
El procés d'intervenció en psicologia infantil i juvenil

**Característiques, actituds i habilitats del
professional de la psicologia infantojuvenil
i *setting* terapèutic**

PID_00270117

M. Salomé Bolló Gasol

Temps mínim de dedicació recomanat: 5 hores



**M. Salomé Bolló Gasol**

Doctora en Psicologia, neuropsicòloga clínica, psicòloga infantojuvenil, especialista en psicoteràpia i en psicopatologia i salut. Àmplia experiència en docència, recerca i assistència en serveis de salut mental, neurologia i trastorns cognitius. Compagina la docència universitària amb l'activitat professional de psicòloga sanitària i neuropsicòloga al Centre NEPSI.

L'encàrrec i la creació d'aquest recurs d'aprenentatge UOC han estat coordinats per la professora: Marta Reinoso Bernuz (2020)

Primera edició: març 2020
© M. Salomé Bolló Gasol
Tots els drets reservats
© d'aquesta edició, FUOC, 2020
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realització editorial: FUOC

Cap part d'aquesta publicació, incloent-hi el disseny general i la coberta, no pot ser copiada, reproduïda, emmagatzemada o transmesa de cap manera ni per cap mitjà, tant si és elèctric com químic, mecànic, òptic, de gravació, de fotocòpia o per altres mètodes, sense l'autorització prèvia per escrit dels titulars dels drets.

Índex

Introducció	5
1. Característiques específiques de la intervenció psicològica infantojuvenil	7
2. El professional de la psicologia infantil i juvenil	10
2.1. Característiques, aptituds i actituds	11
2.2. Habilitats comunicatives	22
2.2.1. Habilitats en el llenguatge verbal	23
2.2.2. Habilitats en el llenguatge no verbal	28
2.2.3. El diàleg terapèutic	34
2.3. El <i>setting</i> terapèutic	38
2.3.1. La cura de l'espai terapèutic, <i>setting</i> extern	38
2.3.2. L'enquadrament o <i>setting</i> intern	45
2.4. El treball terapèutic amb els pares i mares	52
2.4.1. Competències parentals, vincle, estils educatius i tipus de mares i pares	52
2.4.2. Dificultats freqüents que poden sorgir en les sessions ..	54
2.4.3. Recomanacions bàsiques	58
2.5. El treball terapèutic amb els mestres	60
2.6. El treball terapèutic amb l'infant o adolescent	61
Bibliografia	65

Introducció

El professional de la psicologia infantojuvenil requereix coneixements tècnics, actituds i habilitats concretes per a treballar amb els nens, nenes i adolescents. Majoros i Postigo (2018) descriuen una sèrie de requisits imprescindibles per a una bona intervenció psicològica infantojuvenil. Els divideixen en:

- Habilitats, aptituds i coneixements del psicòleg.
- *Setting* extern: lloc i ambient on es realitza la intervenció.
- *Setting* intern: límits i objectius de la teràpia.
- Inclusió de la família i altres professionals en la intervenció.

En aquest mòdul tractarem cadascun d'aquests punts. Començarem per recordar els principals aspectes característics de la psicologia infantojuvenil. Tot seguit exposarem les principals característiques, aptituds i habilitats del professional de la psicologia infantojuvenil, juntament amb algunes tècniques i estratègies que us poden ajudar en les sessions amb infants, joves i adults. Finalment, comentarem els principals aspectes relacionats amb el *setting* i amb el treball terapèutic amb pares/mares, mestres i nenes/adolescents.

1. Característiques específiques de la intervenció psicològica infantojuvenil

Els principals aspectes diferencials entre la intervenció psicològica d'adults i la infantojuvenil els teniu resumits a continuació. Són aspectes que hem de conèixer per a entendre tant el funcionament de les sessions com saber com adaptar-nos a aquesta especial situació terapèutica. Tanmateix, aquests coneixements ens poden ajudar a evitar cometre errors importants i a estar previnuts sobre el que pot passar en les sessions d'intervenció psicològica.

Principals característiques diferencials de la intervenció psicològica infantojuvenil (Moreno, 2016)

- Cal tenir en compte el nivell de desenvolupament evolutiu actual del nen/adolescent.
- L'infant o adolescent està en un procés de creixement, constant canvi i evolució.
- El comportament del nen/a no és universal sinó que es relaciona amb l'entorn/situació.
- Client (pares) no és sinònim de pacient (fill/a). Els pares/mares solen ser els que busquen i demanen ajuda al professional de la psicologia.
- L'infant o adolescent no sempre hi acudeix per voluntat pròpia.
- Treballem amb diferents actors (pares/mares, nen/a, escola, etc.) i en diferents ambients.
- Tenim diferents informants i participants amb diferents sistemes de valors i creences.
- Treballem amb diferents coterapeutes no professionals de la psicologia (pares/mares, mestres, etc.).
- La millora obtinguda en la intervenció psicològica no es limita a l'àrea de la conducta problema sobre la qual hem intervingut, sinó que repercuteix en altres camps relacionats amb la vida del nen/adolescent, per exemple amb les relacions socials, el rendiment escolar, etc.

Les intervencions psicològiques en nens/es i adolescents solen estar motivades per l'existència de **conductes que els pares i mares observen** i sobre les quals no saben com intervenir. El nen/adolescent molts cops no té prou desenvolupada l'autoobservació, l'autoconeixement i l'autoregulació per a adonar-se de l'existència del problema. Per tant, el psicòleg s'ha d'afrontar a fets com que el seu pacient no té consciència del problema que origina la visita i que tampoc sap ben bé què fa allí.

Reflexió

Creieu que en aquests casos podem esperar existència de motivació pel canvi?

En altres ocasions ens podem trobar amb casos més complexos en què els punts de vista dels pares/mares i de l'adolescent no coincideixen. En les dues situacions entren en joc les habilitats del terapeuta juntament amb les tècniques, estratègies i competències terapèutiques adquirides.

El fet que la nena/adolescent no sol tenir un motiu de visita, implica que una altra persona sol·licita la visita i és el nostre client, generalment els pares/mares. També comporta que un altre **informant** exposa les conductes preocupants, novament els progenitors. Aquests testimonis valoren quines conductes són o no adequades per la seva edat i realitzen atribucions causals. Per tant, no és una font d'informació «objectiva» del problema, sinó que en funció dels seus valors, creences, esquemes mentals i expectatives emet una interpretació que ens exposa. Sempre hem de tenir present aquest fet, tant amb vista a determinar si hi ha un problema que requereix la intervenció psicològica com a l'hora de treballar amb aquell participant en la teràpia, moment en què conèixer les seves creences i expectatives ens serà molt útil.

Una de les primeres tasques del psicòleg infantojuvenil és determinar si el motiu exposat de consulta és motiu d'intervenció psicològica, fet que implica determinar quina de les conductes preocupants pels progenitors serà considerada com la «**conducta problema**» sobre la qual s'establiran els objectius terapèutics.

Per a determinar si el motiu de la visita és o no indicador d'una intervenció psicològica, a més de disposar de les informacions transmises pels pares/mares, també hem de tenir present el nivell de desenvolupament del nen/noi. És bàsic determinar el nivell de **desenvolupament cognitiu, emocional i social** d'aquell infant/adolescent abans de planificar i dur a terme una intervenció. També ho és conèixer el procés de desenvolupament «normal» per a saber les funcions cognitives i els aspectes emocionals i socials que podem esperar que es desenvolupin en els propers mesos, mentre fem la teràpia i un cop hem determinat si els comportaments que mostra la nena/adolescent són o no els esperables per la seva edat.

Cal tenir present que a diferència del que succeeix en els adults, el comportament dels nens/adolescents es relaciona amb l'ambient que els envolta. És a dir, els nens/adolescents **es comporten de forma diferent segons les persones i la situació** en què estan, especialment quan més petits són. Per això és bàsic incorporar informadors de diferents situacions/ambients que ens ajudaran a determinar on es produeix el problema i en què consisteix. Incorporar a diferents informadors també ens permet valorar la repercussió de la conducta preocupant en diferents ambients de la vida de l'infant i contribueix a determinar si és indicatiu d'un trastorn, a més de facilitar implicar els informadors (mestres, etc.) com a coterapeutes posteriorment en la intervenció.

En la teràpia infantojuvenil hi ha diferents receptors de la intervenció que estan interrelacionats i que impliquen diferents nivells d'atenció i d'intervenció per part del psicòleg. Aquesta singularitat dificulta poder establir pautes estàndards d'actuació comunes a tots els casos i converteix la intervenció psicològica infantojuvenil en un tractament d'especial complexitat.

El professional de la psicologia infantojuvenil actua amb la nena/adolescent, els seus progenitors, altres familiars, els seus mestres i la resta de professionals sanitaris, de l'educació o de serveis socials implicats en la vida del nen/adolescent. Per tant, ha de disposar de les habilitats necessàries per a treballar amb cadascun d'ells i aconseguir la seva col·laboració i participació en la intervenció psicològica del menor. És a dir, el psicòleg infantojuvenil també ha de saber treballar amb adults, i, sobretot, amb un grup d'especial sensibilitat com són els pares/mares.

El paper dels **pares i mares** en la intervenció és un aspecte determinant, ja que no solament influencien en l'èxit de la intervenció, sinó en el fet que aquesta es pugui portar a terme. Tant la decisió d'anar a teràpia com els aspectes logístics i econòmics per a anar-hi impliquen els pares/mares. Un nen/adolescent no té, generalment, l'autonomia per a poder prendre la decisió d'anar al psicòleg o la maduresa emocional i cognitiva per a saber què li cal, ni per a poder assumir el cost econòmic o desplaçar-se a la consulta del psicòleg. A més del fet legal de que al ser menor d'edat, el psicòleg necessita el consentiment explícit d'ambdós progenitors per a poder realitzar qualsevol tipus d'intervenció, llevat que no tinguin la pàtria potestat. Tot i així, l'infant/adolescent té dret a estar informat, a la seva intimitat, a la confidencialitat i a participar en les decisions (Riquelme, Ortigosa i Méndez, 2014). Tot plegat resulta difícil de conregar. Penseu sinó amb uns pares/mares preocupats que ja no saben com ajudar a la seva filla, a qui els diem que no podem explicar-los certes informacions per a mantenir el secret professional amb la noia. Com els donem aquesta informació, què els diem, quan i on parlem són aspectes que condicionaran la seva resposta.

Referències bibliogràfiques consultades

Les fonts bibliogràfiques consultades en la construcció d'aquest apartat són:

Majoros, S. i Postigo, S. (2018). La intervenció psicològica infanto-juvenil. En R. González i I. Montoya-Castilla, *Psicología clínica infanto-juvenil* (pp. 65-98). Madrid: Pirámide.

Moreno, I. Características de la intervención terapéutica en la infancia. (2016). En I. Comanche i M. A. Vallejo, *Manual de terapia de conducta en la infancia* (pp. 25-74). Madrid: Dykinson.

Riquelme, A., Ortigosa, J. i Méndez, F. X. (2014). La relación terapéutica con el niño y adolescente. En J. M. Ortigosa, F. X. Méndez i A. Riquelme, *Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes* (pp. 25-46). Madrid: Pirámide.

Secret professional

El secret professional inclou tant la informació proporcionada pels pares com l'aportada pels nens/adolescents. Recordeu que cal explicar a les nenes/adolescents i als progenitors, el que implica el secret professional i quan estem obligats a no mantenir-lo.

Vegeu també

Com treballar el secret professional es desenvolupa a l'apartat «El professional de la psicologia infantil i juvenil» del present mòdul.

2. El professional de la psicologia infantil i juvenil

Saber escoltar i preguntar, respectar els silencis i establir límits són algunes de les competències adquirides i que els psicòlegs apliquem durant les sessions de psicoteràpia infantojuvenil i d'adults. Però, per a poder-les aplicar amb èxit, no n'hi ha prou amb conèixer les tècniques, les estratègies i els procediments, tot i que sens dubte aquests són elements clau de la intervenció. En les sessions d'intervenció psicològica hem de tenir en compte altres variables relacionades amb el propi professional de la psicologia, la nena/adolescent, els progenitors/família, els mestres/l'escola i l'espai terapèutic, principalment.

En les taules 1 i 2 trobareu algunes característiques, actituds i habilitats imprescindibles en un bon professional de la psicologia infantojuvenil. En els propers apartats reflexionarem sobre la majoria d'aquestes, a fi de configurar la imatge d'un/a bon/a professional de la psicologia infantojuvenil i tot el que això comporta.

Taula 1. Característiques, aptituds i actituds del professional de la psicologia

Característiques i aptituds del terapeuta	Actituds del terapeuta
<ul style="list-style-type: none"> • Interès sincer • Proximitat • Autoobservació • Autoconeixement • Autoregulació • Coneixements específics • Respecte • Flexibilitat • Experiència vital • Seguretat en un mateix • Humor • Capacitat de resoldre problemes • Equilibri emocional • Obertura • Assertivitat • Independència • Altruisme • Reflexivitat • Tolerància a la frustració 	<ul style="list-style-type: none"> • Empatia • Acceptació incondicional • Autenticitat • Compromís

Font: Majoros, S. i Postigo, S. (2018). La intervenció psicològica infanto-juvenil. En R. González i I. Montoya-Castilla, *Psicologia clínica infanto-juvenil* (pp. 65-98). Madrid: Piràmide. Riquelme, A., Ortigosa, J. i Méndez, F. X. (2014). La relació terapèutica con el niño y adolescente. En J. M. Ortigosa, F. X. Méndez i A. Riquelme, *Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes* (pp. 25-46). Madrid: Piràmide.

