment en què es troben a faltar les persones que s'estimen i que si s'està molt sol es troba a faltar poder compartir el temps amb ells.

En aquest moment, lliga diversos elements. Espai, temps, el món propi, l'absència de l'objecte i la necessitat d'aquest objecte. Està, per dir-ho d'alguna manera, sortint de l'estat narcisista en què es trobava en les primeres sessions.

Tot seguit, parla de com viure un temps sol fa madurar, arran que el Daniel es planteja anar a viure sol (quan es va separar, va anar a viure un altre cop amb els seus pares). Aquesta pot ser una manera d'expressar com l'absència temporal de l'objecte pot permetre un desenvolupament. Ell afegeix, en relació amb el Daniel, "és un pas més". Veiem com aquí ja no és el Juan el que vol anar de pressa com a les primeres sessions. Ara diu que les coses van a poc a poc. Ja no s'esperen canvis miraculosos, integra l'element temps en el seu discurs i ho fa sortint de la seva història per aplicar-ho a la història dels altres.

A la sessió 36, s'acomiada del grup dient que no podrà tornar perquè la seva dona treballa i ell s'ha d'encarregar del fill a les tardes.

### Resum

En Juan és una persona que va iniciar el grup amb unes intervencions que reflectien un gran rigidesa. Expressava amb molta contundència les seves opinions, de manera que donava la impressió que per ell eren veritats absolutes, inamovibles i incontestables. Tenia una actitud arrogant.

L'agressivitat que mostrava amb les seves afirmacions va sorprendre el grup des de la primera sessió quan es va tractar el tema del suïcidi. Aquesta actitud es va poder modificar en el transcurs del tractament, tal com es va poder veure a la 26a sessió, quan va tornar a sortir el tema i es va mostrar molt més flexible, potser més comprensiu. Si realment l'apreciació que és més comprensiu fos certa, voldria dir que s'hauria permès poder ser empàtic i sortir de la posició en què es trobava, és a dir, atrapat en un jo ideal.

Segons Lagache (1958), "el jo ideal és una formació narcisista inconscient concebuda com un ideal narcisista d'omnipotència que no es redueix a la visió del jo amb l'allò, sinó que implica una identificació primària amb un altre objecte catectitzat amb l'omnipotència, és a dir, la mare". Així, durant el tractament, el jo ideal va cedint força

per donar pas a un ideal del jo, que és una formació intrapsíquica més propera a la realitat, i amb la possibilitat de connectar amb l'objecte per la disminució de la força narcisista.”

Aquesta evolució que en Juan mostra es pot observar en el procés del tractament, en el decurs de les sessions, que té el seu corol·lari a l'última sessió de les que s'analitzen i en què ell participa, 33a sessió, quan es pot verificar aquest aspecte del seu jo ideal quan relata un fet traumàtic infantil, com és el robatori de la seva mare en el metro en què ell no pot fer-hi res. Aquesta impotència, per no poder impedir el robatori, entra en conflicte amb el seu jo ideal fent que aquest encara es reforci més i aparegui un element important per a ell que fa explícit en aquesta sessió: la vergonya. Com descriu Jean Luc Donnet (1993), “la vergonya està sustentada pel fracàs del jo ideal d'una manera traumàtica”. Es tracta d'una descripció que ja va fer d'una manera novel·lística Joseph Conrad (1991) a *Lord Jim*.

La dimensió del temps forma part, cada vegada més, en la seva manera de pensar i pot sortir del que ell es queixa a l'inici del tractament: que és d'un pensament rumiatiu, circular, “atrapat en el temps”, en què no hi ha la possibilitat d'una idea nova. D'aquesta forma, passa a un pensament en què la dimensió temps està incorporada i pot passar a una posició depressiva (Klein, 1935).

Les seves dificultats per acomiadar-se ja les fa explícites a la sessió número 11 (llegiu el fragment en què la Natàlia s'acomiada) quan diu: “jo sempre dic fins aviat, mai adéu”, i es fan més paleses amb l'*acting out* que fa quan avança l'acabament del tractament justificant-lo amb dificultats horàries. Tanmateix, va poder acomiadar-se del grup en una sessió que no està analitzada, la 36, la qual cosa pot considerar-se una evolució en la seva manera de fer.

### Comparativa Pre-tractament - Post-tractament

	Pre-tractament	Post-tractament	Diferència
<b>HRAS</b>			
Ansietat física	13	4	9
Ansietat somàtica	12	2	10
Ansietat total	25	6	19
<b>HRDS</b>			
Total	20	2	18
<b>SF-12</b>			
CF	36.08	51.16	15.08
CM	41.57	56.35	14.77

(HRAS) Hamilton Rating Anxiety Scale; (HRDS) Hamilton Rating Depression Scale

Qüestionari de qualitat de vida SF-12,( CF), Component físic,(CM) Component mental

#### Natàlia, 42 anys

Derivada per quadre depressiu greu aparegut després de la mort de la mare, fa quasi 3 anys. Tractada amb antidepressius des de l'inici de la depressió sense millora clínica.

L'aspecte és d'estàtua de cera, inexpressiva, amb un lleuger retard a la resposta, que no és atribuïble a la sedació per la medicació.

Té una vida familiar sense conflictes, segons relata. Casada amb una filla adolescent, sense problemes econòmics.

Sempre ha tingut tendència a estar deprimida sense que es pugui aclarir amb què ho relaciona, tret de l'episodi actual que està clarament relacionat amb la mort de la mare.

#### 1a sessió

Es manté a l'espera i deixa que els altres es manifestin.

Quan el terapeuta fa esment d'una cadira buida que obre interrogants en el grup, de manera que el grup no sap si els terapeutes s'han equivocat posant una cadira de més o si la cadira està ocupada per un fantasma que no es veu, ella fa un petit gest com si volgués intervenir, però no ho fa fins que el terapeuta l'anima a fer-ho.

Explica que, per la família, ha estat una tragèdia que la seva mare se suïcidés llançant-se pel balcó fa quasi tres anys. Vivien molt a prop i ella l'anava a veure quasi diàriament. Respon les preguntes que se li fan sobre l'esdeveniment d'una manera molt sintètica.

El grup queda molt impactat pel relat d'aquest suïcidi, cosa que provoca un debat entorn al tema, de manera que surten ideacions suïcides, intents de suïcidi i la reacció del Juan atacant els suïcides, tractant-los de covards i egoistes. En tot el debat i la controvèrsia que crea el tema, ella es manté en silenci.

Quan és l'hora de marxar, anuncia que la pròxima setmana no podrà venir perquè marxarà uns dies fora.

### 2a sessió

Ja havia anunciat que no vindria.

### 5a sessió

El grup porta 3 minuts treballant. Truca a la porta, però es queda fora fins que el terapeuta va a obrir.

Quan el terapeuta planteja el fet que la Natàlia no ha entrat fins que l'han anat a buscar, ella se sent incòmoda i vol justificar-se per haver arribat tard. Com que el terapeuta insisteix en el fet de quedar-se fora, sense poder entrar, ella diu que entrar de cop en el grup és violent.

El terapeuta continua treballant el tema del lloc que ocupa cadascú en el grup i la dificultat per fer-se'l seu. Ella es torna a justificar dient que la porta no s'obre per fora, cosa que provoca les rialles de tot el grup, perquè és evident que la porta es pot obrir per fora.

El fet de no poder entrar en el grup si no li donen l'entrada és un fet que es repeteix, com a la primera sessió, que no pot intervenir fins que el terapeuta la convida a fer-ho. Aquesta dificultat per entrar a ocupar un lloc en el grup i la seva expressió de gran tristesa mostra la situació depressiva d'una manera colpidora.

El grup, però, no s'ocupa d'ella, ni els terapeutes tampoc, de manera que queda com a espectadora, sense poder entrar en escena i sense dramatitzar els seus conflictes. Tant el

grup com els terapeutes, possiblement impactats per la mort violenta que ella representa, s'obliden d'ella, per tant, d'aquesta manera, no pot ocupar un lloc en el grup.

De fet ja no va assistir a la 2a sessió perquè se'n va anar de viatge.

### 15a sessió

El fragment final d'aquesta sessió s'aporta aquí per la rellevància que té per al grup i possiblement per a la pacient. També perquè mostra com els terapeutes poden intervenir per ajudar a l'elaboració d'un dol, com és la pèrdua d'un membre del grup.

Per la inassistència de la pacient i perquè no dóna notícies sobre els motius de les seva absència, el terapeuta li truca per telèfon. Ella diu que no pot tornar al grup perquè té problemes laborals, però accepta la proposta que li fa el terapeuta de venir a acomiadar-se del grup.

En començar la sessió, la Natàlia no ha arribat i el terapeuta explica la conversa telefònica dient que vindrà avui a acomiadar-se.

Arriba uns minuts tard. El grup està molt ocupat tractant el problema dels adolescents fills que tenen alguns membres del grup durant 1 hora, i ella es queda en silenci sense intervenir-hi fins que el terapeuta planteja l'acomiadament de la Natàlia, quan falten 15 minuts per acabar la sessió, que es transcriu a continuació i que podem anomenar "un acomiadament exprés".

### **Acomiadament ràpid**

Quan el grup portava una hora treballant sobre com els afectava l'adolescència dels seus fills...

**Terapeuta:** Aquí, en el grup, està succeint una cosa: de la Montse, no en sabem res i ningú s'ha pogut preguntar què li deu haver passat.

La Natàlia ha arribat tard i jo ja havia anunciat que vindria per acomiadar-se i aquest tema ha quedat tapat pel problema dels adolescents. És un assumpte, però, que no podem oblidar.

**Natàlia:** He començat... no, jo treballava els dimarts a la tarda i ho havia anat canviant per un altre dia fins que no he pogut més, perquè em puc quedar sense feina. És per això aquest motiu que jo venia tard, perquè des del treball venia cap aquí i m'és impossible venir. Em sentia molt a gust amb el grup, em sentia bé, però no puc fer més tripijocs.

**Terapeuta:** Potser podria explicar al grup com se sent, perquè a part que un no pugui fer més tripijocs... Com es veu a si mateixa? Què és el que vostè creu que necessita? Em sembla que ho pot parlar amb el grup.

**Natàlia:** Estic quasi igual. Ahir mateix, va fer tres anys de la mort de la meva mare i vaig estar tot el dia donant-li voltes. Penso que algun dia, amb el temps, m'anirà passant, els pensaments, aquestes coses. També haig de posar de la meva part, com tots, oi?

(Pausa)

**Terapeuta:** El que passa és que és difícil fer-s'ho un sol, perquè el problema no és tant ajudar-se a si mateix. El més difícil és demanar ajuda, cosa que aquí, en el grup, també passa. És difícil, aquí, en el grup, dir que es necessita ajuda... en alguns moments... I en d'altres no, també és cert. Una altra cosa és on va un a demanar aquesta ajuda? A vegades, no tot el que un troba li serveix. Potser que el que a un li va bé, a l'altre no. El que no es pot fer és esperar que el temps per si mateix solucioni les coses, encara que es tingui esperança que el temps ajudi.

**Carmen:** Ajuda, es refereix a expressar el que cada un sent? És que a vegades expressar el que un sent t'ajuda molt.

**Terapeuta:** Està bé, està bé, però no és només un treball d'evacuació del malestar, sinó també un treball d'aprenentatge. Com es pot aprendre si no hi ha una experiència amb els altres? Com trobar l'altre per tenir una experiència amb un mateix?

Silenci

(La Vane diu a la Natàlia que li aniria bé seguir en el grup, encara que sigui seguint fent tripijocs).

**Terapeuta:** Fins a quin punt fent tripijocs es pot estar tranquil fent el que està fent? O bé els tripijocs són pitjors?

**Joana:** Això ho haurà de decidir ella.

**Terapeuta:** Bé, en primer lloc, és d'agrair, Natàlia, que vostè hagi vingut a acomiadar-se del grup; i en segon lloc, em sembla que hauria de demanar ajuda.

**Natàlia:** Ja estic prenent antidepressius.

**Terapeuta:** Està bé, està bé. Però això són com cataplasmes, que van bé, van bé, però no solucionen els problemes.

**Natàlia:** És clar, és clar.



**Juan:** Si se'm permet, a mi em sembla que podria quedar la seva cadira lliure i si algun dia pot venir a expressar-se... jo no tindria inconvenient... vaja! Si la resta no té inconvenient.

**Joana:** Jo opino el mateix.

**Terapeuta:** A mi em sembla que no. La Natàlia ha estat molt valenta a venir avui, aquí, a acomiadar-se, però hem de deixar-la que s'acomiadi. Ha estat una etapa i cal deixar-la que busqui altres recursos. Ja els trobarà, no es quedarà tirada.

**Juan:** No, ni molt menys. Jo ho he dit per ajudar-la.

**Terapeuta:** Però les etapes es tanquen i s'ha acabat. No passa res greu. Si algú es mor, cal tirar endavant. Que és difícil? Això sí, és difícil. Però si no, el que fem es que la Natàlia es converteixi per al grup com un fantasma. Hi és o no hi és? Que és el mateix que passa amb la mare de la Natàlia, que hi és? O no hi és? Doncs això no pot ser. Cal enterrar els morts, cal enterrar les històries. I és difícil, però amb la confiança i l'esperança que la Natàlia trobi suports, camins...

**Natàlia:** I tant!

**Joana:** Jo comprenc el que diu, però jo tal com veig la Natàlia, li serà difícil buscar en aquests moments.

**Terapeuta:** Jo confio que ho trobarà. Que aquest grup és molt bo, fantàstic, interessant? Sí. Però no som el melic del món i la Natàlia, si ella vol, trobarà la mà d'algú.

**Juan:** Cal mirar endavant, el costat positiu. Per tu, sortir de casa o anar a treballar ja és un èxit. Cal mirar la cara positiva. Comparteixo el que diu el doctor, tu has de tirar endavant. L'únic que t'haig de dir és que tant de bo et vegi demà pel carrer amb un somriure a la cara.

La Natàlia somriu.

**Juan** (afectuosament): I amb un somriure vol dir que a poc a poc vas endavant.

**Terapeuta:** Això és quasi una abraçada, Natàlia.

**Natàlia:** Bé, és que jo sóc tan seriosa..., que per mi un somriure seria difícil.

**Carmen:** Bé, però ara has somrigut.

**Juan:** Amb això ja em dono per pagat.

Silenci.

**Juan:** Bé, ara hem callat.

**Terapeuta:** És difícil dir adéu.

**Juan:** Per això, jo sempre dic: a reveure!

**Carmen:** A vegades cal passar pàgina.

**Terapeuta:** Podem compartir aquesta esperança.

El terapeuta diu que ja és l'hora.

### Conclusions

La Natàlia té un quadre depressiu greu amb una inhibició que no li permet entrar a fer una elaboració del dol a través del grup.

Hi ha, en el seu aspecte i en la seva actitud, una presentació fantasmagòrica per identificació amb un objecte malenconiós, la mare, que envaeix quasi totalment el seu Jo. El seu aspecte és d'una ànima en pena que no troba el seu lloc i es va movent a la deriva.

L'únic que el grup ha pogut fer per ella és proporcionar-li un comiat digne. Els efectes d'aquest comiat no es poden verificar a curt o llarg termini, però, per un moment, hi ha una reacció afectiva, compartida pel grup i que el terapeuta s'encarrega de remarcar, que la fa sortir del bloqueig en què està immersa.

En tot procés terapèutic, l'elaboració dels dols constitueix un treball que permet l'evolució de conflictes que estan estancats. La Natàlia exemplifica aquest aspecte, la qual cosa permet al grup tenir l'oportunitat d'encarar un dels dols del grup, com és la pèrdua d'un dels seus membres, i es constitueix com a representant de les pèrdues que han pogut tenir els altres pacients en les seves vides, i també com a representant anticipat de la pèrdua del mateix grup com a tal.

### Daniel, 45 anys

Derivat pel metge de família per trastorn depressiu greu a causa de la separació matrimonial. Ha rebut gran quantitat de denúncies per part de la seva dona i les seves visites als jutjats són freqüents.

A causa de la depressió i per la intensa ansietat que patia, va abandonar la feina que feia com a autònom.

L'ansietat a l'entrevista és notable. Té un antecedent de trastorn depressiu de quan tenia 18 anys, pel qual va ingressar en un hospital psiquiàtric.

### 1a sessió

A la roda inicial, en què expliquen el motiu pel qual estan malament, diu que li fa vergonya explicar-ho perquè la seva dona l'acusa de maltractador, cosa que és falsa. En els tres últims anys, ha perdut la feina, el pis, té una ordre d'allunyament de l'exdona. Té sort dels pares i els amics que l'ajuden. És possible que no s'hagi sabut defensar i cap jutge li ha donat la raó. La justícia actua d'una manera que és una tortura per als homes. Està condemnat per insults, vexacions i amenaces, però ell no l'ha agredit mai físicament. Ell l'ha insultada, de la mateixa manera que ella també ho ha fet. Després de tres anys, va tirar la tovallola, va deixar la feina perquè ja no podia més.

Quan la Vane diu que se sent cohibida per explicar el que li passa, ell afegeix que també li és difícil. Com que la Vane demana que li preguntin coses, ell diu que li costa preguntar.

Es pregunten i es responen amb la Vane establint un diàleg entre ells i el Daniel ja mostra la "valència" (Bion, 1961) que té per entrar en polèmica si hi ha algú com la Vane que ho provoca. Aquesta facilitat per entrar a discutir amb l'altre es manté durant tota la sessió. Així, per tractar el tema del suïcidi, quan la Natàlia explica el suïcidi de la seva mare, ell diu que ha pensat a vegades de suïcidar-se però que té por, pànic a fer-ho. El seu relat és en forma de discussió amb la Vane, principalment, que és qui li dona peu a fer-ho.

La seva forma d'intervenció és afegint alguna cosa al que diuen els altres, tant els companys com els terapeutes. Interromp amb facilitat el discurs de l'altre per expressar el que sent, com quan la Joana diu que ella s'estima el marit i els fills i ell afegeix: "Això és la felicitat". La Vane diu que la felicitat és el que la Joana sent, i el Daniel respon: "Sí, però sentir-se estimat..."

A més de mostrar com interacciona amb els altres amb aquesta intervenció, mostra com és per ell important sentir-se estimat en aquests moments, especialment tenint en compte que només pot veure els fills el cap de setmana. A més, sabem que és freqüent que si els dos pares estan en litigi, els fills s'inclinen amb facilitat a favor de qui té la custòdia.

Quan en Juan ataca els suïcides qualificant-los de covards i egoistes, ell intenta polemitzar dient: “A veure.. si és covard, però...” Llavors, el Juan l’interromp i ell calla, de manera que el Juan continua la polèmica amb la Joana i la Vane.

Quan el terapeuta obre al grup la possibilitat de pensar com és que han arribat on són i com és pot entendre, ell explica que ha estat massacrat durant tres anys, tenia menys ingressos, la feina va disminuir i no podia pagar la pensió puntualment. Aleshores, l’exdona el denunciava i ell havia de tancar el negoci per anar als judicis. Va anar contraient deutes fins que no va poder més.

El seu relat és molt concret, factual, i no s’alterna amb un llenguatge proper a les significacions.

Quan el terapeuta parla de la dificultat a poder preguntar al Carmelo quin és el seu país d’origen, ell diu que està acostumat a tenir amics estrangers i que avui no té curiositat per preguntar-ho. També perquè és el primer dia de la psicoteràpia i encara no es coneixen.

No intervé quan el terapeuta planteja el tema de les festes de Nadal.

