



## ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 21 – Invierno 2017

### **¿Psicoterapia de Grupo en Adicciones? ¿Cómo y para qué?: Reflexiones desde la praxis.**

Vázquez Ramo, E. <sup>1</sup>, Vilchez Trigueros, F. <sup>2</sup>, Simón Martínez, V. <sup>3</sup>

#### **1. Introducción**

Numerosos autores que se dedican a la terapia de grupo ponen en duda la posibilidad de aplicar la Terapia de Grupo en Adicciones. Yalom (1998) señala que “el tratamiento de grupo con adictos es desalentador; los enfoques de grupo tradicionales se han mostrado hace tiempo tan ineficaces que los conductores de grupo profesionales han abandonado los intentos de dirigir tales grupos”.

Mattioli (1989) refiriéndose al psicoanálisis en adicciones dice que “el análisis fue inventado por Freud para curar la neurosis y posteriormente se demostró eficaz para otras enfermedades mentales, como las psicosis y ahora las adicciones, pero cada ampliación de su objeto original exige, como es lógico, reformulaciones tanto teóricas como consecuentemente técnicas”.

Entendemos que parte de las reticencias que existen con este tipo de grupos se deben a que tienen unas necesidades particulares, que hacen que el proceso grupal sea distinto, en función del momento de elaboración del paciente, respecto al conflicto que genera su adicción y a si ha conseguido o no la abstinencia de la sustancia.

Así, este artículo está motivado por la inquietud de explorar los posibles motivos por los cuales la terapia de grupo con esta población se cuestiona. Primero, realizaremos una

---

<sup>1</sup> Psicóloga Clínica Hospital Universitario de Guadalajara, Servicio de Psiquiatría

<sup>2</sup> Residente de Psicología Clínica Hospital Universitario de Guadalajara, Servicio de Psiquiatría

<sup>3</sup> Residente de Psicología Clínica Hospital Universitario de Guadalajara, Servicio de Psiquiatría

pequeña revisión de la Terapia de Grupo en adicciones. A continuación, describiremos un modelo desde la Concepción Operativa de Grupo en adicciones: el modelo “Cambiare” de la Escuela de Rimini de Ferrari, M., Montecchi, L. y Semprini-Cesari, S., (1994). Posteriormente, describiremos algunos aspectos de nuestra práctica clínica en una Unidad de Conductas Adictivas en un Servicio Público de Salud y, en concreto, de la Terapia de Grupo desarrollada en el mismo (grupos de 12 sesiones con encuadre corredor terapéutico, en el cual los pacientes pueden participar en varios encuadres sucesivos). El trabajo reflexivo objeto de esta revisión tiene como eje vertebrador los distintos momentos por los que pasan los grupos de pacientes con conductas adictivas.

La oportunidad de escribir este artículo surge con la aparición de dos equipos-grupos: el grupo de supervisión que se enmarca dentro de la Escuela Área 3, coordinado por Emilio Irazábal, y el grupo de coordinación que formamos las autoras de este artículo (la psicóloga clínica adjunta de la unidad y las dos residentes) en nuestra coincidencia en espacio, tiempo y tarea en sus rotaciones por esta unidad.

## **2. Antecedentes de la psicoterapia de grupo en adicciones**

En las guías clínicas de referencia para el tratamiento de las adicciones (Iglesias, 2008), se menciona la terapia de grupo de modo breve, señalando que “la terapia cognitivo-conductual ha mostrado su efectividad tanto cuando se administra en formato individual como cuando se aplica en un contexto grupal”.

Yalom (1998) afirma que es obvio que se requiere un enfoque altamente especializado para esta población, planteando que es complicado usar un enfoque del aquí y ahora con estos pacientes, debido a que la intensidad del enfoque hace surgir la ansiedad y las personas con adicción (en concreto, este autor trabaja con grupos de pacientes adictos al alcohol) a menudo responden a la ansiedad volviendo a consumir.

