

Cuprins

Introducere. Cadrul de desfășurare a psihoterapiei de grup	13
<i>Bibliografie</i>	15
1. De la divan la cerc	17
Rolul contextului grupal în dezvoltarea psihoterapiilor	17
<i>O cale lungă</i>	17
<i>Psihoterapie analitică sau dinamică ?</i>	18
<i>Concepțiile freudiene asupra grupurilor și a instituțiilor</i>	20
De la divan la cerc	21
De la cerc la instituție	24
<i>Psihoterapia grupală și al doilea război mondial</i>	24
<i>Contribuții ale gândirii lui Serge Bion</i>	25
<i>Contribuția lucrărilor lui Foulkes</i>	28
Abordările psihosociale	30
<i>Influența psihologiei Gestalt</i>	30
<i>Psihodrama și terapiile „active”</i>	31
<i>Bibliografie</i>	33
2. De la grup la instituție : mediile terapeutice	35
Rolul spitalului psihiatric în perspectivă	43
Viitorul terapiei de mediu	46
<i>Bibliografie</i>	48
3. Evantaiul activităților de grup	51
Tipologia activităților grupale	51
Tipurile de activități ale grupurilor	53
<i>Cîteva reflecții asupra rezultatelor</i>	58
<i>Bibliografie</i>	61

4. Modelele teoretice	63
Raportarea psihoterapeuților de grup la modelele teoretice	64
Grupurile axate pe modelul analitic	67
Group analysis	68
Abordările kleiniane	68
Școala franceză	69
Orientările psihanalitice americane	70
Terapeuții „experiențialisti”	71
Orientarea interpersonală	72
Criza orientărilor analitice	73
Orientarea cognitiv-comportamentală	75
Abordarea cognitivă	76
Modelul sistemic	77
Perspective actuale de integrare	78
Către o psihoterapie grupală „generică”	78
Pentru o psihoterapie grupală dinamică	81
Bibliografie	83
5. Fenomenele grupale	87
Cadrul	87
Fazele de evoluție a grupurilor	89
Procese de grup	91
Factori terapeutici	92
Procese grupale defensive	95
Transferul în interiorul grupului	96
Importanța diferitelor mecanisme	97
Bibliografie	99
6. Mecanisme terapeutice în terapia de mediu	101
De la coerciție la validare : tratamentul moral	101
Atmosfera saloanelor	103
Elementele constitutive ale comunităților terapeutice	104
Evaluarea atmosferei unităților psihiatrice	106
Bibliografie	110
7. Indicații, evaluare și selecție	113
Indicații și contraindicații	113
Indicațiile clasice	113
Contraindicațiile	117

Selecția	119
<i>Interval</i>	120
<i>Testele</i>	121
<i>Grupurile de explorare</i>	121
<i>Criterii personale</i>	123
Metodologia evaluării psihoterapiei de grup	125
<i>Metodologia</i>	125
<i>Datele privind indicația</i>	127
<i>„Doza”</i>	129
<i>Terapeutul</i>	130
Indicații în funcție de diagnosticul psihologic	131
<i>Bibliografie</i>	132
8. Durata terapiei	137
Temporalitatea și psihoterapia analitică	140
<i>Temporalitatea și psihanaliza</i>	140
<i>Creșterea interesului față de psihoterapiile analitice de scurtă durată</i>	141
<i>Cîteva probleme de ordin tehnic</i>	142
Grupuri cu durată limitată	144
<i>Grupurile și temporalitatea</i>	144
<i>Psihoterapia grupală dinamică de scurtă durată</i>	145
<i>Grupurile secvențiale</i>	149
Exemple de experiențe personale	154
<i>Program de analiză grupală în unități psihiatrice de ședere scurtă</i>	154
<i>Seminarii intensive de lucru grupal</i>	154
<i>Considerații tehnice</i>	155
<i>Bibliografie</i>	156
9. Mărimea grupurilor	159
Variabile asociate mărimei	160
Grupul mic	160
<i>Psihoterapia dinamică de lungă durată pentru tulburări non-psihotice</i>	160
<i>Psihoterapia dinamică de scurtă durată pentru pacienți non-psihotici</i>	162
<i>Psihoterapia dinamică de scurtă durată destinată tulburărilor psihotice</i>	163
<i>Travaliu grupal de scurtă durată asupra tulburărilor psihotice</i>	164