En aquesta sessió, en Daniel ja mostra amb la seva manera de polemitzar el tipus de relació que pot mantenir amb els altres, discutint, sense poder escoltar. D’alguna manera, reproduïx en el grup el tipus de comunicació que devia tenir amb la seva exdona. A més, no hi ha un interès per comprendre, sinó més aviat un interès per evacuar l’ansietat que els conflictes li generen.

## 2a sessió

Comença explicant que està millor perquè ha pogut estar amb els seus fills, tot i que li produeixen estrès. Quan va a dormir amb ells, se sent millor.

No pot continuar gaire amb la seva explicació perquè la Vane ha d’explicar amb una certa urgència que se sent alleugerida perquè l’han acomiadat. El grup es queda tractant temes laborals i ell diu que els seus problemes personals van fer que tingués problemes laborals.

Més endavant, quan la Joana diu que intenta aprendre dels membres del grup i comprendre els problemes que tenen els altres, ell diu que això és voler veure que hi ha

gent que està pitjor. Explica que va tenir una experiència de psicoteràpia de grup als 18 anys i que el fet de veure que hi ha persones que estan pitjor alleugereix. La Joana respon insistint que vol aprendre i ell li replica acceptant al final la proposta de la Joana.

Fa petites rèpliques, com ara, quan la Joana diu que ella no gestiona bé les emocions. Ell afegeix: “I qui les gestiona bé?”

Després d'un petit diàleg amb la Vane, s'allarga una mica més en el seu relat: “Jo crec que tenim por a encarar la vida. Veus que tothom ho enfoca bé, i un pensa. I jo, per què no puc fer-ho bé? Potser és el caràcter o la forma de ser..., el pànic..., ser a dintre el que fa és que et tanquis a tu mateix..., i fa que siguis incapaç de passar per una porta... A mi em fa por trobar-me un client...i quan em pregunten que és el que m'ha passat, intento sortir de la situació amb evasives al més aviat possible. Em fan por els comentaris, la por, és això el que tenim en comú els que estem aquí”.

Aquesta és la primera vegada que fa un relat reflexiu en què pot explicar emocions i que posa en comú als diferents membres del grup. Però és una manera d'expressar-se que no dura gaire i torna a les rèpliques i contrarèpliques per acabar establint polèmiques amb els altres.

La Montse explica que va al grup per un problema de parella i ell intervé ràpidament per dir-li que és millor que se separi aviat, perquè una retirada a temps és una victòria. També li diu que com més aviat talli la relació, més aviat es recuperarà.

La inquietud, l'angoixa que pateix fa que tingui una participació en forma de diàlegs-polèmiques. S'enganxa ara amb la Vane, ara amb la Joana... i, amb l'explicació de la Montse, ell creu que entén el seu conflicte d'ella amb el marit, que és el mateix que té ell. És a dir, ell creu, per identificació projectiva, que el conflicte de la Montse és el mateix que té ell i li recomana la separació.

### 5a sessió

El grup s'inicia preguntant-se en què consisteix això del grup i com es fa, com es treballa. Què és el que han de dir? I la Carmen utilitza el model de les pel·lícules. Ell afegeix que el temps de la sessió se li fa curt.

Quan la Vane diu que està una mica perduda, ell afegeix: “Potser a l’octubre (el mes que finalitzarà la psicoteràpia) sabrem una mica millor el concepte” (iriu nerviosament).

Aquestes són unes referències notables que ell fa sobre el temps. Primer, amb la sensació que se li fa curt el temps de la sessió, i després recordant el temps com a marc de treball –fins a l’octubre– amb el temor de no comprendre l’experiència grupal.

En un moment de silenci, el trenca per dir que el que li va bé és fer esport perquè no el fa pensar i dorm millor. Aquest trencament dels silencis és una constant. Aquesta acció de trencar el silenci i la seva comunicació sobre l’esport mostra la manera de calmar les seves ansietats: amb l’acció per no pensar; acció en l’esport, i acció en el grup.

Inicialment, no intervé en la discussió que tenen la Carmen i el Juan sobre com pensen i sobre el que és pensar, però al final diu: “Almenys t’adones que penses massa”. Ell no vol pensar perquè els pensaments de tipus persecutori li produeixen una angoixa que no pot suportar.

Més endavant, l’Andrés està inquiet perquè està mostrant la seva baixa autoestima i el Daniel l’intenta calmar amb frases curtes com: “Tranquil, tu tens la teva manera de parlar... T’entendem... Tu pots parlar d’una manera i jo d’una altra...”

Ell veu en l’Andrés la seva pròpia angoixa i intenta calmar-la tranquil·litzant l’altre.

Torna a intervenir quan el terapeuta li pregunta per la seva història. Llavors, s’estén explicant que fa tres anys que està “matxacat”, amb denúncies repetides per no fer el que la seva exdona vol. Diu que veu un mosso d’esquadra i s’espanta, se sent tractat com un delinqüent. Ha rebut moltes denúncies i ara ell s’ha decidit a denunciar-la. (Dóna la impressió que fa el mateix que en el grup, rèplica i contrarèplica, i amb l’exdona denúncia-contradenúncia).

Explica que tot va començar un dia amb una discussió molt forta. La seva dona, de petita, va patir abusos sexuals per part del marit d’una tieta. La família, durant molts anys, va fer els ulls grossos i no es va parlar mai del que havia passat. Ell no podia seure a taula amb el que havia abusat de la seva dona quan aquesta era una nena. Però, quan la tieta es va separar del marit, ell va trucar a la tieta per veure si es podien reconciliar amb la seva dona. La tieta, però, es va enfadar molt i va trucar als sogres del Daniel que van

fer costat a la tieta (el conflicte no queda molt clar en el seu relat). Li van dir que ell no era ningú per ficar-se amb la família. Van tenir una discussió molt forta, la qual va provocar, al cap de dos dies –segons el Daniel–, el part de la seva dona (tot i que no sembla que hagués estat tampoc un part prematur).

A partir d'aquell dia, ell va voler tallar la relació amb els sogres, però la convivència amb la seva dona va quedar morta i la relació amb els sogres també. Arran d'aquests fets, es van separar. Creu que la ràbia que tenien els sogres per no haver denunciat els fets, els abusos sexuals, la van pagar amb ell. Li produeix ràbia que els sogres haguessin callat els abusos.

Amb aquesta llarga explicació, en Daniel pot relatar els motius, parcialment, de la “guerra” amb la seva dona. Explica com es va precipitar anant pel seu compte sense consultar-li-ho. Aquesta precipitació és la que mostra també en el grup en interrompre els altres o, més freqüentment, afegint una frase, cosa que condueix a fer que els diàlegs es converteixin en una lluita: pregunta-resposta, comentari-comentari complementari, rèplica-contrarèplica, acció-reacció. Podem pensar que les discussions amb la seva exdona devien estar marcades per aquesta manera d'entrar en contacte en forma de lluita, per tant, devia ser difícil, sinó impossible, escoltar i entendre.

Com que en el grup surt el tema de la confidencialitat i la Montse està inquieta, ell afegeix: ”Ja, però tot queda aquí”. Aquesta és una forma d'intervenció constant d'en Daniel. Vol tranquil·litzar l'altre ràpidament o es tranquil·litza ell amb algun comentari. Sostenir l'angoixa, la qual cosa podria permetre deixar-li un temps per pensar, és una de les seves principals dificultats.

### 12a sessió

A l'inici de la sessió, hi ha un petit silenci que ell trenca amb “Com estem tots? Bé?”, cosa que no fa que el grup aporti cap comunicació i que vagi seguit d'un silenci.

Després no intervé quan l'Andrés explica les dificultats que té amb la seva parella, ni tampoc intervé quan la Carmen explica com li és de difícil a ella posar límits als desitjos dels altres.

S'ofereix perquè la resta li preguntin sobre qualsevol cosa o història. La Joana li va preguntant i donant la seva opinió i ell hi va fent intervencions curtes. D'aquesta

manera, pot explicar que ell coneixia el tema dels abusos, però que era un tema del qual no es podia parlar a la família de la seva dona. La família d'ella acceptava aquest home, el marit de la tieta, però ell no ho podia fer.

La seva dona era brusca quan ell l'acaronava. Reconeix que es va precipitar a trucar a la tieta buscant un apropament entre la tieta i la seva exdona, però que per ell va ser incompressible la reacció dels seus sogres. Ell només volia l'harmonia a la família.

A més de la Joana, també intervenen els terapeutes i després la Carmen afegeix que ell es va equivocar a no consultar-ho amb la seva dona.

Diu que s'alegra d'estar fora d'aquella família, però que ara s'ho passa molt malament pels seus fills. Diu que no ha pogut deixar de contestar a les seves provocacions. S'insultaven, va venir la policia a casa..., tantes denúncies! Incorpora la paraula "tabú" proposada pel terapeuta, pels abusos sobre la seva exdona.

Després deixa que la resta tracti els seus problemes.

Quan la Joana esclata a riure i s'excusa per aquesta reacció, ell afegeix: "Sempre que un riu..., almenys, no està pensant en res"

Fins ara, en Daniel s'ha pronunciat en la direcció que és millor no pensar, i actua en aquest sentit utilitzant les paraules en forma d'acció per no pensar. Tot i així, tota la seva explicació li permet apropar-se al seu conflicte i tolerar millor l'angoixa que li provoca.

### 19a sessió

L'Andrés fa una cara de patiment que no és habitual en ell i el Daniel li pregunta què és el que li passa.

L'Andrés explica els seus problemes de parella. El grup tracta sobre l'agressivitat que apareix en el moment de les separacions a través dels casos de l'Andrés i la Vane, però ell espera per intervenir-hi. Ho fa d'una manera confusa dient que l'Andrés no és una persona dolenta i que, segurament, serà un alliberament el fet d'haver-se pogut separar. Replica a la Vane dient que en la separació no hi ha alleugeriment perquè hi ha el tema dels fills. Després es manté en silenci fins a un moment en què parlen tots alhora i diu: "Jo no sóc cap angelet, però tampoc sóc un dimoni".



El terapeuta el convida a parlar perquè havia vist que volia intervenir-hi i llavors ell pot explicar que va respondre als insults de la seva dona i que havia d'haver callat. Ella s'emportava els nens a casa dels sogres perquè ell no els veiés i el que li va fer molta ràbia és que ella canviés el pany i es quedés amb tots els béns de la casa.

El terapeuta suggereix que una forma d'agredir els altres és el suïcidi, i ell respon que ho ha pensat moltes vegades, però que no ho ha fet pels seus fills. El tema del suïcidi, recuperat de la primera sessió, permet que el Daniel i tot el grup en puguin tornar a parlar.

El grup torna a parlar de les relacions de parella i ell hi participa de manera que pot explicar que fa un any que té una nova relació i que ell li diu tot fent broma: “Anem a discutir” i ella li respon: “No em ve de gust” i, aleshores, no surten temes per discutir.

En aquest últim fragment, en Daniel mostra com per entrar en contacte amb l'altre necessita provocar-lo, oposar-s'hi i crear una discussió. És com si es volgués trobar a ell mateix a partir de l'oposició. Els resultats són contraris al desig perquè aquesta manera de relacionar-se acaba provocant un vincle d'odi com el que manté amb la seva dona.

### 26a sessió

A l'inici està inquiet i pregunta: “Tot va bé, no?... Més o menys?...O igual?”

El terapeuta li mostra com ell busca un tranquil·litzant en les respostes dels altres i s'agafa a la cosa més concreta dient que ha disminuït la dosi d'ansiolítics. Manifesta que, tot i que els medicaments no li han agradat mai gaire, a vegades són necessaris.

Aquesta resposta mostra com en Daniel, una altra vegada, entra en discussió recurrent a les coses més concretes, com ara, l'ansiolític, i no pot acostar-se a la dimensió simbòlica de les paraules de l'altre.

Quan el terapeuta suggereix que l'ansiolític pot ser una manera d'omplir un buit interior, queda una mica desconcertat, de manera que admet la possibilitat i diu que potser tot el grup té això en comú. I afegeix: “Com es pot esbrinar el que falta?”

Això porta al grup a parlar dels Nadals i ell pot explicar que fa 4 anys va morir un nebot d'un càncer cerebral quan tenia 18 mesos de vida. En els mesos en què va durar la malaltia, la família va estar més unida. Després de la mort, el seu germà està sempre

més trist. La família s'ha refet més o menys del cop, però les coses no tornaran a ser com abans.

S'agafa a l'expressió de la Joana dient que per les festes de Nadal hi ha molta hipocresia i posa com a exemple la relació amb un tiet de la seva dona amb qui es veien per Nadal, però després no tenien cap tipus de relació. Conclou que tot era una falsedat. El tema del Nadal li permet explicar extensament que, després d'aquestes festes, un cop s'havia enfadat amb els seus sogres i no va voler anar a casa d'ells, cosa que va incrementar les discussions amb la seva dona i, de retruc, les seva relació va empitjorar. Admet que potser aquí es va equivocar. "A vegades, les discussions comencen per una fotesa..., però cadascú té la seva veritat..."

Aquí hi ha un canvi en la seva actitud. Es mostra ambivalent. Per una part, admet que es va equivocar, però "cadascú té la seva veritat". Admet que pot haver-hi diferents punts de vista, però que la conciliació no és possible. També explica el que li passa: "les discussions comencen per una fotesa" perquè, en realitat, són un pretext per discutir.

Al final de la sessió, el grup comparteix la sensació que van desajustats amb el temps i ell diu: "El temps va molt ràpid o jo vaig molt lent".

En aquests moments en què el grup pot parlar de la sensació subjectiva del temps, ell hi participa identificant-se amb el grup.

### 33a sessió

En aquesta sessió, només hi ha en Juan i en Daniel.

En Juan explica que han atracat el seu pare pel carrer i en Daniel diu que també van robar al seu pare. És de la mateixa opinió que el Juan, que amb els robatoris fan mal psicològicament, sobretot perquè es tracta de persones grans que se senten impotents.

El terapeuta obre la possibilitat de relacionar la impotència dels fets que relaten amb altres moments que els hagin fet sentir impotents. Ell diu que són sensacions que es van superant a poc a poc.

D'una manera enllaçada amb el diàleg que manté amb el Juan, explica que, a poc a poc, va veient la llum i recorda com se sentia quan va ingressar a l'hospital psiquiàtric als 18 anys.

Explica que ha fet alguna entrevista per treballar (feia 3 anys que no treballava) i que li està costant donar aquest pas. Afegeix que està avançant en el curs que fa d'informàtica. També explica que la seva dona no l'aclapara tant, cosa que atribueix al fet que es deu haver cansat d'ell, en to de broma. També comenta que pot ser que sigui per la influència de la nova parella d'ella i diu que el deu haver ajudat a veure la lògica de les coses.

El terapeuta li pregunta que, fins a quin punt, ell creu que el grup l'ha ajudat i diu que no ho sap: “No sé si l'evolució que he fet ha estat normal o bé pel fet de venir aquí, al grup. No ho sé.”

Aquí veiem que no es manifesta tant com la persona inquieta que no pot suportar l'ansietat i que explica que tot està malament. Mostra els avenços que va fent, però no sap què ha canviat en ell. No pot admetre que potser l'exdona ha canviat perquè l'actitud d'ell ha canviat.

Parlen de la finalització del grup i diu que aquesta és una experiència diferent de totes les teràpies que ha tingut i no sap què sentirà quan s'acabi. Voldria tenir un contacte d'amistat amb els membres del grup i pregunta si és normal que quan s'acabi un grup la gent no es trobi mai més, per afegir “Tot s'acaba”.

Explica que intentarà llogar un pis per a ell sol. A més diu que la relació amb l'actual parella és bona, però que de moment han d'anar a poc a poc i que no vol anar a viure amb ella perquè amb una experiència dolenta de parella ja és suficient –en to de broma–. No ha viscut mai sol i li ve de gust tenir aquesta experiència, que augura pot ser gratificant. Vol viure sol per fer el que ell cregui, cosa que no ha pogut fer mai. Apareix per primera vegada el nom de la parella. Diu que a tothom li aniria bé viure un temps sol, cosa que ajuda a madurar.

Tot fent broma, diu que la seva exdona feia alguns menjars més bons que la seva mare i que, per molta mania que li tingui, se li han de reconèixer les coses que feia bé.

Quan el terapeuta planteja què s'emportaran del grup quan passi el temps, diu que ho ha pensat moltes vegades... i que potser pensarà: “Què faria en Juan amb aquesta situació? Què deu ser d'en Juan?”

38a sessió (penúltima)

A l'inici de la sessió, el terapeuta proposa la metàfora que els components del grup han vingut per disminuir els quists que cada un porta dintre. Ell intervé en el diàleg amb els altres i es manifesta de la manera següent: “ Jo, en el temps que he estat aquí, he viscut diverses etapes... Aquí he après a intentar tranquil·litzar-me, intentar relaxar-me... Jo crec que he millorat aquí, entre tots... D'aquí uns anys, ja ho veurem... Jo em faré la meva teràpia i em preguntaré com estic.”

Hi ha una incorporació de la metàfora perquè apareix una idea d'interior i hi ha un reconeixement espontani de canvi, aprenentatge i millora. El que ha après, diu d'una manera explícita, és a intentar tranquil·litzar-se, és a dir, a modular l'angoixa. A més, hi ha una perspectiva de temps, encara que sigui allunyada de l'actualitat i projectada en els anys per evitar el temor a la finalització la pròxima sessió.

Més tard, el grup, i especialment ell, condiciona el seu benestar a les condicions externes, però quan el terapeuta els proposa que ells siguin els protagonistes de la seva història i no, receptors passius, ell reacciona dient: “Ja. Estar aquí perquè volem, voler seguir endavant, ho volem”. Es reafirma en si mateix.

Tanmateix, segueix tenint unes intervencions portades pel comentari, la resposta, la confirmació del que l'altre diu, s'enganxa a rebatre, especialment amb la Vane, que és la que té tendència a intervenir d'aquesta manera.

Més endavant, quan el terapeuta planteja que, a més del temps atmosfèric, hi ha altres coses que condicionen l'estat d'ànim, ell diu que el més important per ell són les relacions personals, la família, els amics, els fills... I afegeix que si la persona se sent estimada, té més ganes de lluitar. Aquesta necessitat de sentir-se estimat és un dels problemes més important que té ell.

Segueix participant amb el que diuen els altres de si mateixos i es reafirma en la necessitat de sortir endavant i no quedar-se enfonsat i s'afegeix al punt de vista de la Carmen que diu que estan molt pendents, massa pendents, de l'opinió dels altres.

Quan el terapeuta diu que estar molt pendent del que pensen els altres pot fer viure amb por, ell diu “Possiblement”. Fa una pausa i afegeix: “Al final trobarem tots el problema, veureu! I d'aquí, en sortirem tots arreglats”. El grup riu amb el seu comentari.

Aquesta és la manera que té el Daniel d'elaborar un impacte. Es veu reconegut amb el que el terapeuta ha dit i hi ha una quantitat d'ansietat que no la pot aguantar i la dirigeix a crear un moment d'humor que és compartit pels altres del grup. Ell se sent reconegut perquè ha tocat un aspecte que tot el grup, d'una manera no conscient, té present, i que és l'acabament de la psicoteràpia. És una forma d'elaborar les seves ansietats.

### 3a sessió 39 (última)

Com que la Vane explica el resultat del seu judici per acomiadament, i com estava en el jutjat la mestressa de la botiga que la va acomiadar, en Daniel aprofita per explicar que el fet veure el seu sogre inquiet en el jutjat per la denúncia que ell li va posar, el va satisfer. El seu exsogre li va fer molt mal i ell se'n va alegrar, que en el jutjat s'ho passés malament. Diu que porta una ràbia a dintre que no la pot evitar.