El autor plantea que, por un lado, el conflicto y la ansiedad son esenciales para el cambio durante el proceso terapéutico, y por otro lado, los pacientes del grupo son capaces de tolerar tan sólo pequeños grados de ansiedad antes de recurrir a viejos modelos muy arraigados de liberación de la misma, especialmente al consumo y la evitación (dejando el grupo). Con el objeto de disminuir la ansiedad permitiendo al grupo el mantenimiento de un foco interactivo, describe una serie de técnicas, como son: explicitar una agenda, instrucción didáctica (aclaración de aspectos de la dinámica grupal), entrega de resúmenes con los objetivos de reforzar ciertos tipos de conductas, hacer explícitos temas implícitos, fomentar la cohesión grupal y, por último, visionado de la grabación del grupo en vídeo.

La tarea del grupo de terapia se centra en la patología interpersonal subyacente,

conceptualizándose como el análisis de los conflictos de personalidad subyacentes que producen la adicción. Algunos de los métodos que este autor describe para este tipo de grupo serían: estructurar la sesión inicial mucho más de lo usual (a través de dinámicas), promover a la interacción entre los miembros del grupo y explorar esas interacciones.

Vinogradov, S. y Yalom I. (1996) diferencian entre pacientes que están iniciando el tratamiento y aquellos que se encuentran ya en curso de recuperación, describiendo objetivos diferentes para ambas fases. En la primera, los pacientes estarían en la fase de abstinencia inicial y en un período de dependencia activa del grupo. Los objetivos en esta primera fase serían el apoyo para mantener la abstinencia y afrontar la negación sobre el abuso de sustancias. En la segunda fase, los miembros llevan más tiempo en abstinencia, empiezan a adquirir una sensación de independencia y los objetivos se centrarían en el mantenimiento de la abstinencia actual, y en utilizar el aprendizaje interpersonal que propicia el grupo para mejorar las relaciones interpersonales dentro y fuera del mismo.

### **3. Concepción Operativa de Grupo (COG) en adicciones**

Dentro de la COG, uno de los autores que más se centra en el tema de las adicciones es Montecchi (1998), para quien la dependencia de tóxicos es una forma particular de dependencia patológica. El ser humano nace dependiente y es posible que eventos traumáticos precoces pueden marcar los estados más profundos del aparato psíquico. No sólo acontecimientos traumáticos como la muerte de la madre o del padre o violencias sufridas, sino también dependencias mal vividas o mal elaboradas, dejan partes no desarrolladas en el aparato psíquico, partes disociadas que expresan una dependencia no resuelta. Estos conceptos recuerdan a las dificultades en el desarrollo del apego planteadas por Bowlby (1958) o al síndrome de aferramiento propuesto por Hermann (1987).

Montecchi (1998) plantea que la drogodependencia se puede afrontar de dos modos:

- Simplificándola, obviando el contexto del paciente y considerando la adicción como una enfermedad crónica recidivante y, por tanto, identificándolo como “enfermo”.
- Intentando leerla en su complejidad, es decir, pensando en la drogodependencia como un estado dependiente de lo que sucede en el contexto, que determina las relaciones entre los objetos.

Esta última línea encaja más con nuestra concepción de las dependencias, considerando que la droga es un síntoma, un emergente que se va a interpretar y afrontar en un contexto. El síntoma tiene algo que ver con los estereotipos, los comportamientos rectificadas, rígidos y fijos que se repiten automáticamente y prescinden de la tarea

presente. Los estereotipos aparecen cuando la situación nueva crea ansiedad, y no se es capaz de hacer algo productivo y creativo. En este caso, emergen los mecanismos de defensa que reproducen, en última instancia, lo aprendido en el grupo familiar. Así, la droga es el chivo expiatorio y el fruto del pensamiento rígido, cosificado, lleno de prejuicios, dogmático y no científico, incapaz de aprender de la experiencia.