<i>Grupurile de activități (grupurile cu mediere)</i>	165
<i>Grupul educațional axat pe medicamente</i>	166
Grupul de mărime medie	168
<i>Grupul mediu de sensibilizare</i>	168
<i>Grupul „pacienți și personal”</i> <i>(sau grupul staff-patients, pavilionar, „de salut”)</i>	169
Grupul mare	171
<i>Grupul mare cu specific didactic</i>	171
<i>Grupul multifamilial</i>	172
<i>Bibliografie</i>	175
10. Terapia combinată:	
psihofarmacologie – psihoterapie de grup	177
Tratamente combinate și integrarea modelelor teoretice	178
<i>Aria de întindere a practicii</i>	178
<i>Avantajele și inconvenientele combinării</i> <i>psihoterapiei și a farmacoterapiei</i>	180
Combinarea psihoterapiei de grup cu alte metode terapeutice . . .	182
<i>Avantajele tratamentelor combinate</i>	182
<i>Dificultățile combinării psihoterapiei</i> <i>de grup cu farmacoterapia</i>	183
<i>Diferitele combinări posibile dintre farmacoterapie</i> <i>și psihoterapia de grup</i>	184
Caz particular : tehnicile de grup folosite pentru creșterea gradului de aderență	186
<i>Bibliografie</i>	188
11. Abordări terapeutice versus diagnostic	191
Tulburări de anxietate	193
<i>Lungă durată</i>	195
<i>Scurtă durată</i>	195
Tulburarea <i>borderline</i> a personalității	197
<i>Fezabilitatea grupurilor în raport cu acești pacienți</i>	198
<i>Diversitatea programelor grupale</i>	200
<i>Lungă durată</i>	201
<i>Scurtă durată</i>	202
Tulburări ale comportamentului alimentar	202
<i>Scurtă durată</i>	202
Alcoolism și toxicomanii	203
<i>Lungă durată</i>	203
<i>Scurtă durată</i>	204

Tulburări depresive	205
<i>Lungă durată</i>	205
<i>Scurtă durată</i>	206
Tulburări schizofrenice	210
<i>Lungă durată</i>	211
<i>Scurtă durată</i>	214
Psihiatrie geriatrică	220
<i>Lungă durată</i>	221
<i>Scurtă durată</i>	223
<i>Bibliografie</i>	224
12. Echipele în calitate de grupuri	233
Diferențe între echipe	233
Probleme specifice relației cu pacienții	235
<i>Burn-out syndrome</i> (sindromul de epuizare)	238
Strategii necesare pentru trecerea de la o orientare la alta	240
Supervizarea echipelor	242
<i>Micul grup al personalului (pregrup)</i>	243
<i>Micul grup al personalului (postgrup)</i>	243
<i>Grupul de procese</i>	244
<i>Bibliografie</i>	244
13. Programele aplicate în dispozitivele ambulatorii	247
Tulburări de anxietate (nevrotice)	248
Tulburări ale personalității	249
<i>Lungă durată</i>	250
<i>Scurtă durată</i>	251
Tulburări afective	252
Tulburări schizofrenice	254
Adolescenți	255
Psihiatrie geriatrică	256
Focus-grupurile	257
<i>Bibliografie</i>	258
14. Programele grupale aplicate	
în dispozitive de nivel intermediar	261
Tratamentul ambulatoriu intensiv	
(centre de terapii de scurtă durată)	261
Programe de psihoterapie grupală pentru pacienți <i>borderline</i>	
aplicate în centre de zi	264