Més endavant, es planteja la pregunta de com es pot suportar el malestar. I el Daniel diu: “Nosaltres estem una mica tocats..., tocats en el sentit de no gaire fins... Hi ha persones que tenen un problema de ronyó, però nosaltres tenim un problema de cap”.

Aquesta afirmació tindria dues lectures oposades. Per una part, una consciència de conflicte situat en el seu interior. I de l'altra, també és una declaració de malaltia i el conflicte que això genera, perquè la verificació de malaltia desresponsabilitza i alleugereix; al mateix temps, és una ferida narcisista que provoca angoixa. És possible que ell estigués demanant que el grup li digués que no està boig (retret que li feien en les lluites amb la seva exdona).

Després d'un petit silenci, intervé d'una forma diferent a com acostumava a intervenir. Ho fa més pausadament. Diu: “Jo volia fer un comentari. Quan sortia de casa, els meus pares m'han dit: Avui en el grup ja et donen l'alta, oi?” Tots riuen i ell afegeix. “Sí, els he dit, ja estic bé.” “És un comentari que volia fer.”

Aquesta comunicació mostra que tant ell com els seus pares —possiblement els pares externs i els interns— tenen present el temps. És també una manera de mostrar els temors a l'acabament i l'agraïment envers al grup. En part, també és una forma de tranquil·litzar-se, dient-se que està bé i que no passarà res per acabar el grup.

Més tard, parla de les seves inseguretats i conflictes a través de la parella. Explica que la parella té conflictes interns, però que li pot explicar...” i que tots tenim les nostres inseguretats.

Aquesta universalització del conflicte està sostinguda per una situació que li és propera –l’actual parella– i que pot explicar d’una manera sincera. Aquesta universalització del conflicte té uns efectes terapèutics i s’ajusta al factor terapèutic descrit per Yalom (2000) de la universalització.

Quan tornen a sortir en el grup els dubtes sobre el futur: diu “Com deia en Juan, s’ha de ser positiu”. “Jo pensaré en el Carmelo, en com li va el braç, la feina. Jo m’imaginaré que a tots us han anat bé les coses. Això és el que vull pensar”.

Amb aquest comentari ajuda el grup a fer l’elaboració del dol per la pèrdua del grup i presenta una esperança de futur que correspon al factor terapèutic de Yalom de crear esperança.

Tanmateix, diu que no està tan bé com per muntar el seu propi negoci i que, de moment, li anirà millor treballar a sou perquè es troba insegur de si mateix.

Va participant dels temes dient com se sent.

Quan la Vane recorda el nom de la Natàlia ell la recorda, cosa que demostra com té present en el seu record els components del grup.

### Conclusions Daniel

En Daniel inicia el grup després d’un període en què ha estat atrapat en una contínua lluita amb la seva exdona, per qui ha estat denunciat per maltractaments, tot i que ell nega cap agressió física... Té com a antecedent un ingrés psiquiàtric per depressió als 18 anys.

La forma amb què es relaciona amb els altres fa comprensible que les discussions amb la seva exdona no tinguessin límits perquè la seva inquietud, l’angoixa que mostra en el grup i la seva forma d’entrar en polèmica en el grup fa pensar que és la mateixa forma de relació que mantenia amb la seva exdona.

Aquesta dificultat a poder posar límits als seus impulsos fa pensar en una incorporació deficient de la funció parental limitant, i en la intolerància a la frustració que no li

permet crear un espai potencial de relació (Winnicott, 1971). Aquest espai no real, almenys d'una manera completa, el situa en una relació inseparable de l'objecte, i en el moment en què hi ha un intent de separació, les ansietats persecutòries són tan grans que l'únic mecanisme que pot utilitzar es mantenir-se lligat a l'objecte a través de la lluita continuada (amb polèmiques, per exemple). Aquesta situació de lluita continuada el pot conduir a l'establiment d'un vincle d'odi (Bion, 1966). Per aquest mecanisme, es comprenen tant els fets de la seva vida, les lluites amb la seva exdona, com les relacions que intenta establir en el grup.

En el seu tractament manifesta canvis en la seva vida. En primer lloc, pot jugar amb els seus fills. Al principi del tractament estar amb ells li produïa angoixa i només es podia tranquil·litzar quan anaven al llit per dormir. També ha canviat la lluita i els litigis amb la seva exdona, de manera que no ha d'anar als jutjats contínuament com ha estat fent els últims tres anys. A més, ha començat a buscar feina, si bé té limitacions per fer la feina que feia com a autònom.

En el grup, la seva actitud no es manté, almenys d'una manera predominant, en lluita amb els altres. És capaç d'escoltar més la resta de membres i deixar més espai perquè els altres puguin existir com a subjectes diferents d'ell. És molt notable l'evolució en el registre del temps, en l'ús del temps com a element que forma part del pensament, i que li permet diferenciar-se dels altres i, al mateix temps, crear un espai per a la pròpia subjectivitat.

#### Comparativa Pre-tractament - Post-tractament

	Pre-tractament	Post-tractament	Diferència
<b>HRAS</b>			
Ansietat física	19	12	7
Ansietat somàtica	12	4	8
Ansietat total	31	16	15
<b>HRDS</b>			
Total	18	12	6
<b>SF-12</b>			
CF	48.31	56.22	7.91
CM	31.87	50.16	18.35

(HRAS) Hamilton Rating Anxiety Scale; (HRDS) Hamilton Rating Depression Scale

Qüestionari de qualitat de vida SF-12,( CF), Component físic,(CM) Component mental

### **8.3. Discussió i conclusions**

#### **8.3.1. La participació dels pacients**

La participació mitjana dels 9 pacients a les sessions va ser de 6,26 pacients per sessió. Si es té en compte que hi ha un abandonament després de la sessió 15, un altre després de la sessió 26 i que la Carmen es va incorporar a la sessió 4a, podem considerar que l'assistència al tractament va ser acceptable. En els resultats de les publicacions sobre les psicoteràpies de grup, la informació sobre l'assistència a les sessions no s'aporta en les revisions, per la qual cosa no podem fer comparacions fiables. Tot i així, és una informació que, si més no, dóna una idea sobre la coherència del grup i el grau de compromís dels pacients amb el tractament.

#### **8.3.2. Comprovació de la psicoteràpia com una psicoteràpia dinàmica**

Amb l'anàlisi que es va fer seguint les característiques definides per Blagys com a psicoteràpia dinàmica, no s'ha pogut comprovar per la discordança entre els avaluadors. Aquestes dades podrien fer pensar que no es verifica el supòsit que la psicoteràpia realitzada sigui una psicoteràpia dinàmica. No obstant això, ens inclinem a pensar que aquest sistema d'avaluació no serveix per verificar-ho d'aquesta manera perquè els ítems no són excloents i, per tant, porten a la confusió.

En canvi, en la nostra avaluació el que sí que hi ha és una major concordança en que les intervencions dels terapeutes anaven dirigides al grup (42%) o bé eren intervencions individuals (58%). Aquest equilibri al voltant del 50% és equiparable amb altres publicacions (Ferràs, 2013), la qual cosa indicaria quin tipus de psicoteràpia s'està realitzant. Aquesta dada té rellevància per l'equilibri que hauria de produir-se entre les intervencions dirigides al grup o bé les dirigides a l'individu.

Tal com s'ha tractat en els antecedents (apartat 2.1.), es poden diferenciar els tipus de psicoteràpia següents: a) en grup, amb un predomini de les intervencions individuals; b) del grup, amb un predomini gairebé de forma exclusiva en les psicoteràpies del grup; c) psicoteràpia de grup en què s'atenen els fenòmens grupals, en què al mateix temps es tenen en compte les individualitats i es prenen en consideració d'una manera explícita.



Per tant, considerem que aquestes dades avalen que la psicoteràpia realitzada era de grup, independentment d'altres anàlisis que es poguessin fer sobre les intervencions dels terapeutes.

### 8.3.3. Els elements emergents de l'anàlisi a partir de la Grounded Theory

De les dues tendències de l'aplicació de la Grounded Theory, com s'ha explicat en l'apartat dels antecedents, s'ha optat per la que proposava Strauss & Corbin (1998) perquè és la més propera al mètode inductiu analític.

Si bé els continguts teòrics recollits en aquest apartat podrien situar-se a la part teòrica, en l'apartat 2, hem considerat convenient situar-lo en l'apartat de discussió perquè no hi havia, a l'inici d'aquesta recerca, un coneixement previ sobre quins elements conceptuals i teòrics destacarien del material analitzat. També s'ha considerat oportú desenvolupar-los aquí per poder fer un lligam més clar amb els resultats obtinguts i les hipòtesis que desenvolupa la recerca.

El resultat de l'anàlisi exhaustiva del material clínic on es pot veure el procés dels pacients i del grup ens porta a revisar, en el context de l'actual corpus de coneixement, diversos conceptes teoricotècnics com ho són: la dimensió temps en les psicoteràpies i el seu maneig, el procés del pensament lligat a la simbolització i les metàfores, els dols, les festes de Nadal o els suïcidis.

### 8.3.4. El factor temps com indicador de procés

Com es pot comprovar durant les sessions en alguns pacients com la Carmen, el Juan, el Daniel o la Joana, la integració de la dimensió temps ha fet una evolució i els ha permès pensar de manera diferent.

La figura 8.2.1. mostra l'evolució de la utilització del factor temps en el decurs del tractament i es pot veure un increment a partir de la 19a sessió. Aquesta dada coincideix amb la d'altres autors que han observat que els canvis en una psicoteràpia es produeixen al voltant de les 20 sessions (Farràs, 2013) (Fonagy, 2005).

Als pacients, en el moment de fer-los la proposta de treball, se'ls deia que la tasca en el grup era "pensar", pensar en el que els passava a ells i als altres, i compartir-ho. Com que la incorporació del factor temps és un element necessari per poder pensar i aquest

“pensar” és una de les tasques explícites del grup, cal revisar la rellevància d’aquest factor, el temps, en el procés de pensament.

### El temps a la mitologia grega

Ja des de la mitologia grega, apareix el temps com a factor necessari per al desenvolupament i l’evolució del món a través de Cronos.

Hesíode (s. VIII-VII aC), en la seva obra poètica, recull les remotes idees de la humanitat sobre la naturalesa de la vida, relata en la Teogonia, en l’apartat la Cosmogonia, l’origen del món. Seguint traducció de J.B. Bergua (1934), ens centrarem en el tema del temps.

En principi, segons Hesíode, hi havia un buit a què els grecs van anomenar Caos, i d’aquest Caos, va aparèixer Gea, la Terra, per oposició a aquest buit. La Terra era, doncs, l’antítesi del Caos perquè estava delimitada, era estable i sòlida, a sobre de la qual hi havia el món. Gea era la mare universal. Després va aparèixer Eros, un Eros primordial. Segons J.P. Vernant, (2007), en aquell moment el món era asexuat perquè la Terra, encara que fos femenina, no tenia ningú per estimar i, per tant, els seus fills van néixer gràcies a aquest Eros primordial, manifestació de l’energia còsmica. De la Terra van néixer Urà (el Cel) i Ponto (l’Oceà). Tant l’un com l’altre van ser concebuts sense que la Terra s’hagués d’unir amb ningú. No hi havia sexualitat. Tant Urà com Ponto eren el seu doble i el seu contrari. Per una part, Ponto tenia com a contrari l’aigua i Urà, el Cel, el seu doble que cobria la Terra exactament com ella era.

L’aparició de la masculinitat va donar peu al fet que Urà s’unís permanentment a la Terra i dels quals nasquessin una sèrie de fills que la Terra contenia en el seu interior, però que els era impossible sortir-ne. Urà, el pare, estava unit a la Terra en contínua copulació i no hi havia espai perquè els fills veiessin la llum.

Hesíode descriu, així, el motiu pel qual els seus fills odiaven el pare, el Cel-Urà: “Tan aviat posats en el món, en lloc de deixar-los sortir i pujar a la llum, el pare (Urà) els tancava en el si de Gea, que gemegava en les seves profunditats, mentre Urà gaudia de la seva malifeta.”

Aquesta situació va fer que Gea animés els seus fills a castigar l’ultratge. Cronos va ser l’únic que es va oferir a fer-ho i, amb una dalla que havia creat Gea, va tallar els

testicles d'Urà i els va llançar al mar. A partir d'aquell moment, Urà es va allunyar de Gea i no s'hi va acostar mai més, de manera que va deixar espai per al desenvolupament dels fills en el món.

Cronos va ser, doncs, el que va fer possible la creació d'un espai entre dos, la Terra i el Cel, per poder permetre el desenvolupament.

Més enllà de les controvèrsies dels estudiosos de la mitologia, a causa de la semblança fonètica entre Cronos (Κρόνος) i Chronos (Χρόνος), així com de les discrepàncies en la traducció de la teogonia (Crono per Martínez, A. i de los Angeles, M<sup>a</sup> A. 1986, i Cronos per Bergua, 1934), és un fet que a Cronos se l'acabà representant amb una dalla i un rellotge de sorra, objectes que van personificar així el temps.

Amb aquest mite, es representa la mitologia grega un aspecte essencial del món i és que, per la irrupció del temps, es pot crear un espai apte per al desenvolupament. Així, doncs, la relació entre l'espai i el temps ja ve suggerida des de la mitologia.

Entre nosaltres, R. Noguera (Noguera, R. 2011) utilitza aquesta idea, entre d'altres, per mostrar la creació d'un espai mental en un nen durant una psicoteràpia. Espai mental que pot contenir uns objectes interns per relacionar-se.

També Aristòtil, seguint les idees d'Heràclit, relacionava el tema del temps amb el canvi en afirmar que “el temps no existeix sense canvi, ja que quan nosaltres no experimentem canvi en el pensament o no ens n'adonem, no sembla que s'hagi produït escolament del temps.”

Hi ha diverses aproximacions al tema del temps –des de la física, des de la filosofia–, però ens limitarem a partir d'aquí a revisar-ho des de la perspectiva de la psicoanàlisi.

### El temps en la psicoanàlisi

Freud (1910), en un article curt, “Els dos principis del funcionament mental”, explica el desenvolupament mental a partir de la demora en el pas a l'acció del principi del plaer per poder atendre el principi de realitat. Aquesta tardança és *“conseqüència de l'absència de la satisfacció esperada inicialment que provocaria la necessitat de representar-se les circumstàncies reals del món exterior i tendir a la seva modificació*

*real*”; I més endavant diu que “*l’ajornament (...) de la descàrrega motora (l’acció) va ser encarregat al procés de pensament...*”

Així, per Freud, el desenvolupament de la capacitat per pensar és sincrònic amb la formació del principi de realitat, i el temps de la demora hi té un paper decisiu.

Bion (1961) sintetitza el que per Freud és pensar de la manera següent: “*la capacitat de salvar l’abisme de frustració, entre el moment en què se sent una necessitat i el moment en què l’acció apropiada per satisfer-la culmina en la seva satisfacció.*”

Bion (1967) diferencia el pensament i l’aparell per pensar. Aquest aparell per pensar es construeix o es desenvolupa per la pressió dels pensaments. Bion classifica els pensaments en preconcepcions, concepcions i conceptes. La concepció s’inicia per la conjunció d’una preconcepció amb una realització.

Estableix una diferència entre els pensaments i l’aparell per pensar. Aquest aparell per pensar es construeix i es desenvolupa per la pressió dels pensaments en el moment de la frustració. Com a model explicatiu proposa que l’expectativa que viu el nadó de trobar un pit preconcebut entra en conjunció amb la realització de la no-existència d’un pit. Aquesta conjunció és experimentada com un no-pit, o un pit absent dintre d’ell. Aquest procés a través del qual es forma l’aparell per pensar depèn de la capacitat de suportar la frustració. En el cas que el nadó no sigui capaç de suportar aquesta frustració, agafa el camí més curt per eludir-la.

Així, doncs, la frustració comporta un temps de demora i en cas que aquest temps no existeixi, per intolerància a la frustració, es desenvolupa de manera hipertròfica l’aparell per a les identificacions projectives. El punt crucial està en la decisió de modificar o eludir la frustració.

Bion diu que es va adonar –o el va fer pensar, en relació al factor temps– un pacient que deia que estava perdent el temps i el continuava perdent. Aquest fet diu, es veu il·lustrat a *Alícia al país de les meravelles*, a l’episodi del “Te del barret boig”, on sempre són les quatre de la tarda.

Meltzer (1975), a partir dels seus estudis sobre l’autisme, desenvolupa una teoria sobre la dimensionalitat de la ment i, en altres publicacions, s’ocupa també de matisar les aportacions de Bion sobre la formació del pensament (Meltzer, 1978) i (Meltzer, 1986). De manera sintètica, descriurem el que Meltzer explica sobre les dimensions de la ment. Unidimensionalitat: és l’estat propi de l’autisme. Hi ha una relació lineal de temps-distància entre el *self* i els objectes que donen lloc a un “món” amb un centre fix en el

*self* i amb un sistema de rajos en direcció i a distància dels objectes. El temps no pot distingir-se de la distància.

Bidimensionalitat: és quan la significació dels objectes es vivència inseparable de les qualitats sensorials que poden captar-se a les superfícies. El *self* és viu com una superfície sensible, però els objectes només es poden captar sense profunditat. Hi ha una carència d'espai intern dins de la ment i no hi ha espai per a la fantasia ni per al pensament experimental. S'utilitza un tipus d'identificació més primitiu que la identificació projectiva, que és la identificació adhesiva descrita per Bick (1968). La relació amb el temps és circular i el subjecte seria incapaç de concebre canvis perdurables i, per tant, no es pot concebre el desenvolupament o l'aturada dels fets.

Tridimensionalitat: la vivència de poder traspasar la superfície de l'objecte i vèncer la resistència de la seva superfície dona la possibilitat de penetrar en el seu interior i es pot començar a tenir la possibilitat d'un espai potencial dintre de l'objecte. La possibilitat d'entrar i sortir de l'objecte de forma omnipotent dona peu a la fantasia de la identificació projectiva. D'aquesta manera, no només s'afirma la reversibilitat de la diferenciació entre el *self* i l'objecte, sinó que també es proclama la reversibilitat de la direcció del temps. Apareix així el temps pendular.

Tetradimensionalitat: per arribar al temps unidireccional, s'haurà d'assolir la renúncia dolorosa de la utilització de la identificació projectiva, encara que aquesta renúncia no es faci mai d'una manera completa. Només és quan s'ha iniciat la lluita contra el narcisisme i ha disminuït l'omnipotència, que imposen la intrusió i el control sobre els objectes bons en el món intern i extern, que es pot començar la formació d'un món tetradimensional. L'aparició de la identificació introjectiva, un tipus d'identificació molt diferent de la identificació narcisista a la que correspon identificació projectiva, permet la permanència de l'objecte en un espai mental interior i diferenciar-se de l'objecte. El temps es pot integrar de forma que la seva unidireccionalitat obliga a reconèixer les pèrdues i entrar en una posició depressiva.

En altres treballs Meltzer (1976), es desenvolupen aquests conceptes que, per la seva importància en el treball que desenvolupem, resumirem a continuació, sota el risc de ser tautològics.

- **El temps no existent** tendeix a promoure la sensualitat i el principi del plaer. Afavoreix la submissió cega i la compulsió a la repetició.

- **El temps circular** genera actituds de cinisme “*Plus ça change, plus c’est la même chose*”, “*Pols som i pols serem*”. “*No hi ha bé ni mal (el pensament ho fabrica). Val més, doncs, mantenir-se apartat i gaudir amb l’espectacle de les lluites i les passions estèrils*”. Una altra manera de dir-ho és: “Hem de canviar-ho tot perquè res no canviï”.