A la hora de hablar de conductas adictivas, no podemos recurrir a un modelo de causalidad lineal, sino que debemos pensar en una pluricausalidad. En otras palabras, este modelo parte de la idea de que el paciente que presenta una adicción, no es sino el síntoma-emergente de una enfermedad más vasta que atraviesa el ámbito individual, grupal, institucional y comunitario (Bleger, 1999). En el automatismo o tendencia a la repetición propia del adicto, va impresa una forma de resistencia al cambio que se opone al proceso terapéutico: un fantasma de simetría, de temporalidad circular que parece una defensa frente a la ansiedad: una ansiedad depresiva (Pichon-Rivière, 1985), que se desarrolla durante el proceso de cambio que todo individuo va atravesando a lo largo de la vida.

La dependencia patológica del adicto se asocia con la falta, que no sería biológica, sino una falta de futuro que impide un proyecto de independencia. Esta falta de futuro, como dice Bauleo (1997), funciona como una correlación inversa en la estructura de la dependencia tóxica: cuanto menos proyecto de futuro, mayor dependencia. El trabajo psicoterapéutico irá destinado a trabajar sobre esta falta. En el fondo, el estado dependiente tiene unos beneficios secundarios que sólo pueden ser abandonados si se entrevé un horizonte.

Partiendo de este planteamiento teórico, el modelo “Cambiare” (Ferrari et al., 1994) tiene el propósito de abordar las múltiples facetas que afectan a la práctica clínica en el trabajo con las conductas adictivas, basándose en el uso de un esquema de referencia propio que se ha de implementar en un entorno cambiante, aquél en el que se desarrolla el fenómeno psicosocial de la adicción. El proceso terapéutico sería una modalidad de control de la ansiedad, no a través del chivo expiatorio o el fármaco, sino a través de aprender a pensar creativamente. Una modalidad de tratamiento que comprende un proceso de cambio del sistema familiar, de la estructura y del código interno.

El modelo se basa en una minuciosa y laboriosa actividad grupal para deconstruir y desarticular todo el entramado de prejuicios y estereotipos que giran en torno al adicto, su familia y la sociedad en su conjunto. Se trata de una ideología científica que combate los estereotipos considerando los aspectos manifiestos y latentes de la tarea.

Este modelo está muy influido por la Teoría de los ámbitos (Zito Lema, 1986) y da mucho peso a la prevención de modo interdisciplinar (sanidad, educación y justicia): “La actividad de prevención debe tener lugar en diversos ámbitos: individual, grupal,

institucional y comunitario, que implica un elevado nivel de transversalidad de los equipos de trabajo, y una capacidad de relacionarse con otros equipos, como asociaciones, grupos de voluntarios y colectivos de estudiantes” (Ferrari et al., 1994 ).

#### **4. Algunos aspectos para reflexionar sobre la praxis**

En este apartado, nos proponemos reflexionar sobre dos aspectos que nos hemos encontrado en la praxis los cuales, por ser obstáculos en un inicio, se convirtieron en objeto de supervisión y reflexión. El encuentro con la teoría nos ha ayudado a entender mejor al grupo y al sujeto que teníamos delante.

##### *1. Motivación externa al individuo o necesidad de construir una demanda:*

La temática de la motivación con la que acude el paciente con adicción a consulta es un aspecto del que se viene hablando en los últimos años. Incluso existen técnicas destinadas a fomentar la motivación, como “La Entrevista Motivacional” (Miller, W.R., Rollnick, S., 1999). Un aumento en la motivación hace que el paciente aumente la conciencia del problema y realice una demanda del tratamiento por sí mismo, ya no desde presiones externas (la familia, lo legal...).

Además de tener en cuenta las aportaciones de la Entrevista Motivacional, nos parece oportuno detenernos en otros autores que abordan el factor de la motivación desde una perspectiva más compleja. Ya no sólo es que la conciencia de problema se base en asumir que uno tiene un problema con una determinada sustancia, sino que una conciencia de problema más amplía implicaría entender que el consumo de sustancias tiene que ver con aspectos psicológicos, esto es, que la “curación” de la adicción es algo más complejo que la desintoxicación, que está relacionado con conflictos personales y que el análisis de los mismos es importante para mantener la abstinencia a largo plazo.