Taula 2. Habilitats del professional de la psicologia implicades en l'entrevista

Tipus habilitat	Exemples
Habilitats de procés	Estratègies de comunicació: <ul style="list-style-type: none"> • Tècniques verbals i no verbals • Saber com preguntar • Escolta activa • Resumir Autoobservació Autoregulació
Habilitats de contingut	Continguts a tractar en les sessions.
Habilitats cognitives	Capacitat per generar hipòtesis i formular i reformular preguntes al llarg de les sessions. Capacitat per resoldre problemes, de reflexivitat, d'introspecció, etc.

Font: Ezpeleta, L. (2016). La evaluación de los trastornos infantiles. En I. Comeche i M. A. Vallejo, *Manual de terapia de conducta en la infancia* (pp. 75-108). Madrid: Dykinson.

2.1. Característiques, aptituds i actituds

El primer requisit previ per iniciar el treball com a professional de la psicologia, és l'adquisició dels **coneixements teoricopràctics** sobre els problemes emocionals, conductuals i de salut mental que tractarà. Li cal conèixer, entre d'altres aspectes:

- les teories sobre el desenvolupament normal,
- les teories explicatives sobre l'origen dels trastorns mentals i problemes psicològics,
- psicopatologia i psicodiagnòstic, tant d'adults com infantojuvenil,
- com, què i quan avaluar,
- com interpretar els resultats de l'avaluació,
- les bases dels principals models psicoterapèutics existents,
- com escollir i realitzar una intervenció psicològica infantojuvenil, i
- els aspectes ètics, deontològics i legals.

A més, també ens calen coneixements no acadèmics sobre la cultura i els fets socials del moment, rellevants per la població infantojuvenil.

Cas 1

Imaginem que acudeixen a la consulta el pare, la mare i una nena de sis anys amb por a la foscor. A la nit dorm amb una llumeta encesa.

- Faríeu la mateixa hipòtesi inicial si la nena tingués catorze anys?
- Què ens diuen els manuals sobre la por a la foscor als sis anys, sol ser indicativa d'una psicopatologia?
- Quins altres símptomes necessitaríem per a poder emetre un diagnòstic de fòbia?
- Quina és la psicoteràpia en les fòbies infantils més efectiva segons les evidències científiques?

- La por a la foscor pot ser un símptoma d'altres problemes o trastorns?
- Ens ajuda a planificar la intervenció saber que el pare ens descriu i experimenta símptomes d'agorafòbia?
- Quines característiques dels progenitors i de la nena hem de tenir en compte per a escollir la tècnica psicoterapèutica?
- Com s'aplica la tècnica que hem escollit?
- Quin llenguatge utilitzarem per parlar amb la nena de sis anys?
- Com li explicarem la tècnica seleccionada?
- Un cop hem finalitzat la intervenció, com sabem que hem obtingut els objectius estipulats?

Aquestes són només algunes de les preguntes que nosaltres com a psicoterapeutes hem de saber respondre amb els coneixements adquirits.

Lligat als coneixements adquirits i relacionat amb les nostres característiques i aptituds, ens cal preguntar quin/s model/s terapèutic/s seguirem en el cas i quina tècnica o tècniques aplicarem. Ens ho preguntem abans d'iniciar la psicoteràpia amb el client/pacient. Aquesta decisió implica que hem de tenir en compte tots els aspectes següents:

1) Prèviament coneixem els aspectes teòrics i pràctics del/s model/s psicoterapèutic/s i de les tècniques que hem escollit.

2) El model i la tècnica escollides són recomanables d'aplicar al nostre cas (tenint en compte la nena/adolescent, família i altres entorns). A més, els resultats que esperem aconseguir són iguals o superiors als de la resta de models psicoterapèutics segons les evidències científiques recents.

3) Estem «còmodes» i «segurs» amb el model i la tècnica, tenint en compte les nostres característiques i habilitats (recorrem al nostre autoconeixement). Generalment podem utilitzar diferents tècniques per a aconseguir el mateix objectiu, però si creiem que una tècnica que no dominem és imprescindible d'aplicar podem derivar el pacient a un altre professional.

Conèixer les tècniques i els models psicoterapèutics, juntament amb les nostres característiques i habilitats, ens permet escollir el que creiem més beneficiós pel cas i ens harmonitza millor amb nosaltres. Això sí, cal tenir sempre en compte les evidències científiques recents.

Com podem veure, l'**autoconeixement** és bàsic i imprescindible en el treball d'un professional de la psicologia. No sempre se'ns donarà bé una tècnica ni aplicar un model psicoterapèutic. Tothom tenim un conjunt de punts forts i d'aspectes a millorar. Aprendre a detectar-los i a conèixer-los és bàsic perquè no interfereixin en el treball amb els pacients/clientes.

Referències bibliogràfiques consultades

Les fonts bibliogràfiques consultades en la construcció d'aquest apartat són:

Comeche, M. i Vallejo, M. (2016). *Manual de terapia de conducta en la infancia*. Madrid: Dykinson.

Ezpeleta, L. (2001). *La entrevista diagnòstica con niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.

González, R. i Montoya-Castilla, I. (2018). *Psicología clínica infanto-juvenil*. Madrid: Pirámide.

Riquelme, A., Ortigosa, J. M. i Méndez, F. X. (2014). Relación terapéutica con el niño y el adolescente. En J. M. Ortigosa, F. X. Méndez. i A. Riquelme, *Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes* (pp. 25-46). Madrid: Pirámide.

Roji, B. (1994). *La entrevista terapéutica: Comunicación e interacción en psicoterapia*. Madrid: UNED.

Roji, B. i Cabestrero, R. (2018). *Entrevistas y sugerencias indirectas: entrenamiento comunicativo para jóvenes psicoterapeutas*. Madrid: UNED.

L'**autoobservació** i l'**autoconeixement** les hem d'aplicar constantment durant les sessions, tant si fem avaluació com intervenció. Pensem que som persones i que, encara que actuem com a professionals, ens podem veure reflectits en el pacient, la família o la situació, produint-se la **contratransferència**. Si aquest fet ens impedeix fer la nostra feina aplicant l'acceptació incondicional, l'empatia i l'autenticitat, ens hem de plantejar una derivació. No es tracta d'una feblesa sinó d'una fortalesa ja que la nostra autoobservació i autoconeixement ens permet veure-ho i actuar en conseqüència. Així proporcionem la millor atenció al nostre pacient.

La contratransferència

En la contratransferència, les necessitats i els conflictes del terapeuta condicionen la seva capacitat per atendre i comprendre el pacient, i per utilitzar adequadament les tècniques d'intervenció (Roji, 1994).

La **contratransferència** ens pot impedir estar prou atents al que ens estan dient els progenitors o la nena/adolescent. Pot interferir tant a nivell de no considerar certes informacions que ens donen (ignorar-les i desestimar-les) com a interpretar-les en funció dels nostres esquemes (biaixos i distorsions cognitives) i no dels de l'altre (**manca empatia**).

Cas 2

Una parella acudeix per primer cop a la consulta. El seu fill de setze anys «no vol estudiar ni tampoc treballar». Tenen discussions diàries i ells afirmen que «ja no sabem què fer amb ell. Venim perquè ens ajudis i l'encarrilis».

El terapeuta, a mesura que va parlant amb els progenitors, comença a recordar la seva adolescència. El seu pare no li deixava anar a estudiar la carrera que ell volia a una altra ciutat. Li deia que ja que no volia estudiar el «posaria a treballar».

Els progenitors continuen dient que el noi té un caràcter difícil i que, en ocasions, els ha agredit físicament i verbalment. La mare plora. El professional de la psicologia creu que «exageren» i així ho anota a la història, no pregunta res més sobre el tema i no ofereix un mocador a la mare.

Quan estan acabant la consulta, el pare entrega al psicòleg una còpia de l'informe de l'escola en què consta que l'han expulsat diversos cops de l'institut per agredir companys. També aporta un informe de la psicopedagoga en què alerta sobre la simptomatologia pròpia del trastorn de conducta. El psicòleg comença a fer preguntes per a valorar el comportament agressiu del noi.

Reflexió

En aquest cas el terapeuta inicialment ha estat prou atent a les informacions? S'han pogut produir biaixos interpretatius?

La gestió de les pròpies emocions és un dels aprenentatges que tot professional de psicologia ha de fer. No es tracta de bloquejar-les o de no sentir sinó de saber que les sentim (autoobservació i autoconeixement) i no deixar-nos arrossegar per aquestes (autoregulació). El treball personal ens ajudarà.

L'**autoregulació** va lligada a la nostra capacitat d'autoobservació i d'autoconeixement. Ens permet evitar que les nostres emocions, pensaments, necessitats, etc., interfereixin en la nostra actuació professional durant la psicoteràpia. Així, podem seguir els objectius i aplicar les tècniques des d'una perspectiva terapèutica deixant de costat els nostres aspectes «personals». El primer pas per a poder autoregular-nos és ser conscients del que ens passa i de les nostres tendències.

Cas 3

Estem en sessió amb una parella. La seva filla de sis anys (la Magda) acaba de morir a causa d'una leucèmia. Estan molt preocupats pel seu fill petit. Cada cop que els progenitors parlen de la Magda i la seva malaltia, sobretot si la mare comença a plorar, noto un nus a l'estomac. Subtilment redirigeixo la conversa a un altre tema.

Avui és en Pol (el germà petit de la Magda) qui acudeix a la sessió. M'explica que la mare està molt trista i s'enfada per tot. El pare no està mai a casa, «ja no juga amb mi». Quan li demano per què creu que la mare està trista em diu que perquè la Magda està malalta en un hospital.

Reflexió

En aquest cas quines emocions creieu que podríeu sentir com a professional de la psicologia del cas? Com autogestioneu el tema de la mort i el de la mort amb nens? Us interferiria en la sessió? Com podríeu manejar aquestes emocions? Derivaríeu el cas?

Un altre aspecte molt lligat a l'autoregulació és l'**equilibri emocional**. Sense un equilibri emocional podem ser capaços d'autoobservar-nos i autoregular-nos? L'equilibri emocional ens permet tant controlar els estats de tensió com el nostre comportament. Tot seguit teniu dos casos en què es pot veure alterat.

Cas 4

Tenim en consulta un nen de quatre anys que ha sofert maltractaments per part del pare. Ha sofert traumatismes cranioencefàlics greus i té un retard en el desenvolupament. A la consulta acudeix la mare amb el nen per iniciativa de serveis socials. La mare justifica la conducta del marit amb qui encara viu. Diu que el nen no para quiet i és molt «dolent».

Reflexió

- Quines emocions pots tenir en aquesta situació?
- Quins pensaments sobre la mare et poden venir al cap?
- Pots fer un llistat dels pensaments que fomenten l'acceptació incondicional i l'empatia, i els que no?
- Quan els llegiu experimenteu emocions positives o negatives? Anota quines experimenteu al costat de cada pensament. En el cas de les negatives, podeu buscar altres pensaments alternatius? Com us fan sentir cadascun d'aquests? Sí... ens estem autoaplicant la reestructuració cognitiva.

Heu acabat la jornada laboral, sortiu de la consulta i aneu cap a casa pensant en el nen, amb el cas del dia abans...

- Què podeu fer per cuidar-vos i no emportar-vos a casa el cas?
- Us aniria bé anar al gimnàs a fer zumba? O millor *kick-boxing* quan hem tingut un dia que hem experimentat frustració i ràbia. Ioga? *Mindfulness*? Rebre psicoteràpia?

Cadascú ha d'escollir allò que l'ajuda a mantenir l'equilibri emocional i a «desconnectar» de la feina.

Cas 5

La Laura es dirigeix a la seva consulta on treballa de professional de la psicologia. El dia abans la seva parella li va comunicar que volia el divorci i va marxar de casa. Portaven quinze anys junts. Tenen dos fills petits. La Laura no para de recordar la situació viscuda el dia abans. Arriba a la consulta amb símptomes de crisi d'ansietat. Decideix anul·lar les visites.

Aprendre a cuidar-nos també és una habilitat a desenvolupar imprescindible per un professional de la psicologia, així com establir la distància emocional amb el pacient i la família mantenint l'empatia, l'autenticitat i la calidesa. Tot un repte de vegades. Per a aconseguir-ho ens pot ajudar recordar que un professional de la psicologia no és un jutge, tampoc no és un amic, ni tenim una vareta màgica. El resultat de la nostra feina no depèn únicament de nosaltres sinó de la interacció de diversos factors com ara el grau d'implicació del pacient i la família, i de la seva percepció, motivació i necessitat de canvi. Nosaltres podem fomentar la confiança i l'aliança terapèutica però si els progenitors no volen seguir unes pautes perquè en el fons estan «acomodats» amb la situació, no assumeixen realment la seva responsabilitat, no ho consideren realment un problema o creuen que se'n sortiran sols, no podem fer-hi més. Llavors novament ens toca aplicar l'acceptació incondicional i l'empatia.

Acceptar que els progenitors no volen seguir un tractament, que el nen/a no rebrà el tractament que necessita i que segurament la situació empitjorarà amb el temps, no és fàcil. L'**empatia** ens ajuda a intentar sentir i «pensar» amb els esquemes, valors i creences dels progenitors, però només ho podem fer fins a cert punt. Realment no podem sentir i pensar el que ells senten. Tractar-los amb respecte, comprensió, proximitat i autenticitat ens ajudarà. Potser si en un futur la situació s'agreuja els sigui més fàcil acudir a nosaltres novament amb una motivació diferent pel canvi. Hem de respectar el moment de cadascú. Cadascú té el seu ritme per «assumir les coses» i quan els nens/adolescents tenen problemes, els progenitors solen tenir sentiments de culpa, ràbia i impotència que els dificulta entendre el que els expliquem i seguir les pautes d'actuació, a més de negar en molts casos l'existència del problema o minimitzar-lo per a fer front al seu dolor.