Probleme survenite la pacienții <i>borderline</i>	
in terapiile combinate	266
<i>Centre și spitale de zi pentru bolnavi schizofrenici</i>	268
<i>Un model de centru de zi</i>	268
<i>Spitale de zi pentru pacienți schizofrenici</i>	269
<i>Programul de grup al spitalului de zi</i>	270
Programe grupale aplicate în unități de criză	
pentru adolescenți și tineri adulți	271
<i>Unitățile</i>	271
<i>Programe de grup</i>	272
Spitalul de zi în psihiatria geriatrică	272
Spitalul de zi pentru persoanele	
cu handicapuri mentale afectate de tulburări psihice	275
<i>Unitățile</i>	275
<i>Bibliografie</i>	277
15. Programe spitalicești	279
Variabile asociate grupurilor spitalicești	279
Programe aplicate în unități de ședere redusă	280
<i>Unitățile</i>	280
<i>Programele</i>	281
<i>Rezultatele</i>	284
Programe aplicate în unități de ședere medie	
destinate reabilitării bolnavilor psihotici	285
<i>Unitățile</i>	285
<i>Programul</i>	285
Programe spitalicești pentru pacienți cu tulburări <i>borderline</i> . . .	287
Programe aplicate în unități destinate pacienților	
cu tulburări depresive	289
<i>Unitățile</i>	289
<i>Programele</i>	289
Programe aplicate în unități de criză destinate	
unor tineri adulți	290
<i>Unitățile</i>	290
<i>Programul grupal</i>	291
Programe aplicate în unități destinate	
unor bolnavi cu tulburări provocate de abuzul de substanțe	291
<i>Unitățile</i>	292
<i>Programul</i>	292
Programe aplicate în unități destinate bolnavilor	
cu handicapuri mentale suferind de tulburări psihice	294

<i>Unitățile</i>	294
<i>Programele</i>	294
<i>Bibliografie</i>	295
16. Formarea psihoterapeutului de grup	297
Exigențele personale și pregătirea teoretică a psihoterapeutului de grup	298
<i>Titluri profesionale</i>	298
<i>Calitățile personale ale terapeutului de grup</i>	298
<i>Programul de formare teoretică</i>	299
Experiențele personale ale psihoterapeutului aflat în stadiu de formare	300
<i>Formarea în psihoterapia individuală</i>	300
<i>Experiința de grup, parte a formării</i> <i>în ceea ce privește psihoterapia grupală</i>	301
<i>Experiința furnizată</i> <i>de observarea psihoterapiilor de grup</i>	302
<i>Coterapia ca mijloc de formare</i> <i>în ceea ce privește psihoterapia de grup</i>	303
<i>Supervizarea unor grupuri de psihoterapie</i>	304
Programele de formare privind psihoterapia de grup	307
<i>Experiințele noastre personale legate</i> <i>de seminarii intensive de lucru grupal</i>	310
<i>Seminariile integrate de supervizare</i>	318
Supervizarea echipei terapeutice	319
<i>Bibliografie</i>	320
17. Evaluarea psihoterapiei de grup	323
Evaluarea eficacității psihoterapiei	323
<i>Gradul de obiectivitate</i>	324
<i>Tipul de terapie</i>	324
<i>Alte variabile</i>	325
<i>Tipuri de cercetări controlate</i>	325
Rezultate globale ale psihoterapiei de grup	325
<i>Psihoterapie grupală versus individuală</i>	326
Psihoterapii grupale de lungă durată versus de scurtă durată ...	328
Eficacitatea diferitelor abordări teoretice	330
<i>Abordarea dinamică</i>	330
<i>Abordarea cognitiv-comportamentală</i>	334
<i>Abordările psihoeducaționale</i>	337

Eficacitatea terapiei de mediu	339
<i>Tulburări borderline</i>	<i>340</i>
<i>Tulburări psihotice</i>	<i>341</i>
<i>Bibliografie</i>	<i>344</i>
<i>Index</i>	<i>351</i>

Celelalte două modele importante spre care se îndreaptă atenția în prezent sînt cel educațional și cel sistemic. Dincolo de terapia de familie, puțini terapeuți recunosc că, în practica lor grupală, s-au inspirat din orientarea sistemică. În ceea ce privește abordarea „educațională” sau didactică, ea se revendică mai ales din modelul cognitiv-comportamental și nu va fi tratată aici în mod separat.