Así, nos encontramos en el grupo con pacientes que aún mantienen cierta ambivalencia respecto a abandonar su dependencia y también con otros que tienen claro que quieren dejar la sustancia pero que entienden su problema adictivo dentro de un modelo “médico” de la adicción, negando la influencia de cualquier factor psicológico y/o social (vincular) en el origen, mantenimiento o solución del mismo. Ambos factores, baja motivación y tener un modelo médico de la adicción, aparecen en el inicio del proceso grupal como resistencias.

Abogamos por el grupo como una herramienta interesante para el aumento de la motivación en su aspecto más simple: dejar o no la adicción, donde por medio del proceso grupal se puede producir un aumento de la conciencia del problema. Pero nos parece

especialmente interesante como herramienta para ampliar la conciencia de problema. El grupo en su horizontalidad conecta con la verticalidad del sujeto y emerge en el aquí y ahora del grupo el sujeto, con su forma de vincularse, de pensar, de manejar las emociones, entre otras cosas. Lo que permite que en el proceso grupal se haga evidente la idea de que no todo el problema es la droga en sí misma, sino que hay aspectos de la persona que están bloqueando el dejar la sustancia.

Roldán (1994) señala cómo en los inicios del grupo no hay una demanda de saber qué hueco ocupa la droga, ni un deseo de dejarla. Después de meses de psicoterapia, se adquiere un mayor conocimiento sobre uno mismo en un proceso de diferenciación o de transformación, pasando de un estado de relativa simplicidad en su estructuración a un estado de mayor complejidad (“no sólo es la droga lo que me falta; me faltan más cosas”).

En esta línea, Kalina (1988) plantea que necesitamos crearle un conflicto al paciente. Roldán (1996) apunta que, a partir del conflicto, notará la falta y comenzará a reconocer que hay algo más allá de la droga, que posee una historia, una experiencia, un conocimiento íntimamente doloroso. En esta situación, a la persona le quedan dos caminos: soportar la angustia que el reconocimiento de la falta supone (algo que se hará patente en su relación continua dentro del grupo) y permitirse la experiencia vincular correctora que pueda internalizar, o bien abandonar el tratamiento (acting-out).

Conectando estos aspectos con nuestra práctica grupal hemos reflexionado sobre varias ideas: intentamos que la mayoría de los pacientes que entran al grupo tengan claro que desean dejar la sustancia (trabajo que solemos realizar a nivel individual en la primera fase del tratamiento); el escenario grupal nos parece el más adecuado para incluir lo psicológico en el esquema de enfermedad del paciente; habitualmente conforme los pacientes van avanzando en su proceso terapéutico llega un momento en que realizan demanda de realizar psicoterapia en mayor profundidad e intentamos que, cuando esto sucede, se realice en un espacio grupal en el que todos los integrantes estén en este mismo punto.

Así, si en el inicio de nuestra práctica pensábamos que en la terapia de grupo sería terapéutico que unos miembros más avanzados en su proceso terapéutico, ayudaran a otros que estaban en el inicio del mismo, lo que sucedió fue que la sustancia y la recaída ocupaban todo el grupo. El grupo se rigidizó y ello dio lugar a una ansiedad intensa y/o a que la dinámica grupal se simplificase en extremo en la polaridad consumo/no consumo. No tener en cuenta este aspecto lleva a que el grupo centre su atención en el control del síntoma. Roldán (1994) lo define como *angustia paranoide de escisión*, la cual dificulta que puedan aparecer diferencias, por la amenaza que éstas suponen para la coexistencia.

Otro punto a considerar es la situación del equipo coordinador, miembro de una

institución y de un equipo cuya meta es la abstinencia. Siendo consciente de la angustia que el consumo de un miembro produce en los demás, podría caer en ocupar un lugar de “profesor” y bloquear un pensamiento “libre”.