- **El temps pendular** afavoreix actituds d’apatia, ja que dóna idea d’un món controlat per forces inanimades. Com el dia segueix la nit, cada acció compta amb una reacció oposada i equivalent. Per tant, no es pot, ni cal fer res, per intentar canviar-ho.

- **El temps lineal** permet el subjecte aventurar-se envers l’infinit per deixar enrere tot allò que amb penes i treballs ha adquirit.

Tot i que, segons Bion, l’oscil·lació entre posició esquizo-paranoide i la posició depressiva formen part del funcionament mental normal, o que per “pensar” és necessari aquesta oscil·lació, s’admet que un cert predomini de la posició depressiva permet adquirir els processos de simbolització necessaris per relacionar-se amb els altres i poder aprendre a partir de l’experiència.

Si el factor temps és consubstancial a la tetradimensionalitat de la ment i és un dels elements que la conformen, conjuntament amb l’aprehensió de la dimensió de l’espai, hem d’esperar que aquest factor estigui formant part del pensaments i de l’aparell per pensar. Podem diferenciar aquest tipus de funcionament d’altres expressions en què aparentment hi ha un pensament, però en realitat són l’expressió d’altres dimensions de la ment, bi o tetradimensionals, i que el contingut expressat o manifest seria producte de l’evacuació del malestar, generalment a través de la identificació projectiva, o elements concrets sense contingut simbòlic.

Segons Meltzer (1976) “*en la mesura que temps i canvi són idees estretament relacionades, l’actitud envers l’una influeix en l’actitud envers l’altra i repercuteix sobre el sistema de valors de l’individu i, per tant, sobre els seus actes*”.

Vives (2012) descriu 5 organitzadors de la ment: 1er- *Transformació. Barrera de contacte. Membrana. Funció alfa*, 2on- *Coordenades espai/temps*, 3er- *Qualitat/quantitat d’ansietat*, 4rt- *Sistemes de defenses*, i 5è- *Capacitat narrativa. La*

*paraula*. Aquests organitzadors són els que permeten el processament psíquic a partir de les impressions sensorials que poden transformar-se en pensament (seguint les idees de Bion). A l'organitzador espai/temps li atribueix la possibilitat de crear narratives, o de manera més precisa, la de crear seqüències narratives en l'entrevista amb els pacients.

Per una altra banda, la funció de la narrativa com constructora de nous relats pot portar a la reconstrucció de la història personal que és àmpliament reconegut com terapèutic, més enllà dels debats entre diferents autors sobre la veracitat de la reconstrucció (Faimberg, 2005).

Però seguint a Vives, podem afegir que un dels elements terapèutics que sorgeixen en la construcció de les narratives sigui la incorporació, la introjecció, del factor temps com element per processar el pensament, i no només la construcció d'una nova narrativa o reconstrucció dels fets històrics.

Els conceptes més utilitzats per poder valorar l'evolució en un grup es refereixen, principalment, a les defenses que utilitzen els pacients, que van canviant en el procés terapèutic per passar de defenses més primitives a defenses més evolucionades i, per tant, més adaptatives al medi (Guillen, 1995) però no hi ha referències a la incorporació del temps en l'aparell psíquic grupal.

Com es pot veure en els resultats, a la figura 8.2.1. que mostra l'evolució en el curs del tractament, una part del grup incorpora la dimensió temps per poder pensar i aplicar-la a la seva vida quotidiana.

Podem observar l'expressió més nítida de la introjecció i la utilització del temps està en el relat de la Joana de la sessió 38a que, si l'entendem com a portaveu del grup (Jaitin, 1995), podem entendre que no només és ella la que ha incorporat la dimensió temps per poder pensar, sinó que el grup, almenys d'una manera parcial o alguns dels seus membres, també ho ha fet. Altres, en canvi, no evolucionen. Un exemple clar és la Vane que, en la sessió última, repeteix el que es posa de manifest en la 5a sessió, és a dir, la necessitat que té d'ocupar el lloc dels altres, repetint els seus conflictes sense haver-los pogut elaborar. És a dir, treu als altres l'espai i la tasca.

Si considerem que la incorporació de la dimensió temps és un element que mostra l'evolució del grup, cal preguntar-se: ¿que és el que el terapeuta o la funció terapèutica ha fet, o hauria d'haver fet, perquè el grup incorpori aquest factor?

### Propostes a partir de les reflexions sobre el temps

En primer lloc, el *seeting* fa palesa la realitat del grup limitant els desitjos del grup de la mateixa manera que el principi de realitat s'oposa al principi de plaer. No correspon aquí discórrer sobre totes les característiques del *seeting*, eina essencial de la tècnica psicoanalítica, però sí cal tenir-lo en compte com un element bàsic. El terapeuta fa una menció explícita del temps en relació amb el *seeting*, cosa que per si mateixa ja és una funció terapèutica. Amb el fet de limitar l'inici i el final de la sessió, el terapeuta mostra com té integrat el factor temps. A més, l'ús per part de tot el grup del factor temps, guiats per un rellotge que dóna fe del pas del temps, fa que el grup incorpori aquest factor com a cosa pròpia, perquè és tot el grup el que l'està utilitzant.

Un altre element és la modulació de les intervencions. En una psicoteràpia individual, els silencis tenen a veure amb dos actors: el pacient i el terapeuta. En una psicoteràpia de grup, com que es reparteixen el temps entre diverses persones, el temps està molt present perquè és més escàs. El temor a ocupar l'espai dels altres, amb les conseqüents fantasies edípiques que apareixen sempre, fa que la regulació del temps per part dels participants estigui molt present, de manera que han de gestionar les intervencions i, per tant, el poc temps de què es disposa. En aquest sentit, el grup, per si mateix, és una forma d'aprenentatge de la gestió del temps. El terapeuta hauria de tenir cura de la manera que té el grup de gestionar el temps, és a dir, ha d'ajudar a modular-lo o ajudar que el grup mateix el pugui modular.

Per ser més concrets, el terapeuta ha de preguntar quan s'han produït els esdeveniments que s'expliquen, demanant que siguin precisos quant al temps i ha d'utilitzar aquesta informació per donar sentit al que expliquen, fent menció explícita al temps que ha passat. El terapeuta també ha de projectar en el futur les seves intervencions quan sigui possible i recordar, amb precisió, el moment en què els fets que s'han explicat es van produir o els que han passat en la història del grup.

Un element que afavoreix la presència del temps –i entenem com a presència del temps que aquest tingui un efecte en el grup i en els seus membres– és el treball de l'acabament, especialment en els grups tancats com el grup analitzat en aquesta investigació.



Lligat als processos de dol, cal tenir en compte que l'acabament és un element a fer present des de l'inici del tractament, especialment en els tractaments breus tot i que s'ha de fer més present al voltant de la mitat del tractament (Farré, 1992). Aquest és un factor que algunes vegades el terapeuta no té prou present per la seva contraidentificació projectiva (Grinberg, 1976), per les forces immobilistes del grup que el pressionen per situar el grup en un estat de nirvana, i evitar així el dolor lligat al principi de realitat. Per eludir el dolor, el grup pot buscar fàcilment un funcionament de supòsit bàsic en qualsevol de les seves formes.

El terapeuta hauria de fer present el temps en què està el grup, tant pel que fa a la cronologia dels fets relatats com pel que fa a les diferents etapes o moments en què es troba el grup per prendre consciència que el grup és un treball temporalment acotat. En cada sessió, es va fent present aquesta temporalitat. D'aquesta manera, quan s'utilitza aquest factor, que és un element essencial per al desenvolupament del pensament, el converteix en un factor terapèutic.

De tota la bibliografia a la qual hem tingut accés, no hem trobat gaires referències explícites a la dimensió temps com a factor terapèutic en si mateix, tret de les aportacions de Vives mencionades anteriorment. Podem considerar que en alguns dels factors terapèutics de Yalom està implícit el factor temps: infondre esperança, informació participada, recapitulació correctiva del grup familiar primari i en els factors existencials. També està implícit en un dels factors terapèutics que Sunyer (2008) proposa: *l'estimulació permanent del procés de pensar*, així com en altres factors terapèutics que aquest mateix autor recull en un treball inèdit (Sunyer 2006).

### 8.3.5. El pensament, el simbolisme i les metàfores

#### Les metàfores

1. Origen de l'interès per les metàfores a partir dels resultats
2. El concepte de metàfora
3. La metàfora en psicoanàlisi
4. La metàfora en la metapsicologia
5. Metàfora i símbols

6. La utilització de la metàfora en el grup

7. Proposta de la importància de les metàfores en la psicoteràpia de grup.

### 1. Origen de l'interès per les metàfores a partir dels resultats.

Dels resultats de la sessió 38a (penúltima), destaca la incidència de l'ús de la metàfora, introduïda pel terapeuta a l'inici de la sessió com un element vertebrador d'aquesta sessió i la manera en què diferents membres del grup en fan ús, o no, per poder descriure els seus sentiments en un moment fràgil com és el final del tractament.

Aquest fet que no s'ha observat en les sessions anteriors de la mateixa forma, té un antecedent a la sessió 27a (Annex 1) per l'expressió que mostren els membres del grup al voltant d'imatges visuals i sensacions vehiculades per la música.

Es tracta d'un element que apareix en la penúltima sessió, que podem considerar que és el resultat del treball efectuat pel grup, i per la forma en què l'element metafòric és integrat i utilitzat pel grup com a propi, ens porta a aprofundir sobre el tema, per poder fer propostes basades tant en els resultats de l'anàlisi empíric com en els de la bibliografia sobre el tema.

### 2. El concepte de metàfora

Aristòtil, (segle IV aC.) a *Poètica*, explica que “La metàfora consisteix a traslladar a una cosa un nom que en designa una altra, en una translació de gènere a espècie, d'espècie a gènere o d'espècie a espècie, o segons una analogia.”

Una definició traslladada a l'actual terminologia acadèmica seria la de Paul Henle (1958): “*Un signe és metafòric quan és utilitzat en referència a un objecte al qual no denota literalment, però que té certes propietats comunes amb el que no és literalment denotat*” (Henle,1958).

Al diccionari també la trobem com: “*Figura de pensament que es fa quan s'empra un mot que expressa literalment una cosa per expressar-ne una altra que tingui una certa semblança amb aquella*”(Diccionari d'Estudis Catalans. 1995)

Deixant al marge de moment altres figures semàntiques properes per la similitud dels components que uneixen –com la metonímia, que és distingeix de la metàfora per crear un nexa d’unió entre dues idees amb la preposició “com”–, hem de destacar algunes de les qualitats de la metàfora, que provenen dels lingüistes i dels filòsofs i que ens serviran per al nostre propòsit discursiu.

Així, seguint a Wheelwright (1962), volem fer notar que la semblança molt òbvia, com en el cas de la metonímia, no proporciona cap tipus de “tensió-energia”, no forma part del llenguatge tensional, perquè de la comparació entre dos elements, A i B, dels que es vol mostrar la similitud i comparació no comporta tensió subjectiva (“es va defensar com una bèstia”). Per arribar al llenguatge tensional com el metafòric, ha d’esdevenir un autèntic xoc, un xoc que comporta un reconeixement de quelcom diferent. Nosaltres entenem aquest reconeixement com una descoberta o, si més no, un impacte emocional.

Seguint encara aquest autor, podem relacionar els símbols amb la metàfora per la seva relació i per les seves diferències. El símbol es distingeix de la metàfora per una major estabilitat i permanència. El símbol és estable i repetible, mentre que, quan una imatge és utilitzada com a metàfora per una sola vegada, en un únic llampec intuïtiu, no es pot dir parlant amb precisió, que funcioni només com un símbol.

### 3. Les metàfores en psicoanàlisi

Coincidim amb Coderch (2006) en el fet que hi ha un nombre reduït de publicacions que tracten el tema, si es té en compte la importància que té la metàfora en el llenguatge teòric de la psicoanàlisi i en la comunicació del pacient amb l’analista. Per aquest autor, considerant l’etimologia, la paraula metàfora està formada per la preposició grega *meta*, que vol dir “mes enllà de” i el verb grec, *fero*, que significa “portar, traslladar”. Per tant, *metàfora* significa “portar més enllà”, de la mateixa manera que la paraula *transferència*, que aquí també ens interessa. *Transferència* en psicoanàlisi, segons Coderch, té el mateix significat: *trans* en llatí significa “a l’altre costat de” i *fero* és un verb comú al llatí i al grec. Per tant, transferència i metàfora tenen una proximitat des del punt de vista etimològic. Aquesta proximitat entre les dues paraules fa que Coderch doni pes a la idea que tota relació psicoanalítica, que té com a base del seu treball la transferència, és en si mateixa una metàfora, i que el sentit que té per al pensament psicoanalític la transferència no és més que un procés metafòric aplicat a un context determinat, la relació analitzat-analista en la situació clínica.

En aquest sentit, aquest autor coincideix amb Arlow (1979) en el fet que tot procés analític és metafòric perquè consisteix a transferir a l'analista les relacions amb els objectes interns. Nosaltres considerem acceptable la proposta d'Arlow, però el nostre propòsit segueix un sentit diferent perquè partim de la metàfora i les seves funcions per al canvi psíquic, al marge de les relacions d'objecte que es puguin modificar gràcies a la transferència. És a dir, nosaltres ens interessem pels canvis psíquics que es produeixen en la utilització de la metàfora en el decurs d'un tractament psicològic, siguin quins siguin els mitjans pels quals apareix l'element metafòric.

#### 4. Metàfora i símbols

Tal com s'ha assenyalat abans, s'ha de diferenciar entre símbol i metàfora, tot i que estiguin relacionats. La capacitat per metaforitzar ve donada, sens dubte, per la capacitat de simbolitzar. Aquesta capacitat, segons Segal (1957), es construeix en la mesura que es va adquirint la capacitat per diferenciar entre el que és el símbol del que es simbolitzat i, alhora, aquest procés està relacionat amb la tolerància a separar-se de l'objecte.

La idea de metàfora requereix anar més enllà del símbol i per poder metaforitzar es necessiten, a més de la capacitat per simbolitzar, altres qualitats que, segons Coderch (2006) són: imaginació, força expressiva, vena poètica i riquesa de fantasia. Nosaltres afegiríem la capacitat que Pérez-Sánchez (2013) ha anomenat "*la imaginación asombrada*", que és la capacitat que té el nadó per rebre l'impacte de descobrir quelcom de nou i poder-ne fruit. Aquesta última idea s'acostaria a la vivència de xoc a la qual fa referència Wheelwright (1962), esmentada anteriorment, així com també a l'impacte emocional que té el nadó quan descobreix la bellesa de la mare, descrit per Meltzer (1988).

Hi ha autors que proposen que la labor interpretativa ha de dirigir-se a promoure l'habilitat per metaforitzar com veurem tot seguit.

#### 5. La metàfora en la metapsicologia

L'autor que dóna més pes i fonamentació a aquesta última afirmació que hem tractat és Tubert-Oklander (2013).

De manera resumida, seguirem aquest autor per la solidesa de la seva argumentació sobre les metàfores, i per la comprensió que dóna sobre la repercussió en la pràctica clínica. Inicialment, ell distingeix entre el pensament formal, basat en la identitat –que és un pensament unívoc–, i el pensament analògic, que es basa en la similitud i, per tant, que accepta diferents interpretacions. L’analogia és especialment útil per explorar similituds i diferències entre les coses, tant físiques com mentals.

Un dels tipus d’analogia seguint la classificació plantejada a principis del segle XVI per l’arquebisbe, teòleg i filòsof dominicà Thomas Cajetan (Hochschild, 2001) és l’analogia de la proporcionalitat, que es pot dividir en dos subtipus: apropiat (metonímic) i inapropiat (metafòric).

Una analogia apropiada de proporcionalitat compara elements que vénen d’un mateix grup semàntic (*semen* ve de *llavor*, “el semen és per a l’home el que la llavor és per a la planta”), i configura el camp de la metonímia.

En canvi, l’analogia inapropiada de proporcionalitat, anomenada metàfora, compara elements de camps semàntics diferents basant-se en una similitud parcial en l’estructura, funció o significat que, d’aquesta manera, és destacada, maximitzada i, a vegades, revelada.

És a dir, el pas de la metonímia a la metàfora, tot i que ambdues siguin properes, suposa un canvi qualitatiu des de la lògica de la similitud.

Freud (1900) va descobrir que els processos mentals inconscients (processos primaris) són de naturalesa diferent als processos mentals conscients (processos secundaris). Els processos mentals inconscients es basen en la condensació i en el desplaçament que, juntament amb la representació plàstica i el simbolisme, són l’instrument de treball dels somnis. Així, el pensament inconscient sembla ser fet per imatges idiosincràtiques derivades d’experiències sensorials, el que anomenem signes icònics. Per Charles Sander Peirce (Beuchot 1997) hi ha tres tipus d’icones, que es basen en la seva distància envers experiències sensorials: imatges, diagrames i metàfores. Totes són maneres de representar relacions, més que coses.

Per contra, el pensament conscient (procés secundari) treballa majoritàriament en termes de llenguatge verbal, convencional, adquirit socialment i compartit interpersonalment.

Els signes icònics, propis del procés primari, són un intent de reproduir una part de l'experiència perceptiva d'un objecte o d'una situació donada. Així com les paraules són més precises en la denotació, les icones tenen una capacitat més gran per a la connotació, ja que tenen un impacte emocional més profund quan són usades en la comunicació interpersonal o social. Els processos primaris i el pensament icònic són el llenguatge apropiat per als sentiments.

Pel que s'ha dit fins ara, descrivint les característiques del procés primari i del procés secundari, arribem a la proposta de Matte-Blanco (1988). L'originalitat dels seus estudis consisteix en la revisió d'alguns conceptes freudians mitjançant la definició dels principis que regulen l'inconscient. Per aquest autor, els processos primaris funcionen amb la lògica simètrica, que permet la reversibilitat de les relacions entre dos elements que són igualats perquè es reconeixen com a dintre d'una mateixa classe i són atemporals: en Joan és el pare d'en Lluís i en Lluís és el pare d'en Joan. Per contra els processos secundaris que governen el pensament conscient treballen en consonància amb la lògica asimètrica tradicional aristotèlica: si en Joan és el pare d'en Lluís, en Lluís no pot ser el pare d'en Joan. Aquests processos generen distincions i jerarquies i permeten les seqüències temporals. L'alternança i la confluència d'ambdós tipus de lògica, que es mantenen en un estat de tensió dialèctica entre elles, dóna pas al que Matte-Blanco defineix com la bi-lògica del funcionament de les estructures mentals, i aquesta és la forma verdadera del funcionament humà, que és el que crea un flux de pensaments.

Pensades d'aquesta forma les estructures psíquiques, els tractaments psicològics amb una base de tècnica psicoanalítica haurien d'integrar elements de la lògica simètrica inconscient amb la lògica asimètrica amb què opera la part conscient de la ment, de manera que es fusionin en un conjunt funcional.

Nosaltres creiem que aquesta visió integrativa hauria de ser una idea a tenir en compte en les psicoteràpies, com es tenen en compte altres aspectes integradors que estan situats a altres nivells de les estructures mentals: integració del món intern i el món extern, la labor integrativa que realitza el Jo entre l'Allò, el Superjò i la realitat externa, etc.

Aplicant a la clínica el que s'ha dit fins ara, podem afirmar, com fa Turbet-Oklander (2013), que les interpretacions metafòriques són més efectives que les que utilitzen un llenguatge verbal concret. L'experiència psicoanalítica és emocional, interactiva i

cognitiva, tot al mateix temps. Per arribar a aquesta experiència, cal un llenguatge poètic, que és fonamentalment metafòric.