— EXEMPLUL 14 —
Situația din Spania
 (Ehrensperger *et al.*, 2001)

❖ În Spania, terapeuții se raportează, în general, la un model teoretic unic (79,5%); totuși, o cincime dintre ei menționează mai multe orientări teoretice, dînd astfel dovadă de un anumit eclectism. Orientarea teoretică cea mai importantă este cea psihodinamică (68,9%). Ca și în cazul terapeuților elvețieni, această orientare este indicată în special de către terapeuții relativ înaintați în vîrstă, cu o experiență profesională îndelungată și/sau care au beneficiat de o solidă formare în terapia de grup. Următoarea, ca importanță, este teoria sistemică (24,5%). Teoria cognitiv-comportamentală (6%) și celelalte orientări ocupă locuri minore.

— EXEMPLUL 15 —
Situația din Elveția
 (Ehrensperger *et al.*, 2001)

Orientările teoretice ale terapeuților de grup

❖ În Elveția, poziția predominantă este deținută de orientarea psihodinamică (42%); ea este urmată de orientarea sistemică, pe de o parte, și de cea cognitiv-comportamentală, de cealaltă parte, alese de aproximativ o treime dintre subiecți (Ehrensperger *et al.*, în curs de apariție). Orientările pedagogică și umanistă au puțini adepți, fiecare dintre ele fiind menționată de un subiect din șase. În medie, patru psihoterapeuți de grup din zece afirmă că se raportează la mai multe orientări.

Alegerea diverselor orientări teoretice poate fi legată de factori multipli. Orientarea psihodinamică este adoptată mai ales de către psihiatri și mai curînd de către terapeuți mai în vîrstă, cu o mai vastă experiență profesională și, totodată, beneficiari ai unei formări mai îndelungate în terapia de grup. „Orientarea cognitiv-comportamentală” este, în schimb, aleasă de către terapeuți mai

lineri, cu o experiență profesională mai redusă și o activitate de formare în terapia de grup de mai mică anvergură. „Orientarea sistemică” este susținută mai frecvent de către psihologi, care au beneficiat mai des decât ceilalți profesioniști de o formare în psihoterapia grupală și care au consacrat mai mult timp unor activități de grup. „Orientarea umanistă”, ca și cea sistemică, este, mult mai frecvent, bastionul psihologilor. „Orientarea pedagogică”, relativ puțin prezentă, apare ca nespecifică.

Tipologia grupurilor în funcție de orientarea lor teoretică

✧ Întrebați în legătură cu orientarea teoretică potrivit căreia își coordonează grupul principal, șase terapeuți din zece au dat o singură referință. Cu toate acestea, pentru patru terapeuți din zece, raportările teoretice sînt multiple.

Dacă încercăm să clasificăm grupurile în funcție de orientarea teoretică ce le guvernează, se profilează diverse configurații. Mai jos, vom compara diferitele grupuri de orientare teoretică unică, precum și o categorie de grupuri cu repere teoretice multiple. Grupurile de orientare eminentemente psicoeducațională sau cele de o altă orientare la fel de slab reprezentată nu au fost incluse în descrierea noastră.

Grupurile conduse conform unei orientări teoretice unice

✧ Grupurile conduse doar conform orientării psihodinamice (22,3% din total) sînt de lungă durată (74,0%, față de 29,3% pentru celelalte grupuri, $p < 0,001$)¹; ele se întrunesc mai curînd în cadrul serviciilor ambulatorii (31,5%, față de 21,3%, $p < 0,05$), fiind adeseori conduse de psihiatri (33,3%, față de 19,9%, $p < 0,01$). În trei sferturi din cazuri, ele cuprind pacienți cu diagnostice diverse, printre care tulburări ale personalității (50,9%, față de 31,1%, $p < 0,001$), tulburări anxioase (48,1%, față de 31,4%, $p < 0,01$) și psihoze (21,3%, față de 12,2%, $p < 0,05$). Puțin mai mult de un sfert din aceste grupuri au în vedere copii (27,4%, față de 15,3%, $p < 0,01$). Prezența familiilor este rară (9,3%, față de 38,6%, $p < 0,001$).

Grupurile conduse doar conform orientării cognitiv-comportamentale (13,2%) sînt de scurtă durată (73,8%, față de 57,8%, $p < 0,05$), sînt constituite din adulți (90,5%, față de 77,9%, $p < 0,05$), se întrunesc în interiorul serviciilor ambulatorii (34,4%, față de 21,9%, $p < 0,05$), și cel mai frecvent în Elveția romandă [unde se vorbește franceză]

1. Prima cifră dintre paranteze indică procentajul acestei caracteristici pentru tipul de grup descris, iar a doua se raportează la ansamblul constituit de celelalte grupuri.