Roldán (1994) llega a aconsejar la exclusión, en los primeros meses de vida del grupo, de sujetos que no pueden contener el consumo de drogas. Sin embargo, el grupo podrá acoger episodios de consumo de drogas después de un tiempo de vida, una vez que posee matriz propia y los miembros pueden vincularse desde otras experiencias que no sean las relacionadas con el consumo.

A este respecto, consideramos que una posible solución sería plantear el control de la abstinencia desde un espacio individual previo y/o paralelo.

Por su parte, la COG nos ofrece una posible salida a esta situación a través del concepto de *tarea*. Así, pensamos en grupos terapéuticos con diferentes tareas como, por ejemplo, “dejar el consumo” o “profundizar en aspectos personales que tienen relación con el consumo”.

*2) Los pacientes parecían avanzar en Psicoterapia de grupo pero el proceso era largo, cargado de resistencias, recaídas y de angustia*

Nuestra reflexión sobre este obstáculo ha partido de la lectura del pensamiento de la Escuela de Rimini, dado el esfuerzo que estos autores realizan para llevar la COG (especialmente el pensamiento de José Bleger) a la práctica con pacientes con adicción. Nos centramos en dos aspectos:

- La personalidad puede influir en el proceso grupal (Bleger, 1971)

El autor plantea diferentes procesos grupales en función del tipo de individuos que integre el grupo. Nos hizo pensar que, en los grupos de adicciones, no podemos esperar que suceda lo mismo que en un grupo de “neuróticos normales”, que sería uno de los tipos de grupo descritos por el autor. Quizá es más esperable que suceda algo de lo que Bleger describe para los otros dos tipos de grupos, compuestos por individuos dependientes o simbióticos y por individuos que no han tenido nunca una relación simbiótica.

Los *individuos dependientes o simbióticos* usarán de inmediato el grupo como un grupo de dependencia o pertenencia y tratarán de estabilizar su identidad a través de la identidad grupal. Se trata de individuos en quienes o bien la organización simbiótica ha persistido más de lo necesario o bien ésta nunca ha sido normal como para poder resolverse y dar paso a fenómenos de individuación y personificación. Estos van a tratar de transformar de forma manifiesta el grupo en una organización estable: la interacción será superficial, con

una tendencia a no dar lugar al proceso grupal.

Los individuos que *nunca han tenido una relación simbiótica* no van a establecer dicha relación en el grupo, sino después de un arduo proceso terapéutico. Aquí se incluyen las personalidades psicopáticas, perversas y todas las personalidades ambiguas. En ellos, el grupo parece jugar un papel muy subsidiario y poco importante.

Cuando revisamos lo que la literatura ofrece sobre el desarrollo de la personalidad del sujeto con adicción, nos encontramos que la mayoría de las corrientes nos hablan de individuos dependientes o, por el contrario, individuos que no han llegado a tener una relación simbiótica. Algunos autores relatan cómo la dinámica familiar promueve una dificultad de individuación en la adolescencia (Stanton, 1982; Berstein, 1989). Bernard (1999) cree que esta dificultad de individuación hace que la identidad del sujeto quede ligada a su pertenencia concreta al grupo (primero familiar y luego de iguales donde consume).

Sin embargo, Mansilla, (1991), señala que el drogodependiente carece de identidad y trata de “llenarla” a través de la droga, por un sentimiento de vacío. Así, la droga aparece como *rellenante*: “el drogodependiente suele haber padecido abandono o rechazo, lo que produce una fragilidad del yo, con fisuras que intenta llenar con la droga”.

Por su parte, Bleger, (1999) aclara que se necesita tener un cierto grado de dependencia simbiótica para hacer una vida normal. La patología reside en que el sujeto no tiene bien establecido un grado de dependencia simbiótica, no tiene depositarios o los tiene de una manera completamente alternada, con una variación continua. Es decir, tener una buena dependencia simbiótica es necesario en el desarrollo de la personalidad e influye en las relaciones interpersonales en la vida adulta y, por tanto, en el desarrollo de la dinámica en psicoterapia de grupo.