Tot això, és un aprenentatge sobre l'**acceptació incondicional**. Acceptem la decisió dels progenitors de no voler en aquest moment seguir la teràpia que els proposem per a canviar la situació, encara que no ens agradi. A més, entra

en joc la nostra **tolerància a la frustració**, basada en les pròpies expectatives. Les nostres expectatives no es formen únicament a partir dels objectius terapèutics establerts sinó d'altres aspectes personals. El nostre ego hi juga un gran paper. L'autoobservació i l'autoconeixement ens ajudaran a veure d'on provenen. La **flexibilitat** ens permetrà adaptar-nos als canvis provocats pel seu no acompliment i a gestionar la frustració.

Què cal fer en situacions com la descrita anteriorment?

Després de fer el nostre petit procés de dol per la pèrdua, ens podem preguntar què podríem haver fet diferent. Això sí, sempre mantenint una perspectiva constructiva per a aprendre de la situació. Algunes de les preguntes d'autoobservació retrospectiva que ens podem fer són:

1) Vaig exposar clarament, de forma comprensiva, sense judici de valors i amb calidesa, a la mare i al pare:

- la informació sobre el problema, com es manté i les seves conseqüències?
- el paper que juguen en la situació?
- el perquè de la psicoteràpia i del seu paper en aquesta?
- el pronòstic esperat amb i sense intervenció?

2) Vaig deixar que expressessin els seus dubtes, les seves opinions sobre el que els deia? Els vaig donar respostes clares i empàtiques?

3) El que jo els ofería coincidia amb la seva demanda inicial?

4) Si els progenitors em volien «traspassar» la seva responsabilitat, els vaig deixar clara la que puc assumir com a psicòloga? Vaig assumir una responsabilitat que no em pertocava?

5) Quines eren les meves expectatives? Es basaven en els objectius terapèutics? Eren realistes? Interferien en la teràpia?

L'**acceptació incondicional** no implica que nosaltres no puguem tenir les nostres opinions personals sobre els pacients, és molt difícil que no en formem alguna. Sinó que aquestes no ens guien durant les sessions. L'acceptació incondicional implica no fer judicis de valor. Recordem que aquests judicis poden provocar culpabilitat i altres emocions negatives en els clients/pacients, que no els ajudaran a canviar la conducta. Penseu que no som jutges i el que podem fer per als clients/pacients és guiar-los perquè vegin les conseqüències de les seves accions i ajudar-los a descobrir altres opcions més adaptatives de comportaments. Això no treu que en les sessions no puguem establir límits i indicar els comportaments no desitjats, sempre des d'una visió i finalitat terapèutica.

L'acceptació incondicional implica transmetre al pacient/client que nosaltres «l'acceptem com a persona». No implica compartir o aprovar els seus comportaments, valors, creences o idees. N'hi ha prou amb què les respectem i en el cas que siguin disfuncionals, desadaptatives o problemàtiques llavors els podem guiar en el procés de canvi, sempre que ells així ho acceptin. Aquí és molt important tenir en compte la demanda que ens fan els progenitors, ja que aquesta va molt lligada al seu nivell de participació i a la posterior implicació, i també la del mateix pacient.

Cas 6

Una noia de tretze anys ens arriba a la consulta per baix rendiment escolar associat a sospita de dislèxia. La demanda inicial del pare/mare és disposar d'un informe amb el diagnòstic i «millorar les notes». L'estil educatiu dels pares és permissiu i no han establert normes ni límits clars. Els suspensos no tenen conseqüències i la filla cada dia arriba a les vuit del vespre per diferents extraescolars o perquè està fora de casa amb amics. La filla afirma «no tinc ganes d'estudiar». Després de dur a terme l'avaluació i confirmar el diagnòstic, el psicòleg comunica als progenitors els resultats i els diferents focus de treball: coordinació amb l'institut, treballar amb la noia tècniques d'estudi per a la millora de les conseqüències de la dislèxia, treballar amb el pare/mare mitjançant tècniques de modificació de la conducta i establir pautes que reforcin hàbits d'estudi.

En la primera sessió d'intervenció amb els progenitors únicament acudeix la mare. Amb ella parlem de la necessitat d'establir una sèrie de normes, un contracte conductual per a reforçar el compliment de les tasques que li dona el terapeuta, etc. La mare ens diu en la sessió que l'únic problema que té la seva filla és la dislèxia i que confia en ella, per això no cal establir normes ni tampoc creu necessari reduir les activitats extraescolars. L'únic que vol és que «la nena treballi la lectura, per la qual cosa hem decidit només fer les sessions de la nena». No ens dona permís perquè ens coordinem amb l'institut «ja hem portat l'informe». Expliquem novament en què consisteix la intervenció, els seus objectius i què els motiven. Davant la negativa del pare/mare a acudir a les sessions i seguir el tractament plantejat, se'ls deriva a un altre centre únicament logopèdic.

Reflexió

En aquest cas quines preguntes d'autoobservació ens podem fer a nivell retrospectiu sobre el que hem parlat i recollit del pare/mare abans d'iniciar la psicoteràpia?

Cas 7

En Pere és el primer cop que acudeix a una sessió psicoterapèutica. Té nou anys. Els progenitors han fet la consulta perquè «no sabem què fer perquè ens faci cas, ens cregui». Els progenitors mostren un estil educatiu permissiu. Passen poc temps a casa i quan hi són «volen tranquil·litat i gaudir del seu fill petit». A l'escola el nen segueix les pautes que li dona la mestra sense problemes. El problema va començar fa unes quantes setmanes quan els progenitors li van dir que la mare estava embarassada. Tot ens indica que no hi ha un trastorn de conducta.

En la primera sessió que està amb nosaltres, en Pere comença a tocar unes figures de vidre situades a la prestatgeria alta de la llibreria. Per a fer-ho, es posa dret a sobre d'una cadira. Llavors nosaltres li expliquem els perills que implica el que ha fet i que quan estiguem en aquell espai els dos hem de seguir una sèrie de pautes que ens ajudaran. Una d'aquestes és no enfilar-se a les cadires si no li demanem.

Quan el nen surt de la consulta, guardo les figures en un calaix.

Reflexió

Creieu que el professional de la psicologia ha actuat correctament marcant pautes al nen des de la primera sessió?

El **compromís** amb el pacient/client es basa en la nostra implicació i no a assumir responsabilitats que no ens pertoquen, ja que no beneficia a ningú. Així doncs, cal anar amb compte amb les expectatives que tenen els progenitors. Nosaltres no podem establir normes quan la tasca es pròpia del rol de pare i

mare. Com a professionals podem indicar als progenitors com procedir i revisar com apliquen les normes i límits, però no marcar nosaltres les pautes als seus fills o filles. El nostre compromís amb el pacient/client ens porta a aplicar les nostres competències professionals (basades en coneixements, habilitats, actituds i aptituds), a esforçar-nos, a disposar dels recursos necessaris per a portar a terme amb èxit la teràpia i a realitzar formació continuada.

El nostre objectiu és guiar el pare i mare perquè després de la intervenció siguin independents. Si nosaltres fem la feina que pertoca al pare/mare (assumim el seu rol i responsabilitat) ajudem a perpetuar el problema i a crear dependència cap a nosaltres. En aquest sentit, quan detecteu progenitors que «intenten traspassar-vos la seva responsabilitat» insistentment, penseu en l'acceptació incondicional, la tolerància, l'autoobservació i l'autoregulació. És molt fàcil que estiguin sobrepassats per la situació o no en sàpiguen més, per això acudeixen a vosaltres.

Reflexió

En el cas 2, hi ha res del text que ens indiqui que es pot produir aquest problema de «confusió» de responsabilitats? Com creieu que hauria d'actuar el professional en aquest moment de la psicoteràpia?

Hauria d'actuar de la mateixa forma en el cas 3? I en el cas 15?

Com a psicoterapeutes tenim **independència** i no hem de seguir les indicacions dels progenitors sobre com procedir. Nosaltres com a professionals establim les normes de la sessió, podem explicar-les als progenitors i ser **flexibles** però sempre hem de mantenir el nostre rol de professional i seguir el codi ètic i deontològic.

Cas 8

Un pare separat amb un filla de set anys ens demana hora. La filla viu amb la mare. Estan actualment en vies del procés legal de divorci. Ens explica que no pot veure molt sovint a la seva filla i que està preocupat perquè la veu trista. Ens refereix que està molt angoixat. També ens diu que la seva ex no s'ocupa gaire de la nena ja que treballa i la nena llavors està amb els avis materns. Ens afirma que creu que li aniria bé fer teràpia i ens demana hora. Quan li diem que cal el permís de la mare per a veure la nena i que també ens agradaria que vingués la mare per a poder fer l'avaluació, el pare diu que la mare no voldrà. I afegeix que l'advocada li ha demanat un informe en què consti que la nena té problemes emocionals, i que «no cal que la mare ho sàpiga amb molta antelació, se li pot comunicar el mateix dia de l'avaluació si cal».

Cas 9

Estem acabant la primera visita amb la mare d'una noia de disset anys. La mare ha acudit a la consulta ja que la seva filla mostra, segons diu, símptomes de depressió i ansietat. Les dues tenen una relació conflictiva i de desconfiança des de fa anys. La mare sol·licita hora per la seva filla i ens demana que li diguem a la filla que l'hora l'ha demanat per telèfon i que no hem parlat de res, ja que sinó no vindrà a la sessió.

En aquest cas podem ser **autèntics i assertius**. Podem explicar a la mare que això que ens demana no ens fa sentir bé i que no ho podem fer tant per temes ètics com deontològics. Tanmateix, la relació amb el pacient s'ha de basar amb l'honestedat i no amb un engany, ja que no fomentaria la seva confiança. La **confiança** és un aspecte clau en la psicoteràpia. A la vegada, utilitzem

Vegeu també

Trobareu el cas 15 al final del present apartat.

l'empatia per entendre que la preocupació per la seva filla la porta a buscar una opció perquè acudeixi a la teràpia i que segons els seus valors aquesta forma d'actuar estaria justificada.

L'**assertivitat** no implica dir constructivament al pacient sempre com ens sentim. L'**autenticitat** en teràpia implica ser honest però s'ha d'escollir el moment i l'oient. Hem de valorar si és el moment oportú, si la seva finalitat és terapèutica per al pacient i el beneficia. El pacient pot assumir el que li volem dir? Li generarà resistències? Pot afectar el vincle terapèutic? Quin objectiu psicoterapèutic aconseguim amb aquella comunicació?

Quan actuem amb assertivitat i autenticitat, les sessions ens poden ajudar a observar i, fins i tot, treballar aspectes de nosaltres mateixos però sempre s'ha de centrar en l'altre, no en nosaltres. Evitem fer-nos «autoteràpia» durant les sessions.

Cas 10

És dilluns al matí. El dia abans a la nit he arribat d'un llarg viatge de feina. L'agenda està farcida de visites. La primera visita la tinc amb els progenitors d'un nen de nou anys diagnosticat de TDAH subtipus hiperactiu. El nen no para quiet a les sessions i mostra una conducta negativista molt freqüentment. És la tercera sessió que fem. Estem treballant les autoinstruccions i se'm fa molt repetitiu. No tinc gens de ganes de fer aquesta visita ja que vull tranquil·litat. Ho he valorat i no anul·lo la visita perquè seria poc responsable i respectuós cap als clients/pacient.

Arribo al despatx, em preparo i faig passar en Marc. Hola Marc, què tal el cap de setmana? En Marc, posant mala cara, em diu: «No tinc ganes de treballar avui». Li responc «Jo tampoc Marc, estic cansada». Somric. «Què et sembla si avui juguem una mica?» Decideixo treballar les autoinstruccions mitjançant un joc.

Reflexió

Quines característiques de la taula 1 ha aplicat la psicòloga?

L'**autorevelació** «estic cansada» que fem al pacient ens ajuda a ser més conscients de la situació, ens facilita l'autogestió i busca la complicitat del pacient. Molts cops el simple fet de reconèixer una emoció ens ajuda a no viure-la com una càrrega i a gestionar-la. Deixem de lluitar contra l'emoció i de donar-li atenció. En aquest cas, a més, ens ajuda en el **vincle terapèutic** amb el nen i a ser **autèntics**. Fer autorevelacions és una forma de mostrar l'autenticitat.

Com sabeu, la relació psicòleg-pacient/client no és d'amistat i és una relació asimètrica. Hem d'incloure sempre als progenitors en la teràpia evitant de caure en el parany de ser excessivament directius. Hem de negociar i pactar amb els progenitors, mantenint el nostre criteri i tenint en compte el que ells poden i volen assumir, i gestionar-ho. Treballar l'aliança terapèutica és bàsic, però si no arribem a un consens en els objectius terapèutics i les tècniques, i continuen les seves resistències ens podem plantejar l'alta o la derivació a un altre professional de la psicologia amb un model psicoterapèutic diferent i més ade-

Vegeu també

Trobareu la taula 1 a l'apartat «El professional de la psicologia infantil i juvenil».

quat al cas. El nostre **altruisme** ens permet posar per davant al pacient/client abans que al nostre benefici personal, juntament amb l'interès sincer per a ajudar-los.