(51,6%, față de 32,4%, $p < 0,01$). 60% dintre ele sînt formate din pacienți cu diagnostic unic, fără evidențierea vreunei categorii nosologice dominante.

Grupurile doar de orientare sistemică (9,7%) sînt mai frecvent de durată redusă (82,5%, față de 57,8%, $p < 0,01$) și se adresează adeseori adolescenților (38,6%, față de 15,9%, $p < 0,001$), cu participarea familiei (76,6%, față de 27,2%, $p < 0,001$). Își desfășoară activitatea de preferință în spații fără specific medical sau psihiatric (23,4%, față de 11,4%, $p < 0,05$).

Grupurile de orientare umanistă (7,0%) sînt aproape întotdeauna conduse de către psihologi (94,1%, față de 75,8%, $p < 0,05$) și, adeseori, în cadrul practicii private (47,1%, față de 27,1%, $p < 0,05$). Nu prezintă nici o specificitate la nivelul vârstei pacienților cărora li se adresează sau al diagnosticelor, cu excepția diagnosticului vizînd abuzul de substanțe, care înregistrează o frecvență puțin mai ridicată (38,2%, față de 21,1%, $p < 0,05$).

Grupurile cu orientări teoretice multiple

⊕ Grupurile cu orientări multiple (40,5% din total) se caracterizează printr-o durată în general scurtă (72,4%, față de 52,2%, $p < 0,001$); își desfășoară activitatea rareori în cadrul serviciilor ambulatorii (18,4%, față de 27,1%, $p < 0,05$) și implică deseori familiile (45,9%, față de 22,6%, $p < 0,001$).

De fapt, diferențele teoretice dintre terapeuți sînt mai puțin numeroase decît similitudinile. Nu mai poate mira pe nimeni ca în prezent să se observe o tendință convergentă a diferitelor orientări din psihoterapia grupală, tinzîndu-se spre un model generic, cum vom vedea la sfîrșitul acestui capitol. Ulterior, vom descrie totuși diferitele programe grupale care se organizează în diverse contexte de îngrijire de specialitate.

Grupurile axate pe modelul analitic

Numeroase psihoterapii „dinamice” de grup s-au dezvoltat în ultimele decenii, luîndu-și ca bază teoria relațiilor obiectale (Kutash și Wolf, 1986), psihologia psihanalitică a dezvoltării (psihologia eului), psihologia sinelui (Kohut, 1977), fenomenologia

psihanalitică și modelul pulsional-relațional (Greenberg și Mitchell, 1983). Necesitatea de a institui o psihoterapie analitică grupală de scurtă durată s-a impus în aceeași manieră.

Luând ca punct de plecare aceste tendințe doctrinale, în ultimele decenii s-au dezvoltat o serie de orientări teoretice cu implicații tehnice.

Group analysis

După cum am amintit deja în capitolul 1, plecând de la activitatea lui Foulkes (*group analysis*), GAS (*Group Analytic Society*) și, mai recent, EGATIN (*European Group Analytic Training Institutions Network*) au făcut din „analiza de grup” metoda cea mai influentă din Europa.

— EXEMPLUL 16 — (Foulkes *et al.*, 1971)

◆ Bazată pe analiza individului, efectuată de către grup și în interiorul grupului, această tehnică pune accentul pe interpretarea relațiilor interpersonale „aici și acum”, printr-o „discuție liberă flotantă” (echivalent al asociației libere). „Liderul” evită centrarea transferului asupra lui însuși, încercând să-l analizeze atunci când se produce între membri. Visele nu sunt interpretate decât atunci când au legătură cu grupul. Sunt luate în considerare anumite fenomene grupale specifice.

Abordările kleinienne

Lucrările unor autori argentinieni, californieni și de pe alte meridiane se bazează pe formulările emise de Mélanie Klein și Bion.