En este sentido, el autor defiende que los sujetos que nunca han logrado la simbiosis, son los drogadictos, los caracterópatas con perversiones, aquellos en los cuales surge lo que buena parte de los psicoanalistas llama problemas del *holding*. En un estudio de nuestro grupo de investigación, Simón, V., Erdocia, A., Vílchez, F. y Vázquez, E. (2017), analizando el tipo de apego de los pacientes que acuden a la Unidad de Conductas Adictivas, se encontró que de la totalidad de la muestra sólo el 8,30% tenía un Apego Seguro. El resto de la muestra mostraban tipos de apego disfuncionales (44,40% Temeroso-hostil; 19,40% Alejado y el 27,80% Preocupado).

- Aplicación de la teoría de Bleger a las adicciones y al concepto de salud-enfermedad (Ferrari et al., 1994)

Bleger denomina “parte neurótica de la personalidad” a todo aquello que está



estructurado en función de la discriminación, de la proyección-introyección, de los mecanismos neuróticos, y que está basado en las ansiedades esquizoparanoide y depresiva; mientras que, en la parte psicótica de la personalidad, se incluye todo aquello que no está suficientemente discriminado, que ha denominado la posición glischro-cárica (no se da un adecuada diferenciación sujeto - objeto, Yo - no Yo"). En el desarrollo evolutivo de la personalidad lo primero es la parte psicótica y posteriormente la parte neurótica, la parte psicótica no desaparece sino que un adecuado clivaje hace que ambas puedan convivir.

Ferrari et al., (1994) indagan en el concepto de clivaje de Bleger del siguiente modo: "la realización de un clivaje del núcleo de indiscriminación en que la parte vale por el todo y el todo por la parte, permite una cierta contención de la ansiedad depresiva. El clivaje produce una diferencia, permite un cambio entre emociones y pensamientos y hace que los afectos puedan ser representados como objetos del mundo interior. Se instaura entonces una distinción entre dentro y fuera, que permite el pensamiento y la comunicación simbólica. Pero si el clivaje se ha formado mal, un elemento desencadenante o un trauma actual podría destruirlo y hacer emerger la parte psicótica de la personalidad".

En este sentido, los autores entienden que la droga actúa como un clivaje artificial que permite la diferenciación, al menos, temporalmente.

Así pues, cabe preguntarnos, ¿qué sucede cuando el clivaje artificial (la droga) desaparece? La ruptura del clivaje conlleva el contacto con la sociabilidad sincrética y se relaciona con la resistencia al cambio en el grupo (Bleger, 1999) debido a que las instituciones y el encuadre terapéutico son depositarios de la parte psicótica de la personalidad que emergería tras el abandono de la droga.

Pensando en la terapia de grupo con estos pacientes, podemos entender que la función de la droga como clivaje complica el abandono de la misma. En el grupo, para el sujeto que inicia la abstinencia se movilizan estas estructuras tan primitivas, tan disociadas que hasta ahora estaban contenidas por la sustancia. La tarea del grupo será empezar a afrontarlas sin la sustancia, nos preguntamos si en este proceso de aprendizaje se fortalecerá el clivaje dañado en etapas anteriores. Podemos pensar en la dificultad de estos pacientes para tolerar el ingreso en la posición depresiva (Mansilla, 1991) y cómo mediante la droga se trata de evitar caer en esta posición.

Otros autores desde otras orientaciones como comentamos anteriormente (Yalom, 1998) han hecho referencia a este aspecto del alto nivel de ansiedad grupal.

## 5. Nuestra propuesta: Psicoterapia de Grupo Operativo en Adicciones

Teniendo en cuenta lo analizado en este artículo y la práctica de los últimos años, planteamos el siguiente encuadre en relación a la psicoterapia de grupo. También nos hemos inspirado en autores que hablan de psicoterapia de grupo en otros terrenos difíciles que requieren una adaptación de la técnica original, como el trabajo con psicóticos en rehabilitación (Tarí, A., Ferrer C, 2017).