#### 6. La utilització de la metàfora en el grup

De la mostra de les sessions per fer l'anàlisi del procés del grup, veiem que a la sessió 38 apareix l'ús de la metàfora com a element comunicatiu i podem observar com aquesta metàfora és utilitzada pel grup com a llenguatge propi.

Per la rellevància del tema, hem buscat en els registres de les sessions anteriors, que estan fora de la mostra seleccionada, i hem trobat que a la sessió 27 (Annex 1) es produeixen unes comunicacions que tenen una similitud amb la sessió 38. A la sessió 27, apareixen imatges visuals com “mirar l'horitzó per mirar dins d'un mateix”; o la música, com a element que connecta amb sentiments difícils de precisar amb paraules. Aquest és un precedent que ens fa pensar en tot el treball preparatori necessari perquè pugui aparèixer més endavant el recurs metafòric i que aquest recurs pugui ser integrat pel grup. Els terapeutes treballen buscant significats dels relats de les històries personals de cada membre del grup i els significats dels fets que es donen en la pròpia història del grup. És a dir, mostren un camí, una forma de pensar que podríem anomenar “anar més enllà”. És probable que tot aquest treball sigui la base que permet, en un moment determinat, l'aparició de l'ús de la metàfora per part del grup. És a dir, la metàfora apareix de manera efectiva quan el grup està preparat i ha pogut fer un procés previ d'aproximació a la simbolització.

La qüestió que ens ocupa té una rellevància clínica notable si entenem el grup realitzant un procés en què el *timing*, com en tota psicoteràpia, és un factor que el terapeuta ha de considerar. Si una intervenció és precipitada o fora de temps, la seva efectivitat és escassa, nul·la o contraproductiva.

Per tant, els signes icònics s'han de donar després d'un procés preparatori en què el grup pugui adquirir i incorporar el mètode de treball dels terapeutes, que consisteix a associar, buscar significats i comprendre'ls, tant pel que fa a les accions i cognicions com a les emocions que les acompanyen.

Dit d'una altra manera, el grup pot fer un procés d'aprenentatge de significacions que en la major part de casos està sustentat per similituds i comparacions –incloses les metonímies–, les quals podrà permetre-li escurçar distàncies entre el llenguatge concret

i factual fins arribar al llenguatge metafòric que, com s'ha dit abans, és el llenguatge més apropiat per expressar emocions.

No tots els membres del grup poden incorporar aquest llenguatge, fer-se'l propi. Així veiem que només la Joana i la Carmen hi arriben d'una manera completa, però el Daniel i el Carmelo que el segueixen amb atenció es queden en el dentell. La Vane, per les seves dificultats per incorporar una idea nova, és queda lluny de viure aquesta experiència. Tampoc queda clar que la Montse pugui arribar a utilitzar la metàfora, però sí que està molt atenta al que es diu en el grup, com si descobrís alguna cosa que l'atrau, encara que és fora dels seu abast. Tampoc podem afirmar que el Juan, que ha fet un procés en el decurs del tractament elaborant conflictes importants, hagi accedit a aquesta forma de comunicació perquè en les sessions en què va haver-hi l'oportunitat de fer-ho ell no hi era.

A la sessió 27 sí que es pot veure que tant el Daniel com el Carmelo poden accedir a les icones per imatges i musicals, però no poden accedir més endavant a la icònica metafòrica de la penúltima sessió. És possible que la seva capacitat simbòlica sigui menor que la de la Carmen i la Joana, o bé el seu nivell d'angoixa és molt alt i no poden arribar a utilitzar aquests mecanismes simbòlics.

De fet una gran quantitat d'angoixa dificulta els processos de simbolització, com ja va descriure Klein (1930). Aquesta autora dóna una importància especial a l'angoixa del nadó per la seva pròpia agressivitat, i la dificultat per tolerar aquesta angoixa és el que ella proposa com un element que dificulta el camí de la simbolització. Aquesta dificultat per simbolitzar fa que el nadó tingui un Jo menys desenvolupat. La proposta de Klein, basada en les seves observacions de l'anàlisi infantil, fa pensar que, tal vegada, són els elements agressius de la Vane els que dificulten el seu progrés en la psicoteràpia.

#### 7. Proposta de la importància de les metàfores en la psicoteràpia de grup

Si bé l'ús de les metàfores es proposa per alguns autors com una forma de valorar els avenços al final del tractament, cal matisar aquest tema. Rabu (2013) han publicat el resultat d'una recerca qualitativa sobre 12 psicoteràpies individuals i proposen que la riquesa del llenguatge i la utilització de símbols per expressar les emocions, quan apareixen al final del tractament, donen compte dels canvis dels pacients. Si bé coincidim en aquesta idea, hem de discrepar en la identificació que fan del concepte



“metàfora” a altres formes de símbols. Així podem veure que consideren metàfores a expressions com “el tractament és com un camí amb pujades i baixades”, “em sentia com en una presó”, o “vaig trobar en el tractament una clau important”. Aquestes expressions que, sens dubte, poden mostrar un guany en el decurs del tractament i que poden tenir un contingut simbòlic no són metàfores en sentit estricte. Poder discriminar entre metàfora, metonímia o altres formes de representació simbòlica pot ajudar el terapeuta a saber a quin nivell de la ment està operant i quins són els mecanismes que ell o el pacient estan utilitzant.

La utilització de la metàfora en una psicoteràpia de grup possibilita que es pugui convertir el llenguatge metafòric en un llenguatge compartit i en una experiència emocional compartida. Aquesta experiència té un tercer, que l'avalua i en dona fe de l'existència. El tercer és el mateix grup en conjunt o bé els terapeutes que configuren una relació triangular.

D'aquesta manera, el grup veu incrementada la possibilitat de fer-se propi l'impacte emocional compartit i d'integrar una part escindida de la ment, o sigui, la part inconscient que ha entrat en contacte amb la metàfora.

Si com s'ha esmentat anteriorment l'objectiu del grup és poder pensar i el pensament està lligat als processos de simbolització, el terapeuta hauria de facilitar aquest procés almenys de dues maneres.

La primera és l'estimulació directa o indirecta de la capacitat associativa i de recerca de significats de les aportacions que sorgeixen dels participants. Amb l'estimulació directa, ens referim a la forma amb què el terapeuta intervé associant i donant significat amb les seves confrontacions i interpretacions al que es narra en el grup i als actes del grup. De forma indirecta, el terapeuta ho estimula en introduir com a tasca del grup el treball associatiu i la cerca de significats que els mateixos membres del grup desenvolupen. Els participants es converteixen així en coterapeutes del grup.

La segona forma que té el terapeuta d'introduir o estimular el treball de simbolització és la introducció de metàfores que puguin ser utilitzades pel grup com a llenguatge propi. Una mostra clara es pot observar a la sessió 38a en què el grup incorpora la metàfora del quist com una metàfora pròpia.

Des de la psicologia social, s'ha vist que els grups constitueixen el seu propi llenguatge. Una de les manifestacions que mostren que un nombre de persones formen un grup és quan construeixen el seu propi llenguatge amb significacions compartides. La construcció d'un idiolecte (conjunt dels usos d'una llengua propi d'un parlant) i la metàfora pot ser-ho, ja que comporta, a més d'un element de cohesió grupal, la incorporació d'una forma d'anàlisi de la realitat. Així, ho podem assimilar a la manera en què Bion (1962) proposa que el nadó integra de la mare no només l'element alfa que la mare ha pogut transformar, sinó que a més incorpora la funció alfa com a forma de transformar les impressions sensorials. Per tant, podem pensar que amb la integració de la metàfora, és a dir, fent-ne ús com a cosa pròpia, s'introinjecta la funció metafòrica per connectar amb la realitat interna de la mateixa manera que s'incorpora la funció analítica. Si més no, compartir un llenguatge comú afavoreix la cohesió grupal i entre altres resultats evita que el grup s'organitzi sota el cinquè supòsit bàsic descrit per Lawrence (1993)

#### 8.Com a resultat d'aquesta discussió sobre les metàfores podem sintetitzar:

Són relativament pocs els investigadors que han tractat el tema de les metàfores en psicoteràpia psicoanalítica.

Les metàfores requereixen un llenguatge tensional.

Les metàfores mantenen una relació amb la capacitat de simbolitzar, però es distingeixen dels símbols en què les metàfores tenen una estructura pròpia del funcionament del pensament inconscient –procés primari– que segueix una lògica simètrica i atemporal; mentre que el procés secundari segueix una lògica asimètrica i la utilització del llenguatge verbal, que és seqüencial i, per tant, temporal.

Les metàfores són el recurs lingüístic més apropiat per expressar els sentiments, ja que lliguen la capacitat d'abstracció, d'una banda, i les regles pròpies del procés primari, de l'altra.

El grup que hem analitzat utilitza la metàfora com a llenguatge propi a la penúltima sessió, després d'un treball en què els terapeutes han promogut la utilització de símbols o l'interès per indagar la significació dels relats.

La metàfora utilitzada en la psicoteràpia de grup afegeix el valor, en relació amb la psicoteràpia individual, de convertir-se en un llenguatge compartit socialment i més integrat en l'estructura mental dels participants del grup.

### 8.3.6. Temes que apareixen en el decurs del tractament del grup analitzat i que són objecte de revisió.

#### Els dols i les festes de Nadal

El procés d'elaboració de les pèrdues és una tasca continuada quasi des de l'inici del tractament. Aquestes pèrdues es tenen, durant el tractament, com a elements propis o del grup, i la seva elaboració és essencial per poder elaborar les pèrdues que cada membre del grup ha tingut al llarg de la vida. Així, elaborar la pèrdua d'un membre del grup ajuda a elaborar les pèrdues que cada un dels membres ha tingut al llarg de la seva vida. A més, els dols de manera natural s'elaboren millor en grup, com veiem en les reunions familiars o d'amics, siguin ritualitzades o espontànies. Un grup és, per tant, un medi on elaborar les pèrdues de manera natural i també molt utilitzada des dels serveis d'atenció a les persones, com són els grups de dol, que des de diferents perspectives s'han posat en marxa: grups que organitzen els mateixos serveis funeraris, grups que des de fa temps es fan en els centres de salut mental (Landa Petralda, 1996) o bé, últimament, en els centres d'atenció primària (Espinosa Gil, 2015).

El continu degoteig d'elaboració dels microprocessos d'elaboració dels dols està ben resumit per Guillen (1995): pèrdues d'expectatives poc realistes, de l'omnipotència pròpia o atribuïda als terapeutes, pèrdues narcisistes, etc. D'aquesta manera, es van alternant tant els microprocessos de dol amb dols més concrets, ja sigui per pèrdues del grup o bé per pèrdues que els membres del grup han tingut durant la seva vida.

Socialment, de manera natural i sota una forma ritualitzada, les festes de Nadal serveixen per elaborar els dols. Amb aquestes festes, també hi ha l'esperança d'un esdevenir que sovint és viscut com una forma d'arribar a la transcendència, independentment de les connotacions religioses que hi puguin estar associades.

Observem sovint que l'expressió de la vivència que algunes persones tenen d'aquestes festes és un reflex de com estan situats els seus objectes interns i externs o, dit d'una altra manera, quin tipus de relació manté el subjecte amb els seus objectes.

Així, veiem que a la primera sessió els membres del grup defugen de parlar del tema. Quan un dels terapeutes el posa en evidència, aleshores els pacients en poden parlar, tot i que breument perquè és al final de la sessió. La visió que hi ha en el grup sobre les festes és que “són dies negres”, com ho expressa la Joana, i que d'alguna manera voldrien dir que estiguessin “en negre” en el calendari, no “en vermell”. És a dir, que no existissin de la mateixa manera que no volien que existissin en la sessió. Per aquest motiu, no en parlen, tot i que la sessió es fa quatre dies abans de Nadal. El tema se'ls representa massa conflictiu com per poder-ho fer. En canvi, a la sessió 26a, quan el grup ja ha pogut fer una evolució, la forma de tractar el tema és diferent. Aleshores, del que abans no es podia parlar, ara sí que ho poden fer. Surten també els aspectes positius de les festes i, naturalment, una gran part de les pèrdues que han tingut, algunes de les quals molt doloroses, com la mort d'un nen de la família del Daniel.

Aquesta modificació en la manera de tractar el tema de les festes de Nadal mostra l'evolució dels membres del grup per tractar els seus conflictes, que ja no es viuen d'una manera catastròfica perquè en poden parlar i ho fan d'una manera emotiva que els serveix per compartir les pèrdues. Les queixes estereotipades sobre el consumisme o la feina que comporta especialment per a les dones cedeix força en la mesura que es va trobant sentit a les festes. Per tant, hi ha una modificació en la perspectiva sobre les relacions objectals que mantenen i, per tant, conjuntament amb altres elements podem dir que hi un cert canvi psíquic.

Sens dubte, els processos d'elaboració dels dols estan lligats al tema tractat a l'apartat 8.3.4 de la incorporació del factor temps en el mecanisme de processar els seus pensaments.

Proposem, doncs, que els terapeutes haurien d'aprofitar el tema de les festes de Nadal com a punt significatiu de les relacions objectals que manté cada un dels membres del grup. D'aquesta manera, es pot fer una elaboració dels dols facilitada per l'esperança en el futur, la qual està representada pels records infantils que sovint apareixen. Si no apareixen de forma espontània, el terapeuta hauria de fer maneres perquè apareguessin.

## Els suïcidis

Com es pot veure en els resultats, el tema del suïcidi apareix en la primera sessió i és objecte de treball en el decurs del tractament. Si bé aquest pot ser un tema que pugui sortir amb més freqüència en un grup de pacients amb símptomes depressius, no és exclusiu dels pacients que presenten aquesta patologia. Els grups de pacients amb trastorn límit de la personalitat, els pacients amb esquizofrènies o els pacients amb trastorns bipolars, que són grups de patologies en què el suïcidi és freqüent, també apareix quasi sempre.

No correspon aquí fer una revisió del suïcidi d'una manera àmplia, però sí cal reflexionar sobre la manera en què el grup que hem estudiat ha pogut fer una evolució al voltant del tema, i com el terapeuta podria posicionar-se i tractar el tema dels suïcidis amb els pacients.

Després d'una primera reacció, quan a la primera sessió apareix el tema del suïcidi de la mare de la Natàlia, en què hi ha identificacions per part de diversos membres del grup per les idees suïcides que molts han tingut, hi ha una primera reacció d'agressivitat del Juan envers els suïcides. De fet, aquesta reacció agressiva surt d'una forma molt clara i contundent, i l'entenem com una reacció que pot sortir en el grup per la situació regressiva en què es troben i per la seguretat que proporciona el *setting* que permet manifestar els sentiments agressius. Aquesta reacció agressiva contrasta amb el que normalment passa quan hi ha un suïcidi, que la resposta a l'agressió del suïcida amb tota la culpa projectada envers els altres queda oculta, i no es pot manifestar la ràbia dirigida a algú que s'ha mort. L'expressió de la ràbia queda segrestada pel sentiment de culpa amb què el suïcida inunda els del seu voltant.

Si el terapeuta conserva aquest tema en el seu cap com un tema que no es pot eludir, és possible que trobi el moment per continuar-lo treballant amb el grup, com passa a la sessió 19a d'una manera extensa.

De fet, a la sessió 15a, el terapeuta tenia especialment present el suïcidi en el moment en què la Natàlia s'acomiada del grup i es produeix el que podríem anomenar "un acomiadament exprés", que es detalla en l'apartat de resultats de la Natàlia. Aquesta referència del terapeuta al suïcidi de la mare de la Natàlia està feta amb la intenció que

la Natàlia es pugui acomiadar del grup, encara que en aquell moment no es tractés àmpliament el tema del suïcidi l'important era poder fer un bon acomiadament i que no es repetís de manera fantasmàtica el suïcidi de la mare de la Natàlia. El grup proposava que la Natàlia tingués una cadira buida per si algun dia ella volia tornar, que hauria quedat com la seva presència intangible, cosa que hauria impedit poder-se acomiadar-se d'ella, de la mateixa manera que ella no es va poder acomiadar de la mare.

Els estudis de procés per analitzar els canvis que s'han produït durant el tractament troben elements repetitius que es consideren "paterns". L'evolució d'aquests "paterns" són la demostració de l'evolució del grup. Tanmateix, aquesta evolució, que mostra sovint els efectes beneficiosos de les psicoteràpies, es presenta com a independent, aliena de les intervencions dels terapeutes, quan, en realitat, el terapeuta i la seva forma de conduir el grup té un paper decisiu que el fa que el grup sigui diferent d'un grup d'autoajuda.

Del que s'ha dit, és congruent plantejar que el terapeuta, que té en la seva ment la teoria, la tècnica i els esdeveniments que han aparegut en la història del grup, és el que pot permetre que es pugui elaborar el conflicte suïcida amb tota l'ambivalència amb què és viscut. La possibilitat de fer-ho ve condicionada per la capacitat del terapeuta i del grup de contenir l'angoixa i la culpa.

La forma en què el terapeuta pot ajudar en l'elaboració del conflicte suïcida no ha de ser necessàriament dolorosa. La descoberta del conflicte pot atenuar el dramatisme amb el que sovint es tracten o es neguen aquests temes. De fet, aquest efecte plaent basat en la sorpresa, en la descoberta, forma part del desenvolupament infantil ( Pérez-Sánchez, 2013) i no hauria de menystenir-se en els tractaments dels adults.

### Els pacients que no evolucionen

Un tractament de grup permet observar les diferents evolucions dels seus membres. Els que no poden evolucionar tan favorablement representen aquella part invariable de la personalitat que no progressa i que no queda manifestada en els tractaments individuals de manera tan palesa. En canvi, en el grup sí que es poden dramatitzar aquests aspectes que, de forma individual, costaria més d'observar, i que ens remetent a les limitacions que tenen els tractaments als que Freud (1937) feia referència a l'hora de tractar

l'acabament de l'anàlisi. Aquests aspectes contradictoris que coexisteixen en el temps, d'evolució i estancament personal, es poden dramatitzar a través dels diferents personatges que componen el grup. Aquesta és una característica de les dinàmiques grupals, que ve determinada pel treball del grup i pels recursos individuals dels membres que el conformen.

## **9. Consideracions finals**

De l'estudi sobre l'eficàcia de la psicoteràpia psicoanalítica de grup per a pacients amb símptomes depressius es conclou que:

En les condicions en què s'ha realitzat aquest estudi, s'han comprovat canvis clínics notables i millores en la percepció de qualitat de vida dels participants. L'aplicació d'aquestes teràpies en l'àmbit de l'atenció primària de salut poden ser un recurs útil per millorar la salut de la població i alleugerir les càrregues de treball dels equips d'atenció primària.

Aquesta alternativa de "tractament de proximitat" a l'atenció primària de salut no és una proposta d'aplicació immediata, perquè es necessita un cert temps de formació en psicoteràpia de grup psicoanalítica. Per tant, cal que es produeixi un incentiu en la formació en psicoteràpia de grup que les actuals estructures acadèmiques no ofereixen o ho fan d'una manera aïllada i molt minsa. També cal que s'inclogui aquest tipus de formació en els programes dels MIR, PIR i DESM, ja que l'àrea de la psicoteràpia de grup és pràcticament absent en el seu programa formatiu.

De l'estudi de procés d'una psicoteràpia de 39 setmanes, es verifiquen canvis substancials en l'evolució d'alguns pacients que, de manera progressiva, utilitzen mecanismes de defensa més evolucionats i són capaços de retardar l'acció per contenir millor les seves emocions. Altres pacients no milloren o milloren molt poc, per la qual cosa és convenient establir un sistema de selecció més acurat, com ara, la possibilitat de formar grups curts en què s'analitzi la demanda. Es tracta dels grups d'anàlisi de la demanda, una proposta ben argumentada en aquest treball.