— EXEMPLUL 17 —
(Grinberg *et al.*, 1960)

⊕ Grinberg, Langer și Rodrigu  propun interpretarea „grupului ca întreg”  i a individului în cadrul grupului în func ie de modul în care acesta se manifestă în constela ia dinamică colectivă. Ei descriu diversele roluri adoptate de către membrii grupului: subiectul „radar”, care captează problemele celorlal i (cel care are tendin a de a comunica, în mod individual, diver ilor membri ai grupului, „istoriile”, impresiile  i cancanurile grupului), „istoricul”, „ eful” etc.  n general, rolurile sînt inter an abile pe parcursul fiin arii unui grup. Ace ti autori au avut tendin a de a introduce doi coterapeuți în grup, separ nd rolul mamei de cel al tat ului.

Limbajul „idiosincrasic” reprezintă un obstacol în calea cunoa terii pe care profesioni tii domeniului o pot dob ndi din argumentele teoretice expuse de către Bion.  n plus, slabele rezultate terapeutice ale acestor proceduri (Malan, 1976) le-au restr ns sfera de aplicare la seminarii didactice  i la unele analize ale instituțiilor.

 coala franceză

Pe parcursul seminariilor de formare psihanalitică de grup organizate de CEFFRAP s-au introdus unele concepte originale (Ka s, 1995 ; Anzieu, 1971 ; Bejarano, 1971, 1973), precum cel de „aparat psihic grupal”, care admite ideea unei anumite „organizări psihice” prin intermediul unor mecanisme numite „organizatori psihici de legătură”. Forme particulare ale acestora sînt „organizatorii psihici ai grupului” : „fantasma individuală”, o „*imago* parentală”, „fantasma originară”, complexul lui Oedip  i „ veli ul psihic grupal”. Grupul  i stimulează pacientului dorin e de împlinire imaginară. Acestea constituie „primul organizator”, care declan eaz  procese antagonice : „iluzia grupală” (tendin a de a fuziona cu ceilal i, într-o stare colectivă exaltantă)  i fantezmele „de ruptură” (tendin a către distrugere reciprocă între grup  i unii dintre membrii săi). *Imago* parentală ( n special paternă) constituie al „doilea organizator”, care stabilizează grupurile prin faptul că deschide universul imaginar

grupul spre lumea simbolică. Apariția fantasmelor originare („al treilea organizator”) favorizează ancorarea progresivă a *psyché*-urilor în corpuri. Cel de-al „patrulea organizator” are un rol de „meta-organizator”. În fine, al cincilea (invelișul psihic grupal) organizează întregul aparat mental și reprezintă echivalentul grupal al *eului-epidermă* pe care Anzieu îl descrie cu referire la psihoterapia individuală (Anzieu, 1985).

— EXEMPLUL 18 —
(Anzieu, 1984; Kaës, 1976)

⊗ Anzieu și Kaës consideră grupul un obiect de investire pulsională, abordându-l prin prisma vieții sale fantasmatică. Terapeuții aleg pacienți care au o suferință personală și simt nevoia unei schimbări. Diagnosticile cele mai adecvate pentru acest tip de grup vizează nevrozele grave, psihozele fiind excluse. Grupul este lent deschis. Terapeuții enunță regulile fundamentale, care îi introduc pe pacienți într-un univers „simbolic”, în interiorul căruia se dezvoltă un proces grupal. Regulile de funcționare includ nevoia de a vorbi liber despre trăirea experienței actuale, interdicția de a avea schimburi cu participanți în afara grupului și exigența legată de confidențialitate. Terapeutul adoptă o atitudine analitică ce tinde spre neutralitate și intervine în special prin interpretarea dinamicii de ansamblu. Transferul este considerat fundamental, fiind interpretat atunci când se manifestă în raport cu liderul, cu ceilalți participanți, cu grupul ca atare sau cu lumea exterioară.

Considerațiile acestor autori sînt originale, însă reclamă un studiu aprofundat, care le limitează utilizarea în cazul autorilor familiarizați cu psihiatria dinamică.

Orientările psihanalitice americane

În anii '50, în Statele Unite, partizanii psihologiei *eului* au încurajat tehnicile de analiză a mecanismelor de apărare, în detrimentul aspectului emoțional legat de reexperimentarea unor conflicte inconștiente. Reacionînd împotriva acestei „intelectualizări excesive”, alți autori au început să solicite modificări ale tehnicii. Astfel, Ackermann