L'altruisme va molt lligat a l'empatia, a la tolerància, a l'obertura i a no jutjar els altres (Bermejo et al., 2014).

L'**interès sincer** implica tant l'interès «pel cas» com per les persones que en formen part. Els psicoterapeutes simplement som un element que ajuda la família en aquest procés de canvi. Cal estar atents al nostre ego i també a no caure en el parany d'actuar com a «professional gran expert» per sobre dels seus clients/pacients. Ens interessa tant comprendre i resoldre el problema, com les persones que estan immerses en aquest. Per això és bàsic que els objectius terapèutics estiguin consensuats amb tots els integrants: pare, mare i nena/adolescent i també l'escola. És cert que ens hem de mostrar segurs en les nostres afirmacions per a generar confiança, però sense caure en una actitud inflexible i tancada.

L'**obertura** és un element clau per un professional de la psicologia. Ens ajuda a tenir diferents perspectives d'un mateix fet, a tenir curiositat, a investigar el problema, a buscar noves eines terapèutiques, a no tenir prejudicis i a ser tolerants, entre d'altres.

La **seguretat en un mateix** es basa en la confiança en el model i les tècniques terapèutiques seleccionades, en el propi autoconeixement sobre els nostres punts forts i limitacions, en el grau de responsabilitat que assumim en aquella teràpia i en els propis recursos dels clients/pacients (Riquelme et al., 2014). Sense la inclusió i el compromís dels progenitors i la nena/adolescent, la psicoteràpia no funciona. De la seguretat en un mateix i de l'autoconeixement sorgeix la capacitat de riure's d'un mateix i de les nostres tendències de pensament o acció. L'**humor** com a característica del terapeuta ens facilita ser autèntics i contactar amb l'altre com a persones, afavorint la proximitat i calidesa, i alleujant l'ansietat en certes situacions. No parlem d'utilitzar el sentit de l'humor com a recurs terapèutic sinó d'una actitud personal envers la vida.

Cas 11

Estem en sessió amb una nena de sis anys, la nena només entrar s'asseu a sobre l'estora en lloc de la cadireta. Pensem: encara sort que avui han passat l'aspiradora. Ens asseiem al terra tot rient. Portem una estona asseguts al terra i les cames comencen a adormir-se. Ens toquem les cames i diem: «toc toc, esteu despertes?».

Reflexió

Quines característiques del terapeuta de les recollides en la taula 1 s'han descrit en aquesta situació?

Cas 12

Arribo corrent a la consulta, ja que tinc visita i vaig amb el temps just. Està caient una gran tempesta i estic xopa. Només entrar per la porta patino i dono un cop a un pacient d'un altre psicòleg. Em disculpo però el pacient es mostra molt desagradable. Mantinc la calma i vaig cap al meu despatx. Entro al despatx i em preparo per la sessió. Deu minuts després la visita nova no ha vingut. Em dispenso a aprofitar el temps corregint les PAC dels estudiants, però se'n va la llum i l'ordinador no té bateria. Somric, penso que tot plegat sembla una pel·lícula còmica i m'agafa la resta del dia per a fer encàrrecs. Quan obro la porta del despatx per marxar, la recepcionista em diu que el pacient acaba d'arribar.

Reflexió

Creieu que la professional de la psicologia del cas 12 reaccionaria de la mateixa forma si la situació li succeeix el mateix dia que la situació del cas 5?

Les nostres **experiències vitals** ens facilitaran comprendre millor les situacions viscudes pels progenitors i la nena/adolescent. A més de poder utilitzar les autorevelacions per a afavorir el vincle terapèutic. Com hem explicat, cal estar atents a la contratrànsferència.

Cas 13

Estem en la primera sessió amb una nena de dotze anys que ha sofert *bullying* a l'escola. La nena no en vol parlar. Portem una estona en silenci. La terapeuta li explica que en va sofrir a l'escola i que li respecta que no en vulgui parlar. S'apropa a la nena i li agafa la mà. La nena alça la vista, la mira amb sorpresa, li estreny la mà i comença a parlar.

Reflexió

Quines característiques i actituds de la taula 1 està aplicant la terapeuta?

Cas 14

La mateixa terapeuta del cas anterior (cas 13) està davant d'un noi de catorze anys a qui han enxampat fent *bullying* a nens més petits de vuit anys. Quan veu el noi li recorda molt el seu assetjador de l'escola...

Reflexió

- Creieu que la terapeuta es pot beneficiar de la seva experiència personal en aquest cas?
- Quines característiques de la taula 1 la podrien ajudar?
- És bona idea que reveli al noi la seva experiència?
- Creieu que en la primera sessió seria bona idea que la terapeuta fos assertiva amb el noi?

És imprescindible incloure al nen/adolescent en l'establiment dels objectius terapèutics i en la dinàmica de la teràpia, en la mesura que es pugui.

Ens cal la seva cooperació per a aconseguir el canvi. Cal negociar sobre les tasques a realitzar i els compromisos a adquirir. No obstant això, cal estar atents a no assumir el rol dels progenitors.

Cas 15

Acudeixen a la consulta una parella amb el seu fill d'onze anys. El nen presenta problemes de conducta. No tenen prou gravetat ni interfereixen en la vida diària per a poder parlar d'un trastorn del comportament. Els progenitors refereixen que s'enfada quan ha de fer

Decisions terapèutiques

Per a valorar fins a quin punt podem incloure la nena/adolescent en les decisions terapèutiques, hem de tenir en compte el seu nivell de desenvolupament i maduresa cognitiva i emocional.

alguna activitat que no vol, sobretot fer els deures en lloc de jugar a la Play. Quan no vol fer els deures i s'enfada, ells li expliquen que ha de fer els deures per a poder estudiar i aconseguir una bona feina més endavant. Com que la conversa i les rebequeries duren estona i ja és hora de sopar i anar a dormir, es posen a fer els deures amb ell. Li expliquen el que ha de fer i «l'ajuden» en les respostes per acabar abans. No hi ha cap conseqüència (ni càstigs ni retirada de premis). El nen cada dia fa activitats extraescolars i arriba tard a casa. A més, com que viuen en un poble, s'ha d'aixecar d'hora cada matí.

Després de fer el retorn de l'avaluació amb els progenitors, accedeixen a seguir el programa d'Escola de Pares que estem impartint. També assistiran a sessions terapèutiques individuals focalitzades en el seu cas. Durant el programa, un dels exercicis proposats consisteix a establir un contracte terapèutic amb el seu fill. En aquest cas, se centraria a establir acords sobre les tasques escolars. Durant la sessió individual els recordem que els ajudarem amb l'esborrany, però que ells l'hauran de consensuar amb el seu fill, a més de vetllar per l'acompliment dels acords presos. Els progenitors comenten que no ho sabran fer i que ho veuen molt complicat. Temen que el nen s'enfadi i després no vulgui fer els deures. «És un bon nen, només li costa fer els deures». Ens demanen que parlem nosaltres amb el nen i li indiquem les pautes del contracte ja que «segur que ho fareu molt millor que nosaltres i per això venim».

Reflexió

Com creieu que ha d'actuar el terapeuta en aquest cas? Penseu una resposta que tingui en compte algunes de les característiques de la taula 1.

Actuar de forma reflexiva també ens facilitarà transmetre una actitud tolerant, càlida i empàtica. Evitar la impaciència i les respostes impulsives o no prou meditades és un aspecte fonamental. També ens ajuda a no prendre decisions precipitades i a esperar a tenir tota la informació abans de prendre decisions terapèutiques. La **reflexivitat** és una característica bàsica a l'hora de resoldre problemes.

Reflexió

En el cas 2 creieu que el professional de la psicologia ha obrat amb reflexivitat a l'inici i al final de la sessió?

2.2. Habilitats comunicatives

El **vinde terapèutic** és un element clau de l'aliança terapèutica, juntament amb els objectius i les tasques terapèutiques.

Establir un vinde afectiu segur del terapeuta amb el nen/a o adolescent és l'objectiu principal del psicòleg infantojuvenil. És bàsic pel bon desenvolupament del procés terapèutic. No obstant això, cal tenir en compte que el nen/ noi no sol acudir a la intervenció per decisió pròpia sinó del pare/mare i que, a més, no ens coneix. El vinde s'ha de construir. L'acceptació, la confiança i la confidencialitat (bidireccionals) són alguns dels aspectes imprescindibles per a establir el vinde (Riquelme, Ortigosa i Méndez, 2014; Majoros i Postigo, 2018). Aconseguir un *rappor*t adequat és el primer pas en la seva construcció. El llenguatge i l'estil de la comunicació que utilitzem són bàsics per a establir-lo i per a mostrar les actituds terapèutiques desitjades (empatia, acceptació incondicional, compromís i autenticitat).

Una forma planera de definir el *rapport* és «estar en sintonia». És un element indispensable en tota relació terapèutica, ja que ens permet connectar amb l'altre en una relació de respecte i confiança mútues (Mohl, 2003).

En qualsevol tipus de conversa l'**escolta activa** és determinant per a fer saber a l'altre que estem per ell i que ens interessa el que ens diu. També ens permet saber què i quan preguntar. L'escolta activa implica mostrar a l'altre que, a més a més de rebre les informacions i processar-les, estem atents. Per això ens cal estar alerta tant al llenguatge verbal com no verbal, al propi i al de l'altre.

2.2.1. Habilitats en el llenguatge verbal

Hi ha diferents tècniques i habilitats que podem aplicar durant la intervenció psicològica i que es relacionen amb l'escolta activa, saber preguntar, etc. En les taules 3 i 4 trobareu algunes **tècniques verbals** tant de tipus directiu com no directiu. Les diferències principals entre ambdós tipus estan en el fet que en les **directives** els continguts que expressa el terapeuta es basen en el seu sistema de referència, en les hipòtesis elaborades pel psicòleg. Per contra, en les **no directives** les expressions del terapeuta es fonamenten en el sistema de creences i valors de l'altre, són menys estructurades i el grau de direcció del terapeuta sobre l'altre és molt menor. Escollir quina tècnica aplicar depèn del model terapèutic que seguim, del moment de la teràpia, de les característiques personals de l'altre i de les nostres habilitats, principalment (Roji i Cabestrero, 2018).

Taula 3. Tècniques d'intervenció verbal no directives

Tècnica	Objectiu
Clarificació: pregunta on demanem aclariments.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar si hem entès bé el que ens deia l'altre. • Promoure que l'altre elabori els continguts de què parlava.
Reflex: comunicació on expressem amb les nostres paraules i amb el llenguatge no verbal, el contingut emocional del missatge de l'altre (sentiments i emocions).	<ul style="list-style-type: none"> • Anima a l'altre a expressar els seus sentiments. • Eixampla la vivència dels seus propis sentiments. • Ajuda a l'altre a adonar-se dels seus sentiments més freqüents o dominants.
Paràfrasis: enunciat on repetim el contingut cognitiu del missatge de l'altre amb les nostres paraules.	<ul style="list-style-type: none"> • Centrar l'atenció de l'altre en el contingut del missatge. Ajuda a «ordenar les idees». • Centrar l'atenció en el contingut, en lloc dels aspectes emocionals. Evitem «desbordaments».
Resum: cognitiu o emocional. Inclou dues o més paràfrasis i/o reflexos. Pot recollir informació verbal i no verbal.	<ul style="list-style-type: none"> • Interrompre divagacions llargues. • Enllaçar diferents elements de diverses comunicacions de l'altre. • Identificar el missatge o tema comú de les comunicacions de l'altre. • Al finalitzar l'entrevista, etapa o un llarg parlament de l'altre, ens permet verificar la correcta comprensió. • Introduir un tema nou o tocat de refiló.
Autorevelació: el terapeuta comunica a l'altre una informació concreta d'ell mateix, en el moment oportú i conscientment.	<ul style="list-style-type: none"> • Afavoreix la col·laboració i una actitud oberta. • Augmenta les autorevelacions de l'altre. Modelatge. • Facilita percebre el terapeuta com a persona i no solament com «un expert». • Incideix sobre el possible canvi de l'altre.

Tècnica	Objectiu
Immediatesa: el terapeuta descriu en el moment que apareixen sentiments, observacions o problemes respecte a ell, l'altre o la seva relació. És una constatació limitada a l'aquí i ara.	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar <i>feedback</i> immediat sobre un instant concret. • Debatre amb l'altre sobre sentiments o problemes fins llavors implícits.

Font: B. Roji, i R. Cabestrero (2018). *Entrevistas y sugerencias indirectas: entrenamiento comunicativo para jóvenes psicoterapeutas*. Madrid: UNED.