La capacitat de mentalitzar dels participants s'incrementa durant el tractament i, per tant, poden aparèixer més fàcilment les seves possibilitats d'empatitzar amb els altres i milloren les seves relacions familiars i socials.

De l'estudi exhaustiu del material, sorgeixen elements tècnics que es revisen i es fan aportacions sobre la utilització de la tècnica al voltant dels temes següents: el tractament del suïcidi; l'ús de la metàfora com a factor terapèutic i com a avaluador de procés; la importància del maneig del temps per poder incrementar la capacitat de pensament dels participants; la forma amb què es tracten les pèrdues per poder entrar en posició



depressiva; i les formes de millorar la cohesió de grup com a factor terapèutic en si mateix i com a element que permet l'aparició d'altres factors terapèutics.

Una línia d'investigació oberta és la verificació, com s'ha fet en altres tipus de tractament psicoterapèutic, de la persistència a llarg termini dels guanys obtinguts en els participants després de seguir el tractament. Aquesta possible recerca podria donar més solidesa a la proposta d'estendre aquesta modalitat de tractament en el marc de l'atenció primària de salut, així com formar part de la cartera de serveis que els proveïdors del serveis públics de salut podrien oferir.

Sens dubte, aquesta proposta hauria anar acompanyada d'estudis econòmics de cost-eficàcia.

*«Si es el tiempo el que funda el espacio, si somos hijos de los días, si estamos hechos de átomos, también estamos hechos de historias, y cada día tiene una historia que contar».*

**Eduardo Galeano**

## **Bibliografia**

Albani, C., Pokorny, D., Blazer, G., Grueninger, S., Koenig, S., Marschke, F. (2002). Reformulation of the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) categories: The CCRT-LU Category System. *Psychotherapy Research*, 12(3), 319–338.

Alexander, F. (1937). Five years of the Chicago Institute for Psychoanalysis. 1932-1937. *Institut for Psychoanalysis, Chicago*.

American Psychiatric Association. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(4 Suppl), 1–45.

Aragonès, E., Caballero, A., Piñol, J.L., López-Cortacans, G., Badia, W., Hernández, J. M., Labad, A. (2007). Assessment of Albani, C., Pokorny, D., Blazer, G., Grueninger, S., Koenig, S., Marschke, F. (2002). an enhanced program for depression management in primary care: a cluster randomized controlled trial. The INDI project (Interventions for Depression Improvement). *BMC Public Health*, 7, 253. doi:10.1186/1471-2458-7-253

Aragonès, E., Piñol, J.L., Caballero, A., López-Cortacans, G., Casaus, P., Hernández, J.M., Badia, W., Folch, S. (2012). Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: a cluster randomized trial. The INDI project. *Journal of Affective Disorders*, 142, 297-305. doi: 10.1016/j.jad.2012.05.020

Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Gaete, J., Rojas, M., Simon, G., Peters, T. J. (2003). Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet*, 361(9362), 995–1000. doi:10.1016/S0140-6736(03)12825-5

Arias i Pujol, E. (2011). Metodología observacional e investigación del proceso grupal. *Teoría y práctica grupoanalítica*, 1(2), 435-448.

Aristòtil (384-322 a.c.) *Física*, IV, 16, 218. Citat per Míguez, J.A. (2002) a Parménides-Heràclito. Ed. Folio. Barcelona

Aristòtil (384-322 a.c) *Poética*, (1457b) Traducció: Salvador Mas, pàg. 161, (2003). Ed. RBA. Barcelona

Arlow, J. (1979). Metaphor and psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Quarterly*, 48, 363–385.

Ávila Espada, A., García de la Hoz, A. (1994). Psicoterapia psicoanalítica de grupo(II) a *Manual de técnicas de psicoterapia* Ávila Espada, A., Poch i Bullic, J. Ed. Siglo XXI de España Editores. Madrid.

- Ayuso-Mateos, J.L., Vázquez-Barquero, J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dolgard, O.S., Casey, P. et al. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence and figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 179, 308-316.
- Beuchot, M. (1997). *Tratado de hermenéutica analógica*. (UNAM/Itaca, Ed.). México.
- Bergua, J.B. (1934) Hesíode (Hesiodo, Ἡσίοδος) (Ascra a Beòcia, s. VIII-VII aC) *Teogonía*. Traducció. Ed. Bergua. Madrid
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relation. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 484-486.
- Bion, W.R. (1943). Intra-group tensions in therapy. *Lancet*, 27(2), 678-781.
- Bion, W.R. (1961). *Experiences in Groups*. Tavistock Institute, Ed. London. Traducció: *Experiencias en Grupos*. (1980) Ed. Paidós Ibérica S. A. Barcelona.
- Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*. William Heinemann Ed. London. Traducció: *Aprendiendo de la experiencia*. (1991) Ed. Paidós. México.
- Bion, W.R. (1966). *Elementos de psicoanàlisis*. Ed. Hormé. Buenos Aires.
- Bion, W.R. (1967). *Second Thoughts*. Heineman. London. Traducció: Bion, W.R. (1996). *Volviendo a pensar*. pàg. 151-164. Ed. Hormé. Buenos Aires.
- Blacker, C.V., Clare, W. (1987). Depressive disorder in primary care. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 737-751. doi:10.1192/bjp.150.6.737
- Blackmore, C., Beecroft, C., Parry, G., Booth, A., Tantam, D., Chambers, E., Simpson, E., Roberts, E., Saxon, D. (2009). A systematic review of the efficacy and clinical effectiveness of group analysis and analytic/dynamic group psychotherapy. Centre for Psychological Services Research, School of Health and Related Research, University of Sheffield, UK.
- Blackmore, C., Tantam, D., Parry, G., Chambers, E. (2012). Report on a Systematic Review of the Efficacy and Clinical Effectiveness of Group Analysis and Analytic/Dynamic Group Psychotherapy. *Group Analysis*, 45(1), 46-69. doi:10.1177/0533316411424356
- Blagys, M. D., Hilsenroth, M. J. (2006). Distinctive Features of Short-Term Psychodynamic-Interpersonal Psychotherapy: A Review of the Comparative Psychotherapy Process Literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(2), 167-188. doi:10.1093/clipsy.7.2.167
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Ed. Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall. Citat per Taylor, S. J., Bogan, R. (1984) a *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Ed. Paidós. Barcelona.

Boehm, F. (1942). Erhebung und Bearbeitung von Katamnesen. *Zbl Psychoter.* 14: 17-24. Citat per: Kächele, H. (1992). Investigación psicoanalítica. 1930-1990. *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 9, 55-68.

Bros Cugat, I., Jara Martin, M. (2015). Las pruebas de cribado de la depresión: unas reflexiones. *Atención Primaria*, pii: S0212-6567(15)00003-7. doi: 10.1016/j.aprim.2014.05.018.

Caballero-Martínez, F., León-Vázquez, F., Payá-Pardo, A., Díaz-Holgado, A. (2014). Uso de recursos sanitarios y pérdida de productividad en pacientes con trastornos depresivos atendidos en atención primaria: Estudio InterDep. *Actas Españolas de Psiquiatría.*, 42(6):281-91.

Cabré, V., Castillo, J.A., López, X. (2014). Evaluación de la psicoterapia psicoanalítica: Cambio en los patrones de relación. doi:<https://drive.google.com/folderview?id=0B7H9pEKKDQunWmRZY296anlVNjQ&us>

Campos Avillar, J., Campos, H. (2007). Epílogo a un prólogo póstumo de S. H. Foulkes. *Norte de Salud Mental*, 29, pàg. 63-77.

Cañete, M., Stormont, F., Esquerro, A. (2000). Group analytic psychotherapy with the elderly. *British Journal of Psychotherapy*, 17, 94-105. doi: 10.1111/j.1752-0118.2000.tb00563.x.

Carretero, V., Soriano, R. M., Trinidad, A. (2012). *Teoría Fundamentada*. Ed. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid.

Casañas, R., Catalán, R., del Val, J. L., et al. (2012). Effectiveness of psychoeducational group program for major depression in primary care. A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12, 230.

Casañas, R., Catalán, R., Raya, A., Real, J. (2014). Efectividad de un programa grupal psicoeducativo para la depresión mayor en atención primaria: ensayo clínico controlado aleatorizado. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34, 121. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352014000100009>

Coderch, J. (1995a). És possible el canvi psíquic? *Revista Catalana de Psicoanàlisi* XII(2), 17-36.

Coderch, J. (1995b). *La interpretació en Psicoanàlisi. Fundaments y Teoría de la Técnica*. Herder, Ed.. Barcelona.

Coderch, J. (2006). *Pluralidad y dialogo en psicoanálisis*, Ed. Herder Barcelona.

Conrad, J. (1900). *Lord Jim*. Traducció: Perés R.D. (2001) Ed. B. Madrid.

Corominas, J. (1995). Canvi terapèutic en el tractament psicoanalític d'infants. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, XII(2), 57-66.

Crits-Christoph, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta analysis. *American Journal of Psychiatry*, 149, 151-158.

De Felipe García-Bardón, M. V. (2011). Psicoterapia grupal operativa de orientación psicoanalítica en fibromialgia: evaluación y factores relacionados Tesis doctoral. Madrid: Departamento de Teoría del conocimiento, Estética e Historia del Pensamiento. Universidad Complutense de Madrid.

De la Cruz, M., Scheuer, N., Schlemenson, S. (2013). Un estudio exploratorio de la Evolución de los Actos de Habla en Psicoterapia Grupal de Niños con Problemas de Aprendizaje. *Revista Colombiana de Psicología*. 22, (2), 275-292.

Diccionari d'Estudis Catalans. (1995). Enciclopedia Catalana, S.A. i Edicions 62 S.A.

Donnet, J. L. (1993). Lord Jim ou la honte de vivre. *Adolescence*, 11(1), 183–224.

Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S., C. M. Abbass, A. A., de Jonghe, F., Dekker, J. J. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 30, 25-26. doi: 10.1016/j.cpr.2009.08.010

Ehrensperger, S., Goerg, D., Fischer, W., Zbinden, E., & Guimón, J. (2002). Psychothérapies de groupe : étude exploratoire en Suisse. *Annales Médico-Psychologiques. Revue Psychiatrique*, 160(5-6), 378–385. doi:10.1016/S0003-4487(02)00182-8

Espinosa Gil, R.M., Campillo Cascales, M. J., Garriga Puerto, A., Martín García-Sánchez, J. C. (2015). Psicoterapia grupal en duelo. Experiencia de la psicología clínica en atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 383–386. doi:doi: 10.4321/S0211-57352015000200011

Faimberg, H.(2005). El telescopaje de generaciones. A la escucha de los lazos narcisistas entre generaciones. pàg 79-94. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.

Farré, L., Hernández, V., Martínez, M. (1992). *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve*. Paidós, Ed. Barcelona.

Feixas, G., Montesano, A., Compan, V., Salla, M., Dada, G., Pucurull, O., Trujillo, A., Paz, C., Muñoz, D., Gasol, M., Saul, M.A., Lana, F., Bros, I., Ribero, E., Winter, D., Carrera-Fernández, M.J., Guardia, J. (2014). Cognitive conflicts in major depression: Between desired change and personal coherence. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 369–385. doi:DOI:10.1111/bjc.12050

Fernández de Sanmamed Santos, M. J. (2006). a: Vázquez Navarrete, M. L., Ferreira da Silva, M. R., Mogollón Pérez, S. *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas a la salud*. Universitat Autònoma de Barcelona, Ed. Barcelona.

Ferrari, A.J., Charlson, F.J., Norman, R.E., Patten, S.B., Freedman, G., Murray, C.J., Vos, T., Whiteford, H.A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden disease study 2010. *PLoS Medicine*, 10, e1001547. doi: 10.1371/journal.pmed.1001547.

Ferràs Fort, N., Mateu Vives, G. (2013). Evolución de la narrativa en un grupo de psicoterapia psicoanalítica breve. *Teoría y Práctica Grupoanalítica*, 3(2), 251–265.

Ferreira da Silva, M.R., Vázquez Navarrete, M.L. (2006) *Introducción a los fundamentos teóricos de la investigación cualitativa*. a: Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas a la salud. Vázquez Navarrete (coord.) Universitat Autònoma de Barcelona. Servei de publicacions.

Ferreres, V., Pena-Garijo, J., Ballester Gil de Pareja, M., Edo, S., Sanjurjo, I., Ysern, L. (2012). ¿Psicoterapia, farmacoterapia o tratamiento combinado?: Influencia de diferentes variables clínicas en la elección del tratamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(114), 271–286. doi:doi: 10.4321/S0211-57352012000200005

Folch, P. (1984). Experiència d'un grup de diagnòstic a la Seguretat Social (text mecanoscrit), PIPP. Barcelona. Comunicació personal en els seus seminaris.

Folch, P. (1995). El canvi terapèutic des d'una perspectiva psicoanalítica. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol XII/Núm 2, XII(2), 67–77.

Fonagy, P., Roth, A., Higgitt, A. (2005). Psychodynamic psychotherapies: Evidence-based practice and clinical wisdom. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69(1), 1–58.

Fontao, M.I. ; Mergenthaler, E. (2005,a). El concepto de insight en la psicoterapia de grupo. *Investigaciones en Psicología*, 10(3): 55-71

Fontao, M.I. Mergenthaler, E. (2005,b). Aplicación del Modelo de Ciclo Terapéutico a la investigación de Microprocesos en la Psicoterapia de Grupo. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. XIV (1): 53-63

Foulkes, S.H., Anthony, E.J. (1957). *Group Psychotherapy. The Psychoanalytical Approach*. Traducció: *Psicoterapia de grupo. El enfoque psicoanalítico*. (2007) Ed. Cegaop Press. Barcelona.

Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. Obras completas. Cap.VII pàg 702-712. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid.

Freud, S. (1910). *Los dos principios del funcionamiento mental*. Obras Completas, pàg. 1638-42. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid.

Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del Yo*. pàg. 2563 a Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid.

Freud, S. (1933). *Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis. XXXIV Aclaraciones, aplicaciones y observaciones*. pàg. 3187. Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid.

Freud, S. (1937). *Análisis terminable e interminable*. Obras Completas, pàg. 3339-3364. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid.

- Gabbard, G.O. (2008). *Tratamientos de los Trastornos Psiquiátricos*. Ed. Ars Médica. Barcelona.
- García Badaracco, J. E. (1990). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Ed. Tecnipublicaciones S.A. Madrid.
- Garland, A.F., Huriburt, M.S., Brookman-Frazze, L., Taylor, R.M., Accurso, E. C. (2010). Methodological challenges of characterizing usual care psychotherapeutic practice. *Administration and Policy in Mental Health*, 37, 208–220. doi:doi: 10.1007/s10488-009-0237-8.
- Giorgi, Victor (1990). *Vinculo, marginalidad y salud mental*. pàg. 65. Ed. Roca viva. Montevideo.
- Glaser, B. (1992). *Basics of Grounded Theory Analysis*. Citat per Carretero, V. (2012) a *Teoría Fundamentada. Grounded Theory*. (Centro de Investigaciones sociológicas). Madrid.
- González Higuera, F. (2014). Barreras y obstáculos para desarrollar Terapia de grupos en Salud Mental. *Intrapsiquis, XV Congreso Virtual de Psiquiatria.com*.
- Grimberg L., Langer M., Rodriqué E. (1957). *Psicoterapia de Grupo*. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Grimberg, L. (1963). *Culpa y depresión*. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Grinberg, L. (1976). *Teoría de la identificación*. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Grinberg, L., Sor, D., Tabak de Bianchedi, E. (1991). *Nueva introducción a las ideas de Bion*. (Ed. Tecnipublicaciones). Madrid.
- Guillen Nácher, P., Lorén Camarero, J. (1995). *Del diván al círculo. Psicoterapia analítica de grupo*. (Ed. Promolibro). Valencia.
- Guimón, J. (2003). *Manual de terapias de grupo*. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid.
- Hamburg, D. (1967). Report of ad hoc committee on central fact-gathering data of the American psychoanalytic Association. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 15, 841–861.
- Helmeke, K. B., Sprenke, D.H. (2000). Clients' perceptions of Pivotal moments in Couples Therapy: A Qualitative Study of Change in Therapy. *Journal of marital and Family Therapy*, 26(4), 469–483).
- Henle, P. (1958). *A Language, Thought and Culture*. Ed. Paul Henle. University of Michigan Press. Citat per Philip Wheelwright (1979) a *Metáfora y realidad*. pàg.75. Ed. Espasa Calpe. Madrid.
- Hochschild, J.P. (2001). *The semantics of analogy according to Thomas de Vio Cajetan's De Nominum Analogia*. Dissertation for the Degree of Doctor in Philosophy,

Graduate School, University of Notre Dame. Web page of the Institute for Philosophical Research, Hungarian Academy of Sciences: <http://www.phil-inst.hu/~gyula/FILES/Josh-Thesis.pdf>.

Horowitz, M.J. (1979). *States of mind: Analysis of change in psychotherapy*. Plenum Medical Books. New York.

Horwitz, L. (1977). A group centered approach to group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 27, 423.

Irazabal Martín, E., Hernández Monsalve, M. (coords) (2013). *Experiencias terapéuticas grupales*. Ed. Grupo 5. Madrid.

Jaitin, R. (1995). Le porte-voix dans l'oeuvre d'Enrique Pichon-Rivière. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 23, 175–179.

Jensen, H.H., Mortensen, E.L., Lotz, M. (2014). Drop-out from a psychodynamic group psychotherapy outpatient unit. *Nord Journal Psychiatry-Early Online*. Doi: 10.3109/08039488.2014.902499.

Jones, E. (1936). Report of de Clinic Work. 1926-1936. *London Clinic of psychoanalysis*. Citat per: Kächele, H. (1992) Investigació psicoanalítica. 1930-1990. *Revista Chilena de Psiconálisis*, 9, 55-68.

Jordan, J.F. (2005). La bilógica de Ignacio Matte-Blanco: una breve introducción. *Gazeta Universitaria de Chile*, 1, 80–85.

Kächele, H. (1992). Investigació psicoanalítica. 1930-1990. *Revista Chilena de Psiconálisis*, 9, 55–68.

Kadis, A.L., Krasner, J.D., Winick, C., Foulkes, S.H.(1969). *Manual de psicoterapia de grupo*. pàg. 63-70. Ed. Fondo de Cultura Económica. México.

Kandel, E.(1983). From metapsychology to molecular biology. Explorations to the Nature of Anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1277-1293. <http://dx.doi.org/are.uab.cat/10.1176/ajp.140.10.1277>

Kaplan, H.I., Sadock, B. J. (1996). *Terapia de Grupo*. Ed. Interamericana. Madrid.

Kazez, R. (2003). El algoritmo de David Liberman como método aplicable a la investigación en psicoanálisis. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*. UCES, 130 152.

Klein, M. (1930). *La importància de la formació de símbols en el desenvollop del Yo*. Obras Completas Vol.1 pàg 224-227. Ed. Paidós. (1989) Barcelona.

Klein, M. (1935). *Contribución a la psicogénesis de los estados maniacos depresivos*. Obras completas. Vol. 1 pàg 267-295 Ed. Paidós. (1989) Barcelona.



Klein, M. (1946) Notes on some schizoid mechanisms. *Int. J. Psycho-anal.* 27: 99-110. Traducció: Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. Obras Completas Vol 3 pàg 10-33 Ed. Paidós. (1989) Barcelona.