Hay una idea que nos resuena como importante: la psicoterapia de grupo en dos niveles. Nos planteamos un primer nivel que podríamos llamar de *Motivación* y un segundo nivel de *Psicoterapia y Profundización*. Ambos coordinados con Técnica de Grupo Operativo.

Pasamos a analizar brevemente estos encuadres. Ambos organizados en forma de “corredor terapéutico”, encuadre diseñado por Armando Bauleo (De Felipe, 2014), que supone un espacio de psicoterapia grupal semi-abierto, valorando cada tres meses quién continúa y admitiendo la incorporación de nuevos integrantes.

### Psicoterapia de Grupo Primer Nivel. Grupos de motivación

Psicoterapia grupal de 12 sesiones de frecuencia semanal y duración de una hora y media. El número de integrantes será de 8 a 10. La tarea consiste en apoyo para mantener abstinencia y afrontar negación sobre abuso de sustancias, fomentar movimiento en la motivación hacia el cambio. El equipo coordinador está compuesto por coordinador y observador.

Los criterios de inclusión en este grupo de primer nivel serían: pacientes que están iniciando la abstinencia y que no han realizado antes psicoterapia.

Los objetivos grupales serían: aceptar y conocer su problema; afrontar la negación sobre el abuso de sustancias; promover habilidades interpersonales básicas; reconocer las propias emociones; aprender a contemplar sus problemas y dificultades en términos psicológicos y aumentar su capacidad de introspección.

Es un grupo en el cuál la coordinación es activa en el manejo de la ansiedad grupal, en ocasiones nos apoyamos en material escrito para explicar algunos procesos psicológicos, algunos procesos grupales. A nivel técnico aparece menos la interpretación de los obstáculos en relación con su historia biográfica. Algunos de estos pacientes pasan al segundo grupo y otros, tras este primer grupo y lograda la abstinencia, se van de alta si no hay una nueva demanda de profundización.

### Psicoterapia de Grupo Segundo Nivel: Grupos de profundización

Psicoterapia grupal de 12 sesiones de frecuencia semanal y duración de una hora y media. El número de integrantes será de 8 a 10. La tarea consiste en realizar una psicoterapia con un mayor nivel de elaboración, analizando lo que sustenta los síntomas. El

equipo coordinador está compuesto por dos coordinadores (uno de ellos experto en Terapia de Grupo Operativo que desempeña su labor fuera de la unidad) y un observador.

Los criterios de inclusión de este grupo de profundización serían: pacientes con más tiempo de abstinencia, que ya han aceptado e interiorizado el encuadre grupal (normalmente, han estado en el primer nivel con buena evolución) y con demanda y capacidad para analizar los contenidos que han conducido o agravan la enfermedad.

Los objetivos grupales serían: mantenimiento de la abstinencia a largo plazo; aceptación y conocimiento de uno mismo (fortalecimiento del yo); lograr un papel más activo del paciente en el proceso terapéutico; revisar los estilos de afrontamiento y utilizar el aprendizaje interpersonal para mejorar las relaciones interpersonales.

## **6. Conclusiones**

La psicoterapia de grupo en población con adicciones requiere ciertas adaptaciones con respecto a otras patologías. Tras la reflexión realizada en torno a este artículo, consideramos que la COG y la teoría de Bleger sobre la personalidad de estos pacientes ofrecen una posible salida al trabajo en psicoterapia de grupo para personas con conductas adictivas, con distintos espacios y tareas.

Al finalizar el trabajo de construcción de este artículo, con todo lo leído y con las experiencias de nuestra práctica, estamos convencidas que la Terapia de Grupo en Adicciones es posible. Estamos trabajando en un proyecto de investigación sobre la eficacia en psicoterapia de grupo y pronto podremos ver datos cuantitativos sobre este tema.