Taula 4. Tècniques d'intervenció verbal directives

Tècnica	Objectiu
Sondeig: implica una pregunta oberta, directament focalitzada als problemes de l'altre.	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar l'entrevista. • Identificar el problema. • Instigar l'altre a comunicar o elaborar informació. • Afavorir que l'altre exposi les seves opinions o sentiments.
Confrontació: descrivim les contradiccions o incongruències de l'altre. Es refereix a una conducta concreta.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar les distorsions que emet normalment l'altre. • Promoure en l'altre percepcions alternatives de la mateixa situació.
Interpretació: oferim una explicació verbal diferent a la de l'altre, sobre el problema, conducta o actitud.	<ul style="list-style-type: none"> • Detectar i ensenyar les relacions entre missatges i conducta. • Analitzar la conducta de l'altre des d'un altre angle. Oferir una explicació alternativa. • Millorar la pròpia comprensió.
Instruccions: dirigim, indiquem o ensenyem com fer alguna cosa a l'altre. Ha d'incloure: indicar els objectius, exposar el procediment a seguir, especificar què cal fer i què evitar. Podem al·ludir a conductes, sentiments o idees.	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a l'altre la realització d'una conducta concreta. • Donar la informació a l'altre perquè pugui incorporar, suprimir o mantenir una conducta específica.
Enquadrament: volem que l'altre consideri una situació o fet des d'una altra perspectiva concreta. Enquadrem la situació terapèutica, descrivim les bases de la teràpia i exposem les característiques i objectius del tractament.	<ul style="list-style-type: none"> • Motivar l'entrevista o el tractament. • Ajudar a comprendre els objectius de la intervenció.
Afirmació de capacitat: verbalment exposem la capacitat de l'altre per a fer una tasca o activitat específica, després que l'altre ens hagi indicat el seu desig d'actuar.	<ul style="list-style-type: none"> • Animar l'altre quan li manca iniciativa o confiança. • Augmentar la perspectiva de l'altre de les pròpies capacitats o habilitats. • Destacar una acció beneficiosa per l'altre.
Informació: facilitem informació objectiva sobre fets, experiències, successos o persones.	<ul style="list-style-type: none"> • Descriure i valorar alternatives. • Eliminar falses creences o idees.

Font: Roji, B. i Cabestrero, R. (2018). *Entrevistas y sugerencias indirectas: entrenamiento comunicativo para jóvenes psicoterapeutas*. Madrid: UNED.

Cas 16

El pare i mare d'en Marc, la Lluïsa i en Pau, és el primer cop que acudeixen al psicòleg. Exposem un fragment de la primera sessió en què estem elaborant la història clínica i determinant el motiu de la visita.

(...)

Terapeuta: Lluïsa m'explicaves que en Marc sempre ha sigut un nen amb pors. A què tenia por?

Lluïsa: Sí, des de petit tenia un punt de llum a l'habitació i m'havia de quedar una estona al seu llit fins que s'adormís. L'any passat ja no m'havia de quedar amb ell, però des de fa 2 mesos ho he tornat a fer. M'ho demana.

Terapeuta: T'ho sol·licita?

Lluïsa: Bé, ara no m'ho demana. Els primers dies sí que m'ho demanava. Ara em quedo més tranquil·la si estic amb ell fins que s'adorm.

Terapeuta: Et sents millor?

Lluïsa: Quasi no el veig des que treballo a la nova feina. Així passo una mica d'estona amb ell.

Pau: A ella li agrada fer-ho ja que se sent culpable des que ha començat novament a treballar.

Lluïsa: No sé si he fet bé de tornar a treballar, en Marc em necessita tant.

Pau: Lluïsa, en Marc ja té set anys, no és un nen petit.

Sona el telèfon mòbil del pare. Contesta la trucada després de disculpar-se. Acaba de parlar i ens comenta que ha d'anar al despatx per una urgència. La Lluïsa i ell han de marxar, ja que han vingut amb el mateix cotxe.

Terapeuta: Bé, doncs continuarem el proper dia. Per tancar la sessió, si us sembla, faig una mica de resum ràpidament.

Si no ho he entès malament, en Marc no es vol quedar al menjador de l'escola a dinar. Fins ara dinava a casa, però des de fa uns mesos pels vostres horaris de feina, no pot dinar a casa i ha de dinar a l'escola. Des de llavors s'ha incrementat la por a la foscor. Por que té des de petit. És així?

Lluïsa: Sí.

Terapeuta: El proper dia en parlarem amb més detall de tot plegat, si us sembla. Penseu que necessitarem una mica de temps per a fer-ho, per si us cal organitzar-vos amb temps.

Reflexió

- Quines tècniques creus que ha aplicat el terapeuta de les exposades en les taules 3 i 4?
- Creus que utilitza prioritàriament tècniques directives o no directives? Ho fa per alguna raó?
- Què creus que pretén el terapeuta en el darrer fragment? Quines actituds i aptituds mostra de les treballades en l'apartat «Característiques, aptituds i actituds»?

Cas 17

Són les 4 de la tarda del primer dia de feina després de les vacances d'estiu. És el mes d'agost i fa molta calor. Estem en sessió amb un noi de disset anys. Acudeix perquè no vol continuar estudiant i no el motiva cap feina. Els seus progenitors no saben com gestionar la situació. És la tercera sessió d'intervenció que fem amb el noi.

Terapeuta: Què tal Josep com va tot? Fa un mes que no ens veiem. Res de nou?

Josep: No.

Terapeuta: No? Has fet alguna de les tasques que vam comentar?

Josep: No. No he tingut temps.

Terapeuta: No has tingut temps en tot un mes? Vols dir que no exageres?

Josep: He fet vacances.

Terapeuta: Vacances! I com han anat?

Al terapeuta se li escapa un badall...

Josep: Bé, he sortit alguns dies amb els amics i vam anar a bla bla bla ... i ...mare bla bla bla em va castigar...però després vaig sortir igual.

(«bla bla bla» indica que el terapeuta no capta el contingut de la conversa).

Terapeuta: La mare et va castigar?

Josep: Ja t'he dit que va ser el pare, és que no m'escoltes?

Terapeuta: I tu a mi? Fas el que et comento?

Reflexió

- Quines actituds i característiques no mostra el terapeuta de les exposades en la taula 1?
- En aquest fragment, què transmet el terapeuta al noi?
- El terapeuta utilitza correctament la tècnica de la confrontació?
- Quines emocions creieu que pot sentir el terapeuta? I el noi?
- Reformula el text per a transmetre al noi l'escolta activa del terapeuta.

Cas 18

La Mireia presenta TDAH combinat. Té onze anys. Acudeix a la consulta amb els seus progenitors derivada de l'escola per a millorar el rendiment acadèmic, les funcions executives i l'autoestima. Ja portem fetes unes quantes sessions amb la nena. Avui la Mireia treballarà l'atenció dividida i les autoinstruccions. Sabem que li costa mantenir aquest tipus d'atenció.

Mireia: Estic contenta perquè ahir em van donar l'examen de medi i vaig treure un 8! Els pares m'han felicitat i també la meua tutora. Què farem avui?

La Mireia somriu.

Terapeuta: Estàs molt contenta.

La Mireia somriu.

Terapeuta: T'has esforçat i has tret un 8, oi?

Mireia: Sí, he treballat molt.

Terapeuta: Te l'has guanyat.

Terapeuta: Avui farem un exercici aplicant la tècnica d'autoinstruccions, aquella dels dibuixos que vas fer. Recordes?

Mireia: Ah sí, la dels passos! Ja la faig molt bé.

Li dono la fitxa i la Mireia comença a treballar.

La Mireia porta una estona movent-se més al seient i estrenyent els llavis.

Terapeuta: Va bé l'exercici Mireia?

Mireia: Sí.

Terapeuta: Segur? T'estàs movent molt i estrenys els llavis, com quan estàs neguitosa.

Mireia: Sí, em costa una mica.

Terapeuta: Ja saps que ho pots fer bé. Recordes què fem quan et poses nerviosa? Quan et mous i estrenys els llavis?

Mireia: Sí, he de...

Reflexió

- En aquest cas el terapeuta ha utilitzat adequadament la confrontació?
- Si fos la segona sessió a la qual acudia la Mireia haguessis utilitzat la confrontació?

- S'utilitza alguna altra/es tècnica/ques de les taules 3 i 4 en el fragment?
- En el fragment de la sessió es reflecteix l'escolta activa i saber preguntar?

Cas 19

Hem fet una avaluació a un noi de disset anys, en Josep, que havia acabat 1r. de batxillerat, per a orientar-lo a escollir la professió. Aquest curs va aprovar molt just la majoria de les assignatures i dues les va superar al setembre. En l'avaluació s'objectiva la manca d'hàbits i de tècniques d'estudi, i també un estil educatiu permissiu per part dels pares, sobretot en temes escolars. En l'entrevista de devolució hem explicat al pare/mare i al noi els seus punts forts i febles, i ho hem relacionat amb els estudis que li interessien. Per a millorar el seu rendiment acadèmic els recomanem sessions per treballar hàbits i tècniques d'estudi, i sessions als progenitors per treballar tècniques de modificació de la conducta (reforçadors, conseqüències, contracte conductual, etc.). Es pretén que millori la mitjana del batxillerat. Acordem que s'ho pensaran i em diran si volen seguir el tractament proposat.

La setmana següent la mare (Marta) em comunica que volen seguir el tractament i li dono hora per al fill.

Al dia següent de la conversa amb la mare, em truca per telèfon fora d'hores de visita, tota amoïnada i nerviosa perquè el seu marit no vol que el seu fill faci el tractament ja que «no li cal». Explica que el va agafar «en un mal moment» i afegeix que vol que el seu marit (Paco) vingui a parlar amb mi perquè jo «el convenci», que li expliqui el perquè de la intervenció. S'han discutit «com sempre» i li ha comentat que «faci el que ella vulgui».

Coneixem la mare des de fa dos mesos, ja que acudeix a un grup d'educació emocional dins l'Escola de Pares que fem al centre. Acudeix sola al grup.

Reflexió

Tot seguit t'ofereixo tres possibles actuacions del psicòleg infantojuvenil en aquesta situació. Indica quina creus que és l'opció més adequada de les tres. Així mateix, anota les actituds, aptituds i habilitats del terapeuta que apareixen en els fragments i quines clarament no es tenen en compte.

Opció A

Terapeuta: No t'amoïnis Marta, et dono hora i parlo amb ell per a explicar-li, ja que és important que vingui. Us va bé el dia 2 a les 12 h?

Opció B

Terapeuta: Ho sento Marta, però és un tema que heu de parlar els dos, ja li vaig explicar el dia de la sessió i té la informació necessària. És ell qui hauria de trucar-me per a demanar l'hora, no tu. Crec que el millor és que en parlis amb ell en un moment de tranquil·litat i si vol venir m'ho diu.

Opció C

Terapeuta: Fem una cosa Marta, perquè pugui entendre millor la situació i ajudar-te, m'expliques la situació, com va anar?

Marta: Bé, sé que no era un bon moment...ell acabava d'arribar cansat de la feina i no feia bona cara. Tot just s'asseia al sofà.

Terapeuta: No feia bona cara?

Marta: No, se'l veia enfadat. Es queixava de no sé què. Llavors li vaig dir que el dilluns aniria amb en Josep a la psicòloga i li vaig preguntar que quan li aniria bé que hi anéssim els dos. Em va contestar enfadat que en Josep no calia que anés al psicòleg, ja que havia tret bons resultats al test, que faria el que jo volia «com sempre» i va marxar del menjador. No hem parlat més del tema. Estic molt enfada amb ell.

Terapeuta: A veure si he entès bé la situació Marta. Si he fet una bona «foto». En Paco estava «enfadat» i tu li vas dir que en Josep tenia data de visita i li vas preguntar quan li anava bé per a anar a la visita amb tu. Vau discutir i vau acabar els dos enfadats. Ho he entès bé?

Marta: Sí, encara estic enfadada.

Terapeuta: Marta, vau parlar els dos de si volíeu seguir o no el tractament?

Marta: No, no li vaig preguntar què li semblava... no em vam parlar, li vaig dir quan jo ja havia fet les gestions.

Terapeuta: És a dir, vas donar per fet que faríeu el tractament i vas actuar. Pot ser que per això et digués «que fas sempre el que vols», les paraules que et van doldre tant? Pot ser que ell ho interpreti com que no el tens en compte, que no t'importa la seva opinió?

Marta: Podria ser, però jo no ho feia per això. Volia començar ja perquè no perdi més temps d'estudi el Josep, ara que ha començat el curs.

Terapeuta: No heu pres cap decisió conjunta, doncs?

Marta: No, no ho hem fet. N'hauríem de parlar. Potser divendres que no treballa a la tarda seria un bon moment. Ja en parlaré amb ell però tu també li has d'explicar el perquè, perquè ell ho entengui.

Terapeuta: Marta, recordes el dia que vam fer la devolució, quan us vaig donar els resultats? Vaig explicar-vos als tres la necessitat de treballar els hàbits i tècniques d'estudi. Si recordes vam parlar de les notes que havia tret en Josep, en Paco va dir tal cosa i en Josep en va dir tal altra. És a dir, ells van participar en la conversa i van entendre el missatge. Després, us vaig comentar com el podíeu ajudar a motivar-se i autoregular-se a l'hora d'estudiar mitjançant reforçadors i establint un contracte. Vaig recalcar que això forma part del treball del psicòleg amb els progenitors. Just abans d'això en Paco va afirmar que en Josep ho podia fer sol. Llavors li vaig preguntar quins resultats obtenia en Josep amb el seu sistema d'estudi actual, si aquests resultats eren els desitjables, si li permetien escollir la carrera, etc. Després vaig exposar en què es podria beneficiar en Josep si seguia la intervenció. Finalment us vaig demanar que penséssiu i parléssiu de si volíeu seguir el tractament.

Marta, creus que hi ha algun aspecte que em vaig deixar d'exposar al Paco?

Marta: No, està tot explicat.

Terapeuta: Llavors, la meua intervenció d'entrada és necessària?

Marta: No.

Terapeuta: Si ell no té dubtes i no ha demanat espontàniament de tornar a parlar amb mi, com reaccionarà si li dius que hem de parlar?

Marta: No li agradarà. Potser és millor que parli jo amb ell i no dir-li res de parlar amb tu.