Kleinman, L., Lowin, A., Flood, E., Gandhi., Edgell, E., Revicki, D. (2003). Costs of bipolar disorders, *Pharmacoeconomics*, 21, 601-622.

Krause, R., Lutolf, P. (1988) *Facial indicators of transference processes within psychoanalytic treatment*. A . Dahl, H., Kächele, H., Thomä, H. Ed. Springer, Berlín. pàg 241-256. Citat per: Kächele, H. (1992) *Investigació psicoanalítica*. 1930-1990. Revista Chilena de Psiconàlisi, 9, 55-68.

Lagache, D. *La psychanalyse et la structure de la personnalité*. (1958) a *La Psychoanalyse*, pàg, 42. PUF, Paris. Citat per Jean Laplanche i Jean-Bertrand Pontalis. Diccionario de psicoanálisis, pàg. 471. Ed. Labor. Barcelona.

Landa Petralanda, V., Trigueros Manzano, M.C., Calvo Aedo, P., Gaminde Inda, I., García-García, J. A. (1996). El duelo por la pérdida del cónyuge: un estudio mediante grupos de discusión en atención primaria. *Atenció Primaria.*, 18(9).

Lawrance, G.W. Bain, A. Gould, L. (1993). The fifth basic assumption. *Free Assotiations*, 6(37), 2855.

Leon-Sanromà, M., Fernandez de Sana Mamed Santos, M.J., Grau Riuvereta, A., Gomà Sellart, J. (2015) ¿La mitad de la població con diagòstico de depresi3n? *Atenció Primaria*, 47(4), 257-258. doi: 10.1016/j.aprim.2014.04.015

Lingiardi, V., Shedler, J., Gazzillo, F. (2006). Assessing personality change in psychotherapy with the SWAP-200: a case study. *Journal of personality assessment*, 23-32 doi:10.1207/s15327752jpa8601\_04

Lobo, A., Escolar, V., Ezquerra, J. et al. (1978). El Mini-Examen Cognoscitivo: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales. Comunicaciones Oficiales. XVI Reunión nacional de la Sociedad Española de Medicina psicosomática y Psicoterapia.

Lobo Satué, A., Saz Muñoz, P., Marco Sanjuan, C. (2000). Demencias. A Bulbena Vilarrassa, A., Berrios, G.E., Fernández de Larrinoa Palcios, P. *Medición en Psiquiatría y Psicología*. pàg. 335-348. Ed. Masson. Barcelona.

Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., Baró, E. (2002). Validation of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg Depression and Hamilton Anxiety rating scales. *Medicina Clínica*, 118, 493-499.

López Bastida, J., Oliva Moreno, J. Los costes socioeconómicos de los trastornos afectivos (depresi3n y trastorno bipolar) en España. *Economía de la Salud. ¿Donde estamos 25 años después? XXV Jornadas de Economía de la Salud* (Barcelona, 13-15 de Julio de 2005)

- López Cortacans, G., Walesca, B. R., Caballero Alías, A., Casaus Samatán, P., Piñol Moreso, J. L., Aragonès, E. (2012). Efectividad de un programa para el abordaje multidisciplinar de la depresión que potencia el rol enfermero en Atención Primaria. *Metas de Enfermería*, 15, 28–32.
- López del Hoyo, Y., Ávila Espada, A., Pokorny, D., Albani, A. (2004). Adaptación del sistema de categorías CCRT-LU a la lengua castellana: el sistema de categorías CCRT-LU-S. *Intersubjetivo*, 2(6), 296–30.
- Loretzen, S., Hoglend, P. (2004). Predictors of change during long-term analytic group psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 25–35.
- Lorentzen, S. (2011). Writing Manuals for Psychodynamic Group Treatments. *Group Analysis*, 45(1), 28–45. doi:10.1177/0533316411411862
- Loretzen, S. (2011). ¿Quo vadis, investigación en grupoanálisis? Una aportación personal. *Teoría y Práctica Grupoanalítica*, 1(1), 419–34.
- Lorentzen, S., Ruud, T., Fjeldstad, A., Høglend, P. (2013). Comparison of short- and long-term dynamic group psychotherapy: randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, 203(3), 280–7. doi:10.1192/bjp.bp.112.113688
- Lorentzen, S. (2014). *Group Analytic Psychotherapy. Working with affective, anxiety and personality disorders*. Routledge, Ed. Nova York.
- Lorentzen, S., Ruud, T. (2014). Group therapy in public mental health services: approaches, patients and group therapists. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 219–225.
- Luborsky, L., Chandler, M., Auerbach, A.H., Cohen, J., Bachrach, H. (1971). Factors influencing the outcome of psychotherapy, a review of qualitative research. *Psychological Bulletin*, 75, 145–148.
- Luborsky, L. (1977). *Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapie. The Core Conflictual relation theme*. A: Freedman, N., Grand, S. (Eds), Communicative structures and psychic structures, 367-395. Plenum Press. Nova York.
- Maldavsky, D. (1979). Análisis del preconscious como sistema de transformaciones. *Actualidad Psicológica*, 50.
- Maldavsky, D. (2001). Investigaciones en procesos psicoanalíticos. Teoría y método: secuencia de narrativas. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires
- Marmorosh, C.L. (2014). Empirical Research on Attachment in Group Psychotherapy: Moving the Field Forward. *Psychotherapy*, 51(1), 88-92.
- Marrone, M. (2011). Autores de referencia: Malcom Pines. *Teoría y Práctica Grupoanalítica*, 1(2), 551–568.

- Martín Sánchez, A., de los Ángeles, M. (1986). Heisiodo. *Teogonía*. Traducció. Alianza Editorial. Madrid.
- Martínez, M., Dolz, M., Alonso, J., Luque, I., Palacín C., Bernal, M. et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores Asociados: resultados del estudio ESEMeD España. *Medicina Clínica*, 126, 445–51.
- Mathers, C.D., Loncar D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med.* 2006;3(11):e442
- Matte-Blanco, I. (1988). *Thinking, Feeling, and Being*. Routledge, Ed. London.
- Meltzer, D., Harris, M. (1976). *A psychoanalytic model of the child-in-the-family-in-the-community*. Traducció: *Familia y Comunidad*. (1990). Ed. Spatia. Buenos Aires, ISBN 978-950-99558-1-3, i a: *El paper educatiu de la família*. (1998) pàg. 30-31. Ed. Espax. Barcelona.
- Meltzer, D. (1978). *The Kleinian Development*. Traducció: *Desarrollos Kleinianos*. (1991). Ed. Spatia. Buenos Aires.
- Meltzer, D. (1986). *Extended Metapsychology: clinical applications of Bion's ideas*. Perthshire: Clunie Press. Traducció: 1990 *Metapsicología ampliada*. 1990. Ed. Spatia. Buenos Aires.
- Meltzer, D., Harris Williams M. *The Aprehension of Beauty*. (1988). Perthshire: Clunie Press. Traducció: *La aprensión de la belleza*, (1990) pàg. 13-39. Ed. Spatia. Buenos Aires.
- Meltzer, D., (1975). *Explorations in Autism*. Ed. Karnac. London. Traducció: Meltzer, D. y otros. (1979) *Exploración del Autismo*. pàg.197-209 Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Merry, S.N., Stasiak, K., Shepherd, M., Frampton, C. Fleming, T., Lucassen, M.F. (2012). The effectiveness of SPARX, a computerized self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomized controlled non-inferiority trial. *BMJ*, 344:2598 doi:10.1136/bmj.e2598.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), (2010). *Depression: the treatment and management of depression in adults*. Retrieved April 13, 2015, From <http://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/1-recommendations>.
- Noguera Corrons, R. (2011). Un lloc en el món. Una reflexió sobre l'espai, en el treball clínic i en altres disciplines. *Revista Digital de Psicoteràpia Psicoanalítica* núm 0.
- Notó i Brulles, P., Panyella i Roses, M. (1986). *Introducció a la Psicologia Social*. Edicions 62. Barcelona.
- Notó i Brullés, P., Recasens i Tarrés, J.M. (1994). *Psicoterapia psicoanalítica de grupo(I)* a: Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico. pàg 524. i 535-538 Ed. Siglo XXI de España editores, S.A. Madrid

Pérez-Sánchez, M., Chbani, H. (2013). La imaginación asombrada, . *Boletín de la Asociación Bick España*. [http://www.asociacionbick.org/pdf/boletin\\_27.pdf](http://www.asociacionbick.org/pdf/boletin_27.pdf)

Pines, M. (2009) L'influence de John Rickman et de Melanie Klein sur W.R. Bion. *Revue de psychothérapie psychoanalytique de groupe*, 7-18.

Pinney, E.L. (1978). Paul Schilder and group psychotherapy. *Psychoanal Q* 50, 133. Citat per Scheidlinger, S. (1996) Historia de la terapia de grupo a: Kaplan, H.I. Sadok, B.J. *Terapia de Grupo*. Ed. Médica Panamericana. Madrid.

Piper, W.E., McCallum, M., Joyce, A.S., Rosie, J.S., Ogradniczuk, J.S. (2001). Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51, 525-552.

Pla Director de Salut Mental i Toxicomanies. (2006). Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Ed. Direcció General de Planificació i Avaluació.

Popper, K. (1972) *Conjetures and Refutations*. Routledge & Kegan Paul, Ed. London. Traducció: *Conjeturas y refutaciones*. (1993) Ed. Labor. Barcelona.

Prats, E., Domínguez, E., Rosado, S., Pailhez, G., Bulbena, A., Fullana, M.A. (2014). Efectividad de la terapia cognitivo-conductual grupal para el trastorno de pánico en una unidad especializada. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(4), 176-184.

Rabu, R., Haavind, H., Binder, P.H. (2013). We have travelled a long distance and sorted out the mess in the drawers: Metaphors for moving towards the end in psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(1), 71-80.

Ramos-Brieva, J.C, Cordero, A. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 118, 324-334.

Ricoeur, P. (1980). *La metáfora viva*. Ed. Trotta. Madrid.

Roca Bennasar, M., Baca Baldomero, E., Cervera Enguix, S. (2007). Perfil sintomático de los pacientes con depresión tratados en atención primaria. Un estudio epidemiológico. *Psiquiatría Biológica*, 14(2), 47-52.

Rouchy, J.E. (2009). La découverte d'un nouveau champ analytique. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 52, 5-6.

Ruiz, C.E., Silva, T.A., Miranda, I.H. (2001). Diagnóstico clínico y psicométrico de la depresión en pacientes de medicina general. *Revista Médica de Chile [online]*. 129(6), 627-633.

Sánchez Escárcega, J. (2001). El análisis grupal no es una análisis individual "en grupo" El problema de la interpretación. *Subjetividad y cultura*. 16, 63-78.

Schatz, J.I., Binder JL. (1984). *Psychotherapy in a new key: a guide to time-limited dynamic psychotherapy*. pàg. 65-109 Ed. Basic Book. New York.

Schwartz, A. (1988). Reification revisited: Some neurobiologically filtered views of psychic structure and conflict. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 36, 359–385.

Segal, H. (1957). Notes on symbol formation. *International Journal of Psychoanalysis*, 38, 391–397.

Serrano-Blanco, A., Palao, D.J., Luciano, J.V., Pinto-Meza, A., Luján, L., Fernández, A., Haro, J.M. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2), 201–10. doi:10.1007/s00127-009-0056-y

Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy 2010 Vol. 65, No. 2., *American Psychological Association*, 65(2), 98–109. doi:10.1037/a0018378

Silberschatz, G., Curtis, J. T., Sampson, H., Weiss, J.B., Larry E. (1991). *Mount Zion Hospital and Medical Center: Research on the process of change in psychotherapy. Psychotherapy research: An international review of programmatic studies*. pàg 56-64. Washington, DC, US: American Psychological Association, xi ii, 334 ppdoi: <http://dx.doi.org/10.1037/10092-006>

Sireling, L.I., Freeling, P., Paykel, E.S., Rao, B.M. (1987). Depression in general practice. Clinical features and comparison with out-patients. *British Journal of Psychiatry*, 147, 119–126.

Strauss, A., Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing*. Sage Publications Inc. Traducció: *Bases de la investigación cualitativa*, (2002). Ed. Universidad de Antioquia. Colombia.

Sunyer Martín, J.M. (2002). El grupo: espacio mental de elaboración de los procesos de integración y diferenciación de los aspectos biopsicosociales. *Avances en Salud Mental Relacional*, 1(2).

Sunyer Martín, J.M., Gallego, J., Brunel, C. (2006). Factores terapéuticos i atmosfera grupal. Article pendent de publicació.

Sunyer Martín, J.M. (2008). *Psicoterapia de grupo grupoanalítica*. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid.

Sunyer Martín, J. M. (2013). Editorial. Psicoterapia de grupo en Centros de Salud Mental de adultos. *Teoría y Práctica Grupoanalítica*, 3(2), 175–177.

Tasca, G.A., Francis, K., Balfour, L. (2014). Group Psychotherapy Levels of Interventions: A Clinical Process Comentary. *Psychotherapy*, 51(1), 25–29.

Taylor, S.J., Bogan, R. (1984). *Introduction to Qualitative Research Methods*. Ed. John Wiley and Sons. Nova York. Traducció: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. (2010) Ed. Paidós. Barcelona.

- Teller, V., Dahl, H. (1986). The microstructure of free association. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 34, 763–798.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative Research: Analysis Types and Software Tools*. Ed. Falmer Press. Londres.
- Timonen, M., Liukkonen, T. (2008). Management of depression in adults. *British Medical Journal*, 336, 435–439. doi:10.1136/bmj.39478.609097.BE.
- Turbet-Oklander, J. (2013). Field, Process and Metaphora. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 223–246.
- Vaimberg Grillo, R.(2010). *Psicoterapias tecnológicamente mediadas (PTM). Estudio de procesos y microprocesos a partir de la participación on line*. Tesis Doctoral. Dept. de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic. Universitat de Barcelona.
- Vallés Martínez, M.S.(1992). *Entrevistas Cualitativas*. Cuadernos Metodológicos, nº 32. Ed. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid.
- Vásquez Leichtle, C. ( 2008). *Estudio de la persistencia temática en función de relaciones interpersonales: Exploración de los relatos de pacientes en una experiencia grupal breve*. pàg. 28. Tesis Doctoral. Universitat de Barcelona.
- Vázquez Navarrete, M.L., Ferreira da Silva, M.R., Mogollón Pérez, S., Fernández de Sanmamed Santos, M.J., Delgado Gallego, M.E., Vargas Lorenzo, I. (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Materials, 168, pàg. 131. Universitat Autònoma de Barcelona. Servei de publicacions.
- Vernanet, J. P. (2007). *El universo, los dioses, los hombres*. Ed. Anagrama. Barcelona.
- Vives Belmonte, A. (2012). Instruments de treball del professional. *Intercanvis*, 29, 69-78.
- Wheelwright, P. (1962). *Metaphor and Reality*. Ed. Indiana University Press. Traducció: *Metàfora y realidad*.(1979) pàg. 73-79 Ed. Espasa-Calpe. Madrid.
- Winnicott D. (1971). *El lugar en que vivimos*. pàg. 139-146 a: *Juego y realidad* (2013). Ed. Gedisa. Barcelona.
- Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Ed. Paidós. Barcelona.

## **Annex I**

### Fragment de la sessió 27a (primers minuts)

Assisteixen 4 pacients

**Carmen-** ¿Somos poquitos no?

**Silencio**

**Daniel -** Hay muchas cuestas y no...

**Terapeuta 1-** ¿Cómo dice?

**Daniel-** Muchas cuestas... hay que trabajar...

**Murmullos incomprensibles de Diego y Carmen**

**Terapeuta 1-** Sí, sí, trabajar cuesta mucho.

**Daniel -** Me he despertado hace 15 minutos. Estaba echando la siesta y he dicho “vamos a despertarnos”

**Terapeuta 1-** Vane ha llamado para decir que hoy no podía venir porque estaba con su hija (no he entendido muy bien si comprando o si estaba en una situación que no podía venir)

Carlos, hablé con Carlos ayer, porque me llamó el lunes o el martes y no pude coger el teléfono. Total que ayer nos pusimos en comunicación y dijo que hoy no podía venir, que le era imposible porque su mujer estaba en un curso y no sabía con quién dejar el niño. No podía dejar el niño con nadie, que esto duraba hasta la semana próxima y no sabía seguro si la semana próxima podría dejar el niño con alguien, que lo intentaría pero que no sabía. Que eran estas dos semanas...

Oigan y ¿a ustedes no les sugieren cosas a cada momento de la vida en las situaciones en las que están?

Fíjense que ha sido una cosa curiosa que nos hayamos sentado de una manera bastante simétrica.

Yo pensaba si hoy nos pelearíamos mucho, si estaríamos enfrentados, si lucharían ustedes...

**Carmelo-** No sé, pero cada cual se ha sentado en los asientos que le corresponden... bueno... podríamos habernos sentado en cualquier sitio pero es la costumbre...

**(Todos coinciden que es la costumbre)**

**Carmen-** ¿No es normal? Coger siempre el mismo asiento.

**Terapeuta 1-** ¿Normal? Sí... es una tendencia... Si... Otra cosa es por qué se hace eso.

**Carmen-** Pues no lo piensa uno...

**Terapeuta 1-** No, no lo piensa uno pero hay tantas cosas que uno no piensa... ¿por qué se sientan ustedes en el mismo sitio?

**Daniel -** Si uno está cómodo sentándose en el mismo sitio... somos de costumbres las personas.

**(Carmen va reforzando cada intervención con “sí, claro” o terminando frases)**

Yo lo tengo comprobado en el gimnasio que todo el mundo va a la misma taquilla y las taquillas son libres... y haces amistad con el de al lado... es un ejemplo. ¡Puedes elegir! Hay tres habitaciones.

**Terapeuta 1-** Claro, porque sentándose en el mismo sitio les puede dar a ustedes sensación de seguridad porque “¡Vaya usted a saber por dónde va a salir hoy Cristóbal!” Igual sale por algún sitio que los deja a todos descolocados, o sea que vamos a estar todos más seguros, en la misma silla. Es mi silla, sobretodo la mía y que nadie me la quite... y están ustedes más seguros.

Esto es una situación comprensible, normal, frecuente... pero también se puede ver desde otra perspectiva: Ustedes vienen aquí para cambiar cosas pero no quieren cambiar nada. Se sientan en el mismo sitio. “Sí, sí, yo quiero cambiar” pero ¡¡¡¡¡!!! No quiero cambiar nada en realidad... yo quiero seguir igual, ¿eh?



Que es normal, es comprensible... lo que ustedes quieran, ¿eh?

**Carmen-** Ustedes sí que cambian de sitio cada vez que... ¿sí? ¿Verdad? ¿Por qué lo hacen?

**Terapeuta 1-** A ver qué pasa.

**Carmen-** Quieren cambiar.

**Terapeuta 1-** A ver ...

**Carmen-** Está bien, sí, sí... podríamos hacerlo todos ¿no? Mira, el próximo día no me sentaré aquí.

**Montse -** Ni yo tampoco.

**Daniel -** Carlos lo hizo una vez... se cambió el asiento.

**Carmen-** Si, si... pero el que se sienta en el mismo sitio pensará “Me ha quitado mi sitio”.

**Terapeuta 2-** Cuando uno cambia de lugar donde está sentado cambia de punto de mira...

**Carmen-** Ves a diferentes personas desde otro punto de vista.

**Terapeuta 2-** Las personas son las mismas... pero desde otra perspectiva.

Ahora recuerdo que hay quien comenta que esta posibilidad de tener espacios donde se puede vivir, donde puede alargar la mirada, es diferente a vivir en espacios como la ciudad donde uno siempre está viendo, a lo mejor, edificios... que no puede poner la mirada lejos. Esa necesidad de poner la mirada lejos es diferente. Es diferente mirar lejos que mirar cerca.