A nivel cualitativo, para terminar, mostramos algunas respuestas que nuestros pacientes dan a la pregunta sobre los beneficios de la terapia de grupo en una encuesta de satisfacción que rellenan al finalizar la misma: “me ayuda a reflexionar, a pensar sobre el motivo de mis problemas”, “compresión de la vida sin sustancias”, “me ayuda a empatizar con la gente de mi entorno”, “me ayuda a saber tomar decisiones por mí mismo y a relacionarme con la sociedad”, “que no estoy solo, que no peleo solo”, “el grupo es el único lugar donde me han dejado volver después de liarla”, “el grupo es como una fiesta”.

## Referencias bibliográficas

- Bauleo, A. (1997). *Psicoanálisis y grupalidad: reflexiones acerca de los nuevos objetos de psicoanálisis*. Paidós.
- Bernard, M. (1999). "Los organizadores del vínculo. De la pulsión al otro". *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de grupo*, 22(1), 41-71.
- Bernstein, B. (1989). *Clases, códigos y control*, Madrid, Akal.
- Bleger, J. (1971). "El grupo como institución y el grupo en las instituciones". *Temas de psicología. Entrevista y grupos*.
- Bleger, J. (1999). "Criterios diagnósticos". *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 7. [www.area3.org.es](http://www.area3.org.es)
- Bowlby J (1958). "The nature of the child's tie to his mother". *International Journal of Psychoanalysis* 39 (5): 350–73.
- De Felipe, M.V. (2016). "El cuerpo (en) el Grupo. Experiencias grupales en Interconsulta y Enlace Hospitalario". *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*. 20. [www.area3.org.es](http://www.area3.org.es)
- Ferrari, M; Montecchi, L; Semprini-Cesari (1994). "*Cambiare*" *Il Modello Operativo del Sert Di Rimini*. Bologna: Pitagora Editrice Bologna.
- Hermann, I. (1987). *L'istinto filiale*. Boringhieri, Torino.
- Iglesias, E. B., Tomás, M. C., Pérez, E. J. P., Hermida, J. R. F., Fernández, L. C., González, M. P. B. & Gradolí, V. T. (2008). *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones*. Socidrogalcohol.
- Kalina, E. (1988). *Adolescencia y drogadicción*. Edición Nueva Visión.
- Mansilla, F. (1991). "Crisis de identidad y drogodependencia". *Clínica y Análisis Grupal-1991-Nº56*. Vol. 13(1). Pags.117-124.
- Mattioli, G. (1989). *Psicoterapia del Toxicómano. Un enfoque psicoanalítico*. Barcelona: Lógos Clínica Psicoanalítica.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (1999). *La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio en conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.

- Montecchi, L. (1998). "¿Toxicodependencia o dependencia tóxica?". *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*. Nº 6. [www.area3.org.es](http://www.area3.org.es)
- Pichon-Rivière, E. (1985). *El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social*. Nueva visión.
- Roldán, G. (1994). "Droga, dependencia y grupo". *Clínica y Análisis Grupal* 67. Vol. 16(3). Pags.349-361.
- Roldán G. (1996). "Grupoanálisis en comunidad terapéutica de drogodependientes". *Clínica y Análisis Grupal* 72. Vol. 18(2). Pags.235-240
- Simón Martínez, V., Erdocia Remacha, A., Vílchez Trigueros, F., Vázquez Ramo, E. y de Felipe García-Bardón, V. (2017). "Apego desorganizado: factor de riesgo para el desarrollo de Patología Dual". Comunicación a Congreso Dual Disorders (Madrid, 23-26 Marzo 2017).
- Stanton, M.D., y Todd, T.C. (1982). *The Family Therapy Drug Abuse and Addiction*. The Guilford Press N.Y.
- Vinogradov, S & Yalom, I.D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
- Tarí García, A., & Ferrer Dufol, C. (2017). "El grupo y la recuperación". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131).
- Yalom, I. (1998). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
- Zito Lema, Vicente. *Conversaciones con Enrique Pichon-Rivière. Sobre el arte y la locura*. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1986.