Terapeuta: Ja saps que parlar sobre seguir o no el tractament us pertoca a vosaltres. Jo només us puc resoldre dubtes i ja saps que podem quedar quan calgui. Jo puc ajudar en Josep ensenyant-li hàbits i tècniques d'estudi, i a vosaltres ensenyant-vos estratègies per a motivar-lo a estudiar i com establir límits. No n'hi ha prou amb treballar només amb en Josep, ja que cal treballar amb reforçadors i altres tècniques conductuals per a aconseguir millorar les notes.

Sobretot recorda que en Paco té un altre punt de vista i que heu de parlar dels dos punts de vista per a poder prendre una decisió conjunta. Pensa que, perquè les tècniques de modificació de la conducta funcionin, els dos progenitors han d'anar a l'una i estar convençuts. Si un dels dos no ho està, és millor no començar. Si ell no ho veu clar, és millor saber-ho i respectar-ho.

Marta: D'acord. Parlo amb ell i et dic alguna cosa. Gràcies

2.2.2. Habilitats en el llenguatge no verbal

A més a més de les tècniques verbals, el psicòleg també ha de disposar d'**habilitats en llenguatge no verbal**. És un altre aspecte que contribueix a establir el *rapport* i el vincle afectiu, i que ens guia durant la intervenció. Per mitjà de l'observació del llenguatge verbal i no verbal de l'altre i de nosaltres

mateixos, podem ajustar el nostre llenguatge corporal al de l'altre afavorint el que pretenem aconseguir en cada moment de la sessió. També ens permet obtenir informació sobre l'altre i el problema.

El llenguatge no verbal, a observar tant de nosaltres com de l'altre, inclou:

- **Moviments corporals:** gestos, expressions facials, contacte ocular i postura.
- **Paralingüística:** calidesa de la veu, to de veu, vocalitzacions, silencis, velocitat de la parla, etc.
- **Conductes proxèmiques:** distància interpersonal, com disposem una estança, forma d'asseure's, etc.

Per mitjà del llenguatge no verbal podem indicar: ansietat, tristesa, felicitat, avorriment, cansament, atenció, preocupació, incertesa, tensió, relaxació, ganes de parlar, agressivitat, frustració, rigidesa, evitació, vergonya, alegria, sorpresa, impaciència, por, etc. (Roji i Cabestrero, 2018).

Reflexió

En els casos següents podeu trobar algunes de les possibles manifestacions emocionals. Les podeu identificar?

Cas 20

Estem en una sessió d'intervenció amb l'Oriol, de set anys. Portem 30 minuts de sessió. L'Oriol comença a moure's a la cadira. Comença a estar neguitós. Continuem amb l'exercici però al cap de 5 minuts es mou molt més. Parem l'exercici i li preguntem si li passa res.

El nen contesta que ha d'anar al bany.

Reflexió

- Pensaves que l'Oriol tenia un TDAH? No tenim suficient informació per a saber què li passa. Ens cal observar i estar atents tant al llenguatge verbal com no verbal.
- Què hauria pogut passar si el psicòleg no hagués observat el nen i no hagués interromput l'exercici? Hagués afavorit a la creació del vincle terapèutic?

Cas 21

En Lluç te setze anys i és el primer cop que acudeix a una consulta psicològica. Quan li pregunto el motiu de la visita em diu «perquè els meus pares m'han portat» i calla. Portem deu minuts en silenci... S'escolta el soroll de l'ordinador i el xiu xiu del rellotge. El despatx està molt silenciós.

Estem asseguts davant d'en Lluç. En Lluç està assegut a la punta del seient amb una postura tensa, els braços creuats sobre el pit i amb una expressió molt seriosa. S'ha assegut a la cadira més llunyana a nosaltres i més a prop de la porta.

Reflexió

- Quin missatge ens transmet el llenguatge no verbal d'en Lluç?
- Demanaries al Lluç que s'assegués més a prop?

- Com et sentiries en aquesta situació? Podries sostenir el silenci? Quins pensaments, distorsions cognitives, et podrien passar pel cap sobre la teva actuació professional?

Cas 22

En Gerard, el psicòleg, està en sessió amb l'Ester de catorze anys. Ell està assegut darrera la taula amb els braços creuats, expressió seriosa i movent el cap d'esquerra a dreta.

Reflexió

- De les interpretacions següents has d'escollir les que creus que transmet el psicòleg a l'Ester, i indicar en quin fragment del text ho detectes: desaprovació, preocupació, proximitat, comoditat i atenció.
- Creus que es podria tractar de la primera visita?

Cas 23

En un moment donat de la sessió en Gerard s'inclina cap endavant, mira als ulls a la Marta (pacient de vuit anys) i somriu.

Reflexió

- De les interpretacions següents has d'escollir les que creus que transmet el psicòleg a la Marta i indicar en quin fragment del text ho detectes: desaprovació, preocupació, proximitat, comoditat i atenció.
- Creieu que es podria tractar de la primera visita?

Cas 24

En Gerard està en sessió amb en Pol de disset anys. En Pol està assegut a la cadira amb les cames creuades. Les seves mans descansen sobre els braços de la cadira. No s'observa tensió muscular, mira als ulls al Gerard, assenteix amb el cap i somriu. Queden poques sessions per l'alta. En Gerard «adopta» la mateixa postura que en Pol de cames i mans a la cadira.

Reflexió

- Què expressa el llenguatge corporal d'en Pol?
- Com creus que repercuteix aquesta «imitació de la postura de l'altre» en aquesta interacció? La facilita o la perjudica?
- La imitació provocaria el mateix efecte en la interacció, si l'altre presentés símptomes de psicosi? La recomanaries d'aplicar?

Cas 25

La Maria de tretze anys acudeix al psicòleg per *bullying* a l'institut. Els seus pares i l'escola han respost ràpidament a la situació, recolzant-la i protegint-la. S'han pres mesures cap a la seva agressora (la Sandra). És la segona sessió que realitza amb la Noemí (la psicòloga). La Maria comença a explicar-li una situació que va succeir al pati de l'escola. És el primer cop que parla del fet.

Maria: Quan em vaig quedar sola, la Sandra em va donar una empenta cap a la paret. No em deixava passar per la porta. Em deia que era un gosset i que si no li llepava les sabates no em deixaria passar.

Terapeuta: mm-hmm

Maria: No sabia què fer. No podia cridar, no em sortia la veu.

La veu de la Maria era tremolosa i fluixa. Amb el cap baix. Tot just es podia sentir.

La Noemí (terapeuta) mou el tronc cap endavant i s'inclina cap a la Maria. Observa com reacciona. La Maria no s'aparta.

Maria: Em deia que bordés i quan ho feia em demanava que ho fes més alt. Després em va demanar que em posés de quatre grapes.

La Maria comença a plorar.

La Noemí toca l'espatlla de la Maria. Aquesta no s'aparta, s'apropa a la Noemí. Llavors la Noemí l'abraça.

Reflexió

- Què comunica la Noemí a la nena en el fragment?
- Hauria pogut comunicar el mateix amb llenguatge verbal, què en penses?

Cas 26

En Pere té dotze anys. Acudeix a teràpia per a millorar la gestió de les emocions, especialment la tolerància a la frustració i la tendència a enfadar-se. No presenta un trastorn de conducta.

Terapeuta: Hola Pere.

Pere: Hola.

En Pere es deixa caure assegut a la butaca, fent un esbufec.

El terapeuta mira als ulls al Pere i li somriu.

Terapeuta: En vols parlar?

Pere: Per què? Sempre és igual, no importa el que jo digui, ell sempre té la raó.

Terapeuta: Se't veu enfadat.

Pere: No és per a menys!

En Pere ho diu cridant i arrufant el nas.

Terapeuta: Et puc ajudar?

El terapeuta li diu amb un to de veu suau i calmat.

Pere: No tinc ganes de parlar-ne. És que no hi ha dret!

En Pere continua cridant.

En Pere s'aixeca de la butaca i comença a caminar pel despatx ràpidament.

El psicòleg no li diu res, amb la mirada l'acompanya per la sala i continua assegut. En Pere comença a parlar mentre camina.

Pere: Estàvem a la cuina sopant i perquè vaig jugar a la taula amb el mòbil, em va castigar sense mòbil dues setmanes. No és just! Jo ja havia acabat de sopar i era divendres!

En Pere s'asseu a la butaca i mira cap al terra.

Terapeuta: Pere? Estàs millor?

En Pere diu que sí amb el cap.

Terapeuta: Ja que no en vols parlar ho deixarem de banda i parlarem de la resta de la setmana. Et sembla bé?

Pere: Sí.

Terapeuta: Deixant de banda el que em comentaves, com ha anat la setmana? Has pogut aplicar el que vam practicar de tècniques de relaxació?

Pere: Bé, he practicat cada dia com vam quedar, tret del dissabte. No en vaig tenir ganes.

En Pere parla amb un to de veu normal, sense anar ràpid i mirant als ulls al terapeuta.

Terapeuta: Està bé que t'adonis que no en tenies ganes i que ho diguis.

Recordes el que vam treballar fa unes setmanes sobre ser assertiu i honest amb un mateix? Aquest és un bon exemple. Molt bé.

En Pere somriu i desencreua les cames.

Terapeuta: A tots ens passa algun dia que no tenim ganes de fer alguna cosa. Dissabte passat no vaig anar a natació. Vaig veure que plovia i em va fer molta mandra, em vaig quedar una mica més al llit. Això sí, no he fet campana cap altre dia.

En Pere mira al terapeuta amb els ulls més oberts i la boca mig oberta per la sorpresa. El terapeuta somriu.

Terapeuta: Pere, tornant a l'exercici de relaxació, t'ha costat de fer alguna part concreta de l'activitat? Has tingut algun problema?

Pere: No, el vídeo ho explicava molt clar. L'únic que em costava era fer-ho al mateix temps, res més.

Terapeuta: No t'amoïnis per això, no cal que ho facis igual de ràpid. A mesura que ho facis et sortirà més fàcilment i acabaràs no necessitant el vídeo. Continua així.

Pere, vols que ara parlem del que ha passat amb el pare? Igual et puc ajudar.

Pere: D'acord.

En Pere esbufega una mica i s'asseu més recte a la butaca.

Terapeuta: Abans em deies que t'havien castigat per utilitzar el mòbil a la taula. És així?

Pere: Sí.

En Pere té els braços creuats.

Terapeuta: També em deies que creies que el càstig no era just, oi?

En Pere diu que no amb el cap i mira cap al terra.

Terapeuta: Pere ara que ja no et domina l'empipada, perquè l'has gestionat, vols afegir-hi res més?

Pere: Bé, és veritat que no vaig fer cas al pare.

Terapeuta: Està molt bé que ho vegis i ho diguis Pere. En què no li vas fer cas?

Pere: M'havia avisat que si continuava amb el mòbil em castigaria.

En Pere mira als ulls al terapeuta i desencreua els braços.

Terapeuta: Pere, recordes que vam parlar de dir-nos la veritat?

En Pere diu que sí amb el cap.

Terapeuta: Em sembla que et deixes una part important. El tema del mòbil a la taula i el càstig el vas parlar quan vas fer el contracte fa dues setmanes. Si no recordo malament tu vas acceptar el contracte, oi?

En Pere mira cap al terra i estreny la mà al braç de la butaca.

Pere: Sí, tens raó però el pare m'ho va dir de mala manera!

Terapeuta: Doncs llavors entenc que et sabés greu. Per això et vas enfadar?

En Pere deixa el braç de la butaca.

Pere: Estava enfadat perquè em va cridar i no em deixava jugar.

Terapeuta: Gràcies per dir-m'ho Pere. Et puc comentar una cosa sobre el teu pare?

Pere: Sí

En Pere arrufa el nas i s'asseu més al fons de la butaca, em mira directament als ulls.

Terapeuta: Crec que el teu pare et va contestar enfadat perquè no li agrada castigar-te. T'havia avisat i ja no sabia què podia fer perquè li fessis cas en lloc de castigar-te. No li va quedar més opció que castigar-te. A ell no el fa sentir bé això, encara que ho haguessis acordat.

En Pere posa cara de sorpresa. El terapeuta somriu al Pere i en Pere li torna el somriure.

Reflexió

- Pots identificar les emocions que es descriuen en el llenguatge no verbal del terapeuta i en el del nen al llarg del text?
- Quines tècniques verbals de les descrites en les taules 3 i 4 observes en el text?

Vegeu també

Trobareu les taules 3 i 4 a l'apartat «Habilitats en el llenguatge verbal».

Cas 27

Estem en sessió amb els pares i el seu fill, Victor, de setze anys. El Victor estreny els llavis i arrufa el nas quan escolta la veu del seu pare. Gesticula poc i els seus braços i cames estan rígids. Està callat. Mira de reüll al seu pare i comença a retòrcer els dits, mentre el pare va parlant. La mare callada mira cap al terra, té els ulls humits i es veu ullerada.

Reflexió

El llenguatge no verbal d'en Victor, què ens està indicant? I el de la mare?

La sessió continua. La mare d'en Victor trenca a plorar quan escolta el que diu el seu marit. En Victor es mou al seient i s'agafa amb força als braços de la cadira. Mira directament als ulls al seu pare i...

Reflexió

El llenguatge no verbal d'en Victor que acabem d'exposar és congruent amb el del fragment anterior o s'han produït canvis?

Tot seguit teniu el llenguatge verbal i no verbal del pare en els fragments descrits.