**Daniel -** Ir a la playa, por ejemplo... yo lo necesito eso y cada semana intento ir a ver la playa.

**Montse-** Yo tengo la montaña. La vista de la montaña.

**Terapeuta 1-** Oigan.... esto da mucho de sí...

**Daniel-** Algo va a salir de aquí, algo importante.

**Terapeuta 1-** Fíjense como uno, a veces, para pensar en sí mismo, en lo más interior, a veces puede lanzar la mirada al horizonte. Y está mirando al horizonte y, en cambio está mirándose a si mismo. Para entrar en contacto en cómo uno se siente... y está con la mirada en el horizonte ¿no? Entonces puede mirarse cómo se siente, cómo se ve, cómo se angustia.

**(Carmen va reforzando cada intervención con “sí, claro” o terminando frases)**

**Carmen-** Es lo que pasa con la música, también.

Es curioso... la música de “LO IMPOSIBLE” ¡fíjate! Es algo curioso... no sé qué me pasa con esa música...

**(Murmullos de Cristóbal)**

**Terapeuta 2-** La música de “LO IMPOSIBLE” ¿qué es? ¿Una película?

**Carmen-** La película esta de “LO IMPOSIBLE” este hecho real que pasó con el Tsunami... la música esta. ¡Esa música me llena tanto!

**Terapeuta 1-** La transporta...

**Carmen-** Me transporta a otro mundo. ¿Y me hace ver mi vida, eh?

**Terapeuta 1-** ¿A otro mundo... que es su mundo?

**Carmen-** Es curioso, la cogió el otro día mi marido de la biblioteca. Yo dije “¿qué música es esta?”, y ahora cada vez que entro al coche la pongo porque es como si me fuera de este mundo.

**Terapeuta 1-** ¿Y marchando de este mundo entra en el suyo?

**Carmen-** Si, y no es fácil que una música... si no la habéis escuchado... ¡es preciosa! El que compuso esa música hizo un buen trabajo. Hay que ver la película y hay que oír la música.

**Terapeuta 1-** Todo el mundo ha tenido experiencias de determinadas músicas que le provocan algunas emociones.

**Carmelo-** Yo me acuerdo que tenía un acuario que ponían una música y podía ver los peces. Yo me relajaba mucho, ponían la música y entre la música y los peces estaba

muy relajado. Después, cuando era más mayor, comenzaron a morirse los peces... comenzó uno, después otro...

**Terapeuta 1-** ¿A lo mejor se pensó que usted no lo sabía cuidar?

**(Murmullan sobre peces Montse y Carmen)**

**Carmelo-** *A lo mejor uno no sabe... tenía enfermedades en la piel y había personas que saben bastante... un compañero mío que tiene una pecera y los tiene a los 4 peces que le regalé, él los tiene. Y a mí se me murieron dos. Ya digo, para que se me acaben de morir, los regalo...* **(Texto aproximado de lo que dice. Su vocalización es muy pobre y es difícil captar qué dice)**

**Terapeuta 1-** Ya pero... ¡qué frustración! ¿No? Tener la sensación de no poder cuidar bien ¡aunque sea los peces!

**Carmelo-** Cuando empezaron a morirse pensé que lo mejor era regalarlos...

**Terapeuta 1-** Pero uno puede tener la sensación de “cosa que toco, cosa que estropeo, ¿no?”

**Carmelo-** No, eso no... o a lo mejor sí... A lo mejor me toqué a mí y me estropeé a mí mismo.

**Carmen-** Eso me pasa con las plantas. Yo las mato.

**Terapeuta 1-** ¿Usted las mata? ¿Con la mirada, simplemente? En vez de hablarles con cariño a las plantas, las mata...

**Carmen-** Las mato, pobrecitas.

**Daniel-** ¿No te gustan?

**Carmen-** Sí que me gustan pero, claro, no me gusta cuidarlas...

**Daniel -** Entonces no te gustan...

**Carmen-** Me han regalado, hace poco una planta y he intentado cuidarla y se me ha muerto... Y me han dicho que era por mucho regarla...yo la regaba mucho... la quería conservar...

**Terapeuta 1-** Fíjense que es interesante porque hablamos de la mirada hacia lo lejano, de la música, cómo entrar dentro de uno mismo con la música que te transporta a otro mundo pero transporta a uno... del cuidado de los peces, del cuidado de las plantas y cómo podemos hacer rápidamente conexiones con otros asuntos... rápidamente porque lo de regar mucho la planta y que la planta se muere... ¡claro! He pensado rápidamente en su hija, su hija que hay que regarla porque si no se me va a morir y ¡a ver si va usted a ahogar a su hija!

**Carmen-** Pues a lo mejor me tendría que relajar más.

**Carmelo-** Es que hay plantas que necesitan poco y otras que necesitan más.

**Terapeuta 1-** Sí, claro, lo de las plantas está claro que hay que encontrar el punto ¿no?

**Carmen-** Son muy delicadas ¿eh? Hay que entenderlas...

**Terapeuta 1-** Y a las personas también hay que entenderlas...

**Carmen-** A mí me decían “si la ves húmeda no le echas agua” pero yo no sé si estaba húmeda o no...

**Montse-** Lo sabes por la tierra.

**Carmen-** Ah, mira ¿ves? ¿Lo sabes por la tierra? Ya he aprendido algo...

**Montse-** Hay que meter el dedo hacia dentro... y se nota la tierra... y si está húmeda, pues no...

**Carmen-** A mí me dijeron la hoja...

**Terapeuta 1-** Pero está bien, porque ¡claro! ¿Cómo se va a tratar con alguien que se tiene delante? Ah... le echo agua... no, no le echo agua... tendré que conocerle primero... tendré que meterle el dedo para ver cómo está. Especialmente en el corazón, ¡ahí hay que meter el dedo! Para poder saber qué es lo que le pasa... entonces sabré si hay que regar, no hay que regar... si hay que dar mimos y cariños o no... ¡no pasarnos! La cuestión de primero probar está bien... ¿Cómo cuidar a la pareja? Este también es otro asunto que podría hacernos pensar en tal i como nos hemos colocado hoy ¿no? Nos hemos colocado con una cierta organización de parejas, porque hay una pareja de

hombres, una pareja de mujeres, un hombre y una mujer... a ver cómo conocemos a la pareja. ¿Cómo hay que hacerlo para conocer a la pareja?

**Daniel** - No es fácil. Con el tiempo vas conociendo... mientras haya más relación... poco a poco... yo voy conociendo a las personas poco a poco y me dejo conocer poco a poco...

**Terapeuta 1-** ¡Tiene tela! Conocer y dejarse conocer.

**Carmen-** ¡Pues sí! Dejarse conocer, ¡claro!

**Daniel** - Yo lo comenté la semana pasada... que vas cogiendo confianza, poco a poco y... te abres más y más, te encuentras mejor y ya eres más tú. Hay gente muy abierta al principio, muy dicharachera... pero a mí me cuesta más y, cuando me encuentro bien... ¡pues sí!

**(Carmen va reforzando cada intervención con “sí, claro”)**

**Terapeuta 2-** Es muy importante dejarse conocer.

**Daniel** - Sí. Nadie da nada... ¡casi nadie! Si tu recibes cariño y amistad y algo... supongo que te vas abriendo un poco más...

**Carmelo-** Vas conociendo poco a poco...

**Daniel** - Claro...

**Pequeño silencio**

**Daniel** - En el fondo es lo que buscamos todos, sentirse querido, sentirse que sirves para algo, que eres un poco importante ¿no?

**Terapeuta 1-** Bueno, bueno, bueno... pero esto no es tan fácil... conocer a alguien ... cuando se conoce, se conoce... puede... aparecer una tormenta de emociones.

**Daniel** - ¿Cuándo se conoce a alguien?

**Terapeuta 1-** Cuándo se conoce a alguien.

**Daniel** - Pero son buenas las emociones.

**Terapeuta 1-** Sí, bueno pero... a veces cuesta... igual no se puede aguantar tanta emoción...

**Daniel -** Yo creo que en el fondo todos queremos sentir ¿no?

**Terapeuta 1-** Sí, sí, sí... incluso aquí en el grupo. Conocerse no es nada fácil... y, a lo mejor, lógicamente, hay cierta cautela, una cierta precaución, pero también hay el deseo de conocerse de verdad, pero ¡claro! Con la cosa que si uno se conoce, pueden aumentar las emociones... no les estoy hablando de nada raro ¡Ustedes se habrán enamorado una vez en la vida!

**Carmelo-** ¡Muchas veces!

**El grupo se ríe.**

**Terapeuta 1-** Bueno, al menos alguna vez... Carmelo ¡muchas veces! Pero eso de que, digamos, de que falta el aire y de que se convierte eso en algo que está en la cabeza... que la sangre se altera...

**Daniel** ¿Cómo se sabe si uno está enamorado o no?

**El grupo se ríe.**

**Terapeuta 1-** Quiero decir el impacto, el momento, el impacto de los primeros momentos, las primeras épocas...

**Carmen-** ¡Las mariposas! ¡Eso pasa!

**Terapeuta 1-** ¿Lo habrán percibido alguna vez?

**El grupo:** *Sí, sí, claro, claro...*

**Carmen-** Se supone que toda historia de amor empieza por algo así ¡digo yo! ¡A veces no! ¿No? A veces se conocen poco a poco, con el tiempo... ¿O un flechazo, no?

**Terapeuta 1-** Claro pero eso de conocerse en el grupo es una cuestión complicada ¿no? Porque, si nos conocemos, empiezan a pasar cosas: salir diferencias, afinidades... alianzas, confrontaciones,... ¡muchas cosas! Decepciones, ilusiones, esperanza... y además resulta que dentro de 4 días tienen vacaciones, el mes de agosto no haremos

grupo... y ¿qué pasará en ese intervalo? Llegará el setiembre y ¡ya no me acuerdo del grupo! ¡Total! ¿Para qué volver?

**Carmelo-** Yo pienso en el grupo... vas a tu casa y estás pensando “lo tengo que hablar con el grupo”

**Terapeuta 1-** ¿Se puede tener en la memoria?

**Carmen-** Sí que piensas en el grupo.

**Terapeuta 1-** Claro, pero es un fastidio también... Porque el grupo se va a terminar algún día... entonces...

**Carmen-** Hombre claro... Lo que empieza tiene que terminar ¿no?

**Terapeuta 1-** Bueno pero... ¡es un problema! ¿Cómo voy a confraternizar con Daniel si luego se va a terminar esto, no?

**Carmen-** Bueno pero nos veremos algún día por la calle...

**Terapeuta 1-** ¡O no!

**El grupo habla a la vez.**

## Anex II

### La psicoteràpia dinàmica de grup a l'atenció primària i dirigida a pacients amb símptomes depressius: un estudi de procés

#### Resum:

Les psicoteràpies dinàmiques de grup no han estat suficientment avaluades i no hi ha estudis que avalin la seva eficàcia quan són practicades en l'àmbit de l'atenció primària de salut. S'ha de tenir en compte que més del 70% dels pacients amb problemes de salut mental són atesos exclusivament pel metge de família. Per altra banda, els estudis de procés de les psicoteràpies de grup dinàmiques poden aportar nous coneixements sobre la tècnica d'intervenció per part dels terapeutes i les indicacions de les psicoteràpies de grup.

**Objectius generals:** Estudiar el procés de les psicoteràpies dinàmiques a partir de les psicoteràpies realitzades en centres d'atenció primària.

#### **Objectius específics**

1r. Avaluat l'eficàcia de la psicoteràpia de grup dinàmica dirigida a pacients amb símptomes depressius, seleccionats pels metges de família per seguir el tractament.

2n. Millorar el coneixement sobre els microprocessos que es produeixen en una psicoteràpia de grup per trobar identificadors de canvi en l'evolució del tractament.

**Material:** A partir d'un total de 115 pacients amb símptomes depressius admesos en l'estudi, es van assignar 70 pacients per realitzar una psicoteràpia de grup durant 9 mesos (37-39 sessions) amb una freqüència setmanal. Els altres 40 pacients van ser assignats a un grup control per fer-ne la comparativa. Els 70 pacients que van seguir la psicoteràpia es van distribuir per fer el tractament en 8 grups estratificats per edats. Les psicoteràpies van ser conduïdes per un psiquiatre expert en psicoteràpia dinàmica de grup. Les sessions es van gravar en DVD per poder fer una anàlisi de les transcripcions de les sessions.

**Mètode. :** Per al 1r objectiu, es va avaluar l'estat clínic dels pacients amb les escales d'ansietat i depressió de Hamilton (HARS) i (HDRS) i el qüestionari de qualitat de vida SF-12, amb les subescales component físic (CF) i component mental (CM). Es van comparar els resultats abans i després del tractament i es va fer la comparativa entre el grup de les psicoteràpies i el grup control. Els resultats van ser sotmesos a l'anàlisi estadística corresponent. La grandària de l'efecte es va calcular amb la *d* de Cohen.

Per al 2n objectiu, es va utilitzar la Grounded Theory com a sistema d'anàlisi qualitativa, amb estudis repetits sobre el contingut d'una mostra convenientment seleccionada de 9 sessions d'un dels 8 tractaments, per trobar elements destacables que donessin compte de l'evolució dels pacients.

**Resultats:** Per a l'objectiu 1r, i en relació amb el grup control, les anàlisis estadístiques mostren diferències significatives en tots els ítems a favor de les psicoteràpies de grup: 10,57 punts en l'escala HARS i de 7,63 en l'escala HDRS. D'altra banda, la grandària de l'efecte (*effect size*) és alta,  $d = 1,25$  i  $d = 1,23$  per a l'ansietat i la depressió respectivament. Els canvis en el SF-12 són moderats-altos (CF  $d = 0,45$  i CM  $d = 0,64$ ). La taxa de remissió de la depressió és del 42%.

Per al 2n objectiu, destaquen els temes de la incorporació del factor temps en el discurs dels pacients, en qui s'observa un increment progressiu en el decurs del tractament, i de l'ús de les metàfores.

**Conclusions:** Els resultats sobre l'eficàcia de la psicoteràpia dinàmica de grup per a pacients amb símptomes depressius, seleccionats per fer el tractament pel metge d'atenció primària, indiquen que aquest és un model d'intervenció útil i factible. La utilització progressiva del factor temps detectat en l'expressió verbal dels pacients en el curs de la psicoteràpia mostra com la introjecció d'aquest element pot ser un indicador de l'evolució dels pacients. Les metàfores expressades en grup tenen un gran valor terapèutic.



### Annex III

#### The dynamic group psychotherapy performed in primary care and addressed to patients with depressive symptoms: A process study.

##### Abstract:

The dynamic group psychotherapies are still not enough evaluated and studies supporting its effectiveness when performed in primary care are lacking. It must be taken into account that more than 70% of patients with mental health disorders are managed exclusively by general practitioners. Moreover, process studies of dynamic group psychotherapies may provide new insights into the intervention techniques carried out by the therapists and also into the indications for group psychotherapy.

*General objective:* To study the process of dynamic psychotherapies based on psychotherapies performed in primary care. *Specific objectives:* 1st, to evaluate the efficacy of the dynamic group psychotherapy addressed to patients with depressive symptoms, referred to dynamic group psychotherapy by family physicians; 2nd, to provide more insights into the micro- processes that take place in a group psychotherapy in order to find identifiers of changes in the evolution of the treatment.

*Material:* A total of 115 patients with depressive symptoms were assigned to receive a group psychotherapy (75 min) over 9 months (37 to 39 sessions) (n = 70) or the standard care (n = 45). The 70 patients assigned to group psychotherapy were distributed in 8 groups stratified by ages. The psychotherapies were conducted by a psychiatrist-psychotherapist with experience in dynamic group psychotherapy. All the sessions were recorded on DVD to analyze a posteriori the transcriptions of the sessions.

*Methodology:* For the first goal, the clinical status of patients was evaluated with the Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and the Short-Form Health Survey (SF-12) with the subscales Physical Component (PCS) and Mental Component (MCS). Differences in the HDRS, HARS (total score, psychic and somatic subscales), and the Physical and Mental Components Summary scores (PCS/MCS) of the SF-12 between baseline and post-treatment (at 9 months) in the intervention and control groups were analyzed with the appropriate statistical tests. The size effect (standardized mean effect) was expressed as Cohen's *d*. For the second goal, qualitative analysis was performed by means of a Grounded Theory method. Repetitive studies on the content of selected samples of 9 sessions coming from one of the 8 treatments were carried out to find outstanding elements to follow the evolution of the patients.

*Results:* Results of the first goal: At the end of the dynamic group psychotherapy, statistically significant improvements in the mean scores of all questionnaires were observed (10.57 in HARS and 7.63 in HDRS) in favor of the psychotherapy group. Large effect size were found for improvements in total anxiety ( $d = 1.25$ ) and depression ( $d = 1.23$ ) and medium effect sizes for improvements in PCS ( $d = 0.45$ ) and MCS ( $d = 0.64$ ). Remission rate of depression was 42%.

Results of the second goal: The incorporation of time and the increasing use of metaphors in the patient's interventions are outstanding elements.

*Conclusions:* The implementation of dynamic group psychotherapy for patients with depressive symptoms attended in routine primary care and addressed for treatment by the general practitioners, is a feasible and effective intervention model. The increasing use of the time factor in the oral expression of patients during the psychotherapy points out that introjection of this element could be a suitable indicator of the evolution of patients. Additionally, the use of metaphors is of great therapeutic value.

## **Annex IV**

### **Final remarks**

From the study of the efficacy of the psychoanalytic group psychotherapy for patients with depressive symptoms, the following can be concluded:

In the conditions in which this study has been carried out, clinical changes and improvements in the quality of life of participants have been shown. The implementation of these therapies in the context of primary health care can be a useful resource to improve the health of the population and to reduce the workload of primary care staff and teams.

The alternative of proximity treatment in primary care is not a proposal of immediate application, because training in psychoanalytic group psychotherapy is required for a certain time. Therefore, an incentive in the training in group psychotherapy is needed; this is not offered by the current academic structures, or only in a very isolated and limited way. It is also necessary to include this type of training in the program of study programs of RMI (Resident Medical Intern), RPI (Resident Psychology Intern) and MHSN (Mental Health Specialist Nurse), as this is practically absent in their syllabus.

From the process study of a 39-week psychotherapy, it is proven that substantial changes in the evolution of some patients occur; they gradually use more developed defense mechanisms and are more capable to delay action in order to better hold their emotions. Other patients do not get better, or just a little; it is thus desirable to establish a more accurate selection process, such as setting up short-term groups to assess the demand. These are the demand analysis groups, a well elaborated and discussed proposal in this paper.

The participants' ability to mentalize increases during the treatment, and therefore, so does their capacity to empathize with others and their social and family relationships improve.

From the exhaustive study of the material, technical elements from the psychotherapies that arise are revised, and contributions about the use of the technique are developed on the following topics: the handling of suicide; the use of metaphors as therapeutic factor and process evaluator; the importance of the time management in order to increase the ability of thinking of the participants; the way of treating losses in order to be able to fall in a depressive position; and the way of improving group cohesion as a therapeutic factor itself, and as an element that allows other therapeutic factors to appear.

An open research line is the confirmation of the sustainability of the positive outcomes for participants after the treatment, in the same way it has been done in other types of psychotherapeutic treatments. This possible research could provide solidity to the proposal of extending this type of treatment in the context of primary care and including it in the range of services offered by the public service providers.

Certainly, this proposal should be complemented with economic cost-effectiveness studies.