El pare diu que han vingut perquè ja no sap què fer amb en Victor. Ho han provat tot i no ha funcionat. Afirma que el seu fill és un gandul, ja que no estudia ni treballa. «A la seva edat jo ja treballava. El faré treballar a una fàbrica i ja veurà...s'ha acabat la bicoca». Durant la conversa el pare va pujant el to de veu i parla més ràpid. És un to de veu sec i contundent. Gairebé tota l'estona mira al psicòleg quan parla, únicament mira un moment al seu fill (quan diu que és un gandul). Els seus ulls llavors estan molt oberts, miren fixament al fill sense parpellejar i estreny els llavis.

Reflexió

- Quines emocions expressa el llenguatge no verbal del pare?
- El llenguatge no verbal del pare està en consonància amb el seu llenguatge verbal?
- Creus que el llenguatge no verbal i verbal del pare contribueix al llenguatge no verbal d'en Victor? I al de la seva mare?
- Sents «simpatia» pel pare? Com va la teva acceptació incondicional cap al pare?
- Podem fer alguna interpretació sobre el cas? Quina faries?

Tot seguit continuem proporcionant més informació sobre aquest cas.

En Victor acudia a la consulta «obligat» pel seu pare per consum abusiu de «maria» i simptomatologia important de trastorn de conducta. Destacava la seva manca de consciència de malaltia i de motivació pel canvi.

La seva mare rebia tractament psicològic i farmacològic per un trastorn ansios-depressiu. El seu pare era camioner i estava molts dies fora de casa. El pare havia consumit ocasionalment «maria» a l'edat d'en Victor. Quan va enxampar el Victor consumint no el va

castigar, sinó que va fumar amb ell. Ara se sent culpable per no haver actuat diferent, se sent impotent per no poder ajudar el Victor i la seva dona. Actua fent el que creu que hauria fet el seu pare.

Reflexió

- Tens la mateixa valoració-opinió sobre el pare? I sobre en Victor?
- Què en penses de la interpretació que has fet abans del cas?
- Quines emocions et sorgeixen després de llegir el text anterior?

Recordeu d'estar atents al que sentiu per a evitar que us interfereixin en les vostres interpretacions i a l'hora d'actuar en la intervenció. Cal estar atents tant al nostre llenguatge verbal com no verbal.

Proseguim amb el cas. Reescrivim el fragment en què parlem del llenguatge verbal i no verbal del pare. Imaginem que en lloc del descrit, fos el següent:

El pare diu que han vingut perquè ja no sap què fer amb en Victor. Ho han provat tot i no ha funcionat. Afirmar que el seu fill és un gandul, ja que no estudia ni treballa. «A la seva edat jo ja treballava. El faré treballar a una fàbrica i ja veurà...s'ha acabat la bicoca». Durant la conversa el pare parla amb veu baixa i a poc a poc. Quasi bé tota l'estona mira al terra, únicament mira un moment al seu fill i de seguida desvia la mirada.

Reflexió

- Quines emocions transmet el pare amb el llenguatge no verbal?
- Quines emocions transmet el pare amb el llenguatge verbal?
- Els missatges verbal i no verbal que el pare transmet al Victor són congruents?
- En aquest cas, quina informació consideres més rellevant, la del missatge verbal o la del no verbal, o ambdues?
- En aquesta nova situació, si en Victor mostra el llenguatge no verbal descrit anteriorment, fas la mateixa interpretació sobre les causes del seu llenguatge que en el cas anterior?

2.2.3. El diàleg terapèutic

En les sessions amb les famílies, nen/adolescent, pares i mestres és especialment important que estiguem atents a com es comuniquen entre ells i com ho fan amb nosaltres. Cal observar tant el llenguatge verbal com el no verbal de cadascun d'aquests, a més del nostre. Fer-ho ens ajudarà a saber com ens hem de dirigir a ells, quines resistències presenten i què cal evitar i reconduir.

En el llenguatge verbal us recomanem estar atents als errors que teniu en la taula 5, atès que generen ràbia i altres emocions que no ajuden a fer un front comú en la intervenció. Aquests errors són molt freqüents en qualsevol tipus de diàleg, per tant ens cal estar atents a la seva aparició per a redirigir subtilment la conversa quan calgui. Recordeu que no es tracta de fer teràpia de parella als pares ni intervenció psicològica als mestres, ja que no l'han sol·licitat.

Es tracta d'estar alerta a les seves comunicacions per a evitar els efectes no desitjables que interfereixen en el/s nostre/s objectiu/s terapèutic/s. A vegades, fins i tot, pot ser molt recomanable explicar-los tot el que pot provocar en l'altre la nostra forma d'expressar-nos. Penseu que l'origen d'aquests errors està en la forma de comunicació i no en una intenció conscient i premeditada de l'emissor. Generalment aquests errors sorgeixen, en paraules de Nardone (2006) «de las mejores intenciones» (p. 36). A més, el fet de no deixar expressar l'altre i veure les pròpies idees com veritats absolutes i correctes contribueixen a les formes de comunicació disfuncional, obstaculitzen els dialogants a descobrir conjuntament els punts en comú i a trobar un acord (Nardone, 2006).

Taula 5. Alguns errors a evitar en un diàleg i les seves conseqüències en l'altre

Errors a evitar en un diàleg	Conseqüències en els altres
Puntualitzar: l'emissor estudia i debat des de la raó les sensacions i emocions. Forma de control de la relació.	Ràbia i ganes d'incomplir les normes o portar la contrària a l'altre.
Recriminar: l'emissor puntualitza sobre les «culpes» de l'altre per a «aclarir-ho».	Sensació de judici i condemna que porta a una reacció de rebel·lia, a sentir rebuig emocional i ràbia. La culpa no és nostra sinó de l'altre i apareix l'anhel de fugir o atacar.
Tirar en cara: l'emissor assumeix el paper de víctima i utilitza el seu sofriment perquè l'altre modifiqui el que l'ha ocasionat.	Agreuja el que vol corregir. Provoca intensa ràbia, rebuig o atac.
Sermonejar: l'emissor indica el que moralment és just o no i, en funció d'aquestes indicacions, analitza criticant el comportament dels altres.	Voler infringir les normes indicades en el sermó.
«T'ho vaig dir»: l'emissor fa saber a l'altre l'error que ha comès perquè no l'ha escoltat.	Immediatament comporta en l'altre provocació, ràbia i desqualificació.
«Ho faig només per tu»: l'emissor reclama a l'altre un sacrifici que ha fet sense que li hagin demanat. L'emissor mostra necessitat de ser reconegut i recompensat. Fa sentir a l'altre en deute, «l'obliga» a rebre una cosa no demanada i a mostrar agraïment.	Ràbia. Ingratitud.
«Ja ho faig jo»: l'emissor substitueix amb cortesia l'altre en una tasca.	Desqualifica les capacitats de l'altre.
Retreure: l'emissor felicita a l'altre i també li indica que ho hauria pogut fer millor, que no és suficient.	Ràbia i allunyament.

Font: Nardone, G. (2006). *Corrígeme si me equivoco. Estrategias de diálogo en la pareja*. Barcelona: Herder.

Com podem fer front a aquests errors?

Mitjançant l'aplicació de les habilitats comunicatives i terapèutiques adquirides pel professional de la psicologia. Un clar exemple del paper imprescindible de la comunicació en la intervenció terapèutica el trobem en el diàleg estratègic del grup de Palo Alto i en la teràpia breu estratègica de Nardone, en què la comunicació mitjançant el diàleg és l'element clau de l'actuació del psicòleg des del primer moment en què el pacient/client acudeix a ell.

Aquesta proposta de diàleg estratègic inclou una seqüència de passos protocol·litzada (Nardone, 2006) en què recorre a les preguntes amb il·lusió d'alternatives, a les paràfrasis reestructurants, a evocar sensacions i a actuar abans que pensar. Aquestes són estratègies habituals en la teràpia breu estra-

tègica (Nardone i Salvini, 2011) i que comporten evitar fets com la resistència de l'altre, eludir l'enfrontament i afavorir les ganes de dialogar i col·laborar (taula 6). Fets tots ells desitjats i buscats en la intervenció psicològica. Per tant, encara que no aplicarem pròpiament la teràpia breu estratègica ni els seus protocols, ja que requereix una formació, entrenament i supervisió específica, el model ens proporciona estratègies comunicatives pel diàleg terapèutic força útils. Tot seguit n'exposem algunes. Les podeu comparar amb el contingut de les taules 3 i 4?

Taula 6. Alguns elements del diàleg estratègic

Preguntar abans que afirmar	Demandar confirmació abans de sentenciar
<p>Recorre a formular preguntes que inclouen diferents alternatives de respostes. En lloc d'afirmar el que nosaltres creiem, demanem ajuda a l'altre per mitjà de les preguntes, mentre el dirigim i s'autopersuadeix. Això permet crear una actitud de col·laboració i comprensió envers la situació. Evita la resistència de l'altre i l'enfrontament, i afavoreix les ganes de dialogar.</p>	<p>Consisteix a parafrasejar el contingut de les respostes. Permet consolidar i establir un acord del que s'ha descobert conjuntament fins ara. Fomenta la col·laboració de l'altre. Per exemple, «corregeix-me si m'equivoco, del que m'has dit em sembla que...» Les parafrasis també afavoreixen descriure i planificar els passos per a arribar a l'objectiu.</p>
Evocar abans d'explicar	Actuar abans que pensar
<p>Implica evocar sensacions i emocions intenses en lloc de recorre a arguments racionals i lògics. Permet persuadir i induir certes sensacions que provocaran les reaccions que busquem. Afavoreix la comprensió i justifica les reaccions emocionals, augmenta la motivació per a superar el problema.</p>	<p>No n'hi ha prou amb comprendre el problema i saber què cal fer, hem de poder actuar d'una altra forma per a aconseguir el canvi.</p>

Font: Nardone, G. (2006). *Corrigeme si me equivoco. Estrategias de diálogo en la pareja*. Barcelona: Herder.

Cas 28

La Marta i en Lluís són els pares de l'Eric, de vuit anys. Els pares han anat per primer cop a la psicòloga ja que l'Eric mostra dificultats per fer les seves tasques a casa (endreçar l'habitació, parar taula, etc.) i no saben com actuar. A continuació exposem un fragment del diàleg dels pares i la psicòloga en què trobareu diferents errors en la comunicació i com la psicòloga «fabrica» un diàleg constructiu. Recordeu que no estem aplicant el mètode del diàleg estratègic ni el seu protocol.

(...)

Marta: Sempre acabo jo fregant els plats i endreçant la cuina per cansada que estigui o l'hora que sigui.

Psicòloga a Marta: Creus que en Lluís no vol fregar els plats o que ho vol fer i es despista amb altres coses?

Marta: No crec que no ho vulgui fer sinó que no s'organitza el temps i llavors no ho fa i em toca a mi.

Lluís: Marta, recordes ahir a la nit? Em vaig posar a rentar els plats, llavors vas arribar tu a casa, em vas dir que ja ho faries tu i no em vas deixar acabar.

Psicòloga a Lluís: Lluís, creus que la Marta va actuar així perquè no et té en consideració o perquè es va molestar quan va veure que no ho feies com a ella li agrada?

Lluís: Crec que sí que em té en consideració, però jo no ho feia com ella volia.

Marta: Lluís, estaves fent anar el raspall de fregar les olles en lloc del dels plats. Segons l'article de l'organització de consumidors del mes de gener, el fet d'utilitzar un fregall amb materials metàl·lics fa que gastem a l'any un 25% més de raspalls. Aquest fet contribueix al canvi climàtic i produeix un desgast innecessari als plats del 2%, desapareixent

gradualment el seu dibuix, per la qual cosa els hem de llençar abans d'hora, ja que no es veuen bonics i novament contribuïm al canvi climàtic.

Psicòloga: Marta si ho he entès bé, ja em corregiràs si m'equivoco, comentes que estàs preocupada pel medi ambient i que la teva forma de no contribuir a augmentar el canvi climàtic és no llençant coses que no calen. Per això vigiles a l'hora de rentar els plats amb els fregalls i els plats. És així?

Marta: Sí.

Psicòloga: Llavors quan no vas deixar acabar de rentar els plats al Lluís vas actuar moguda pel desig de no contribuir al canvi climàtic o perquè tu ho fas millor?

Marta: És una preocupació de tots dos no contribuir a l'emergència climàtica. No vaig pensar en qui els frega millor.

Lluís: Sí, als dos ens preocupa molt l'emergència climàtica. No vaig pensar en el fet que utilitzar un fregall o l'altre repercutís tant en el medi ambient.

Marta: Ja sé que no hi vas pensar, per això em vaig posar a fregar. Segurament vaig ser brusca, arribava de la feina i havia tingut un dia dur.

Psicòloga a Lluís: Llavors, si no ho entès malament, la Marta acabava d'arribar feta pols de la feina a casa i es troba amb feina per acabar que no era responsabilitat exclusiva d'ella. És així?

Lluís: Sí, era jo qui havia de fregar aquell dia i m'havia encantat mirant el correu.

Psicòloga a Marta: Llavors quan vas veure que estava fregant, vas tractar al Lluís com si fos un servent, a qui pots esbrincar perquè no t'havia fet cas. És així?

Marta: Sí, em sap greu Lluís.

Lluís: Què et sembla si d'ara en endavant fem un horari de la distribució de les tasques de casa i el posem a la nevera? També puc posar etiquetes als fregalls per a saber de què són. Com ho veus?

Marta: Has tingut una molt bona idea. Quan arribem a casa ens posem a fer-ho tots dos.

Reflexió

- Identifica els errors comunicatius que hi ha en el text.
- Nombra les estratègies que utilitza la psicòloga en el fragment.
- Pots completar el text amb el llenguatge no verbal que esperaries de cada personatge al llarg del fragment?
- De les estratègies explicades en la taula 4, n'utilitzaries alguna per afegir o canviar el diàleg del psicòleg?

Al llegir el fragment poder heu pensat que és més propi de la teràpia de parella que de la psicologia infantojuvenil. El que succeeix és que les situacions problemàtiques amb els fills/es repercuteixen en la parella i a l'inrevés, les dificultats de la parella es projecten en els fills/es. Per tant, més d'un cop us trobareu redirigint situacions com aquesta en què el menys important és el motiu de la discussió.

2.3. El *setting* terapèutic

L'enquadrament o *setting* terapèutic al·ludeix al context que fabriquem per a dur a terme la intervenció psicològica i que afavoreix el canvi, el *rapport* i l'aliança terapèutica.

Parlem de *setting intern* per a referir-nos als límits i objectius de la intervenció, i de *setting extern* en relació amb el lloc on es duu a terme la intervenció psicològica i el seu ambient i organització (Majoros i Postigo, 2018). En els apartats següents els trobareu explicats.

2.3.1. La cura de l'espai terapèutic, *setting* extern

Amb els termes **enquadrament**¹ o *setting* extern anomenem el lloc i l'ambient on succeeix la intervenció. Construir un context que afavoreixi el canvi i el *rapport* és una de les bases per una bona intervenció infantojuvenil (Majoros i Postigo, 2018). Per a poder construir i tenir cura d'aquest espai terapèutic ens cal saber, en primer lloc, què és per a la nena/adolescent aquest espai.

⁽¹⁾És important no confondre el *setting* o enquadrament terapèutic amb la tècnica d'enquadrament explicada en l'apartat «Habilitats en el llenguatge verbal».

L'espai terapèutic és un lloc guardador per al nen/adolescent, un lloc significatiu on se sent protegit. Un lloc que li desperta un sentiment d'acollida, on pot connectar-se amb les seves emocions i sentiments, on descobreix altres formes de fer i nous aspectes d'ell mateix, on viu bons moments i també algun de difícil, on l'accepten i on pot ser ell mateix.

Per a nosaltres com a terapeutes, aquest espai és una eina de treball molt valuosa que hem de cuidar especialment. És el lloc on observem el nen/noi, on ens dona a conèixer el seu món més íntim i on treballem amb ell. És l'espai on s'estableix l'aliança terapèutica entre el psicòleg i el nen/noi. És un espai de protecció, segur, acollidor, confortable, proper, càlid, que inspira confiança i confidencialitat (Haeussler, Léniz, Bunge i Bonfill, 2018).

L'espai terapèutic sol ser un espai **polivalent**. Generalment, en aquest realitzarem tant l'avaluació com la intervenció psicològica. És un espai on acollirem diferents participants de la teràpia: pares, nena/adolescent, altres familiars o professionals implicats. És el lloc on durem a terme diferents activitats amb molts tipus de materials i eines. Serà tant una sala de joc com un espai per treballar l'atenció i les autoinstruccions, un espai per parlar de les nostres emocions i expressar-les, un espai per explicar coses als pares, riure i plorar, per explicar als pares què li passa al seu fill/a, etc.

Espai del centre

Ateses les dimensions actuals dels locals, poques vegades disposarem de diferents espais per a dur a terme cadascuna de les diferents activitats i funcions com a psicòlegs. Per tant, ens hem d'adaptar a les limitacions d'espai del centre.

Quines característiques ha de tenir un espai tant flexible?

- **Grandària suficient per a realitzar el que volem fer.** No cal el mateix espai per treballar amb moviment que per fer un dibuix o una sessió individual que grupal. L'espai ha de permetre que cadascú es pugui moure còmodament quan fa l'activitat, mantenint el seu espai vital, i que el psicòleg no estigui molt allunyat dels nens/adolescents. En el cas de grups, és recomanable que també hi hagi lliure un espai per a poder estar sense els altres, si l'activitat i el model terapèutic que seguim ho permet.
- **Bona il·luminació**, preferiblement natural. Millor si podem regular la intensitat de la llum mitjançant un regulador, persianes, cortines, etc. Reduir la lluminositat ens ajudarà en la pràctica de la relaxació, creant un ambient més íntim i menys estimulants. Si volem fer una activitat estimulants llavors recomanem més quantitat de llum.
- **Sense vista a l'exterior**, tapem les finestres amb cortines, persianes venecianes, etc. per a evitar que es vegi des de fora l'interior i que els nens/adolescents es distreguin mirant cap a l'exterior. També ho fem amb les portes si són transparents.
- **Bona ventilació.** Millor si podem obrir finestres per a ventilar quan calgui. Ajudarà tant a eliminar olors, renovar l'aire i evitar que ens agafi son, entre d'altres. Cal disposar de mesures de seguretat perquè no les puguin obrir els pacients/clients (per exemple, una clau per a poder-les obrir).
- **Lliure de sorolls que puguin distorsionar l'activitat.** Inclou valorar si posem música de fons en aquella sessió. Recordem que cadascú tenim un gust musical diferent i que la música ens promou diferents emocions a cadascú de nosaltres.
- **L'acústica del local ha de permetre que des de fora no es pugui escoltar el que diguem a dins.** Recordem la confidencialitat i privacitat, a més d'evitar les preocupacions dels pares si escolten un crit de la seva filla o fill.
- **Que hi hagi espai entre el mobiliari** per a facilitar moure'ns lliurement i evitar ensopegar o donar-nos cops amb els mobles.
- **Objectes disposats ordenadament a l'estança.**
- **Defugim tenir moltes coses a l'espai**, perquè dona la sensació de lloc dels encants i abarrotat. També evitem la sobreestimulació.
- **Espai segur.** Cal minimitzar els riscos d'accidents (per exemple, endolls a prova de nens, material no tòxic, etc.) i guardar els objectes potencialment

Reflexió

Recordes alguna música molt famosa que tu no suportes? Et sents còmode quan l'escoltes? T'afavoriria a establir el *rap-port*?

«perillosos» amb clau. També implica la seguretat dels dispositius electrònics que utilitzem.

- **Temperatura confortable per al pacient i per al terapeuta, i adequada per a l'activitat.** Cal adaptar-la a cada persona i situació. Recordem que com més calor més possibilitats de somnolència.
- **Adaptació de l'espai a les discapacitats físiques o problemes de salut o mèdics de l'altre.** Cal recollir aquesta informació en la primera consulta i tenir-la present.
- **Mobiliari no delicat, fàcil de netejar, lliure d'angles i resistent.** Els mobles que hagin de ser accessibles per les nenes i nens han de ser baixos perquè hi puguin arribar a peu pla (per exemple, estanteries amb els materials).
- **Cadires còmodes, difícils de bolcar i a la mida dels nostres pacients, a l'igual que la taula.** Un sofà també és un bon element complementari.
- **Un terra resistent que ens permeti anar descalços i asseure'ns-hi sense passar fred, a més de fàcil de netejar** (imagineu que utilitzem sorra). Un bon recurs són les rajoles de vinil o les peces grans de goma Eva que encaixen com trencaclosques. Ambdues són més fàcils de netejar que les estores de roba, les podem treure o canviar fàcilment, i ens eviten ensopegar o relliscar.
- **Els colors dels mobles i de l'estança haurien de ser lluminosos, no foscos i no molt intensos per a evitar la sobreestimulació.** Abans de pintar les parets cal preguntar-nos què volem que transmeti l'espai (calidesa, proximitat, seguretat, serenor, etc.) i consultar els colors i les combinacions que hi ajuden i saber quines hem d'evitar (per exemple, el color blau transmet serenor però també fredor, els vermells es relacionen amb calidesa i atractiu, etc.) (Heller, 2010).
- **L'olor del lloc també és un aspecte a tenir en compte, ens ajuda a sentir-nos còmodes.** Per exemple, penseu en com us sentiu quan noteu olor de clavegueram. Ens podem ajudar d'infusors d'olis essencials per aconseguir un ambient més agradable (per exemple, l'espígol s'associa a la relaxació) (Duran, Manolelles i Pascual, 2019). Recordeu les precaucions de seguretat, millor un difusor elèctric que un de ceràmica amb una espelma que crema i guardar els olis amb clau. També és imprescindible saber prèviament si el pacient té problemes respiratoris, al·lèrgies o altres.
- **El tacte també és un aspecte important a cuidar.** Què en penseu d'un entapissat aspre i rugós de la cadira si ens hi asseiem amb pantalons curts?

- **Els objectes de decoració de l'estança no han de ser delicats ni molt estimulants o distractors.** Evitem materials que es poden trencar (vidre, porcellana, etc.) i aquells objectes que són «records nostres» i que ens pot disgustar que es facin malbé.
- **Una neteja correcta de l'espai també és indispensable,** penseu que molts cops ens asseurem al terra. També ens cal tenir una paperera fàcilment localitzable i identificable.

Referències bibliogràfiques consultades

Les fonts bibliogràfiques consultades en la construcció d'aquest apartat són:

Haeussler, I. M., Léniz, I., Bunge, C. i Bonfill, M. (2018). *Psicoterapia de niños y adolescentes. Actividades para la práctica clínica*. Santiago de Chile: Catalonia.

Landreth, G. L. (2018). La sala de juegos y los materiales. En G. L. Landreth, *La terapia del juego. El arte de relacionarse jugando* (pp. 197-227). Barcelona: Obelisco

Majoros, S. i Postigo, S. (2018). La intervención psicológica infanto-juvenil. En R. González i I. Montoya-Castilla, *Psicología clínica infanto-juvenil* (pp. 65-98). Madrid: Pirámide.

Quins aspectes de l'organització de l'espai hem de cuidar?

- **La sala només serveix per a fer l'avaluació o la intervenció psicològica,** no s'utilitzarà per altres finalitats no terapèutiques ni tampoc com sala d'espera dels infants mentre els progenitors estan en sessió amb el psicòleg.
- **Delimitar i indicar clarament els espais permesos i els no permesos al nen/noi dins la sala.** Una forma de fer-ho pot ser dividir la sala en zones per mitjà de rètols (per exemple, «zona de jugar»), objectes, colors, disposició dels mobles, etc. Així tenim espais permesos per al nen i espais exclusius per al terapeuta (zona arxiu, llibreria amb tests, zona propera a la finestra, etc.) o espais per als pares. Podem crear espais per a poder-nos moure i espais per a estar asseguts.
- **Explicar clarament «les normes de l'espai»** si és possible en la primera sessió, o d'una en una en diferents sessions segons calguin. Poden estar a les parets amb cartells, les podem fer escriure i dibuixar al nen, podem fer una cançó, etc. No es tracta d'elaborar un llistat enorme de normes sinó dels aspectes bàsics per a la convivència i el respecte mutu. El nen ha de saber què pot i no pot fer allí, per exemple quan acabem la sessió col·loquem al seu lloc la joguina amb què hem estat jugant.
- **Tenir ordenats tots els materials o objectes** en estanteries, fàcils d'agafar i localitzar per al nen i per a nosaltres. Una ubicació per cada cosa i cada objecte al seu indret.
- **Els jocs i joguets han d'estar en bon estat i nets.** Cal que ho revisem quan acabem les sessions, si els hem emprat.

- **Ens assegurem que els materials com ara les pintures, retoladors, etc. pintin.** Quan acabem les sessions revisem que estiguin ben tapats. També ens assegurem de reposar els materials quan s'acaben.
- **Tenir-ho tot llest abans de fer entrar a la sala al pacient/client.** Implica que:
 - Revisem abans de cada sessió els aspectes relacionats amb la **confortabilitat**: temperatura, lluminositat, olors, sorolls, etc.
 - **Revisem abans de cada sessió la disposició dels elements a la sala**: si tot està al seu lloc, si volem deixar a mà algun element (per exemple, un conte sobre el problema del pacient, a la tauleta), si volem eliminar algun material/joc de l'estanteria, si hem de modificar la disposició de les cadires a la sala, etc.
- Si utilitzem tauletes o altres **dispositius electrònics** revisem que tinguem activat el **control parental** abans d'utilitzar-lo i desactivem la connexió a internet si no ens cal per a l'activitat.
- **Recordem de silenciar/apagar el volum del nostre mòbil abans de començar la sessió.** Es pot realitzar conjuntament amb el pacient/client.

Quins materials i objectes podem necessitar?

1) **Mocadors de paper** a l'abast del client/pacient.

2) **Documents en paper i en format electrònic amb les instruccions, pautes o explicacions pels pares.** Per exemple, el conte de la tortuga que volem que practiquin amb el seu fill/a, els autoregistres que han d'omplir, models de contracte terapèutic, explicacions psicoeducatives sobre el problema de la seva filla o fill, etc.

3) **Documents en paper i en format electrònic que volem compartir amb la nena/adolescent.** Per exemple, passos amb dibuixos de la tècnica d'autoinstruccions, enllaç del vídeo del youtube de relaxació que ha de practicar, instruccions de les tasques que ha de fer a casa, etc.

4) **Materials creatius per a diferents edats, gustos i aficions.** És important que la nena/adolescent tingui on triar. Preferiblement materials que no embrutin, fàcils de netejar i de recollir. Per exemple, llapis, gomes, retoladors no permanents, ceres, plastilina, pegament no tòxic, tisores amb punta rodona, gomets, folis de colors, regles, globus, pissarra, paper de diari, coixins, serpentes, disfresses (nas de pallaso, diadema, fulard, maquillatges, joies, etc.), etc.

Tant els materials com els jocs permeten als nens expressar-se i explorar, comunicar, relacionar-se i ser creatius (Landreth, 2018). Abans d'incorporar un joc al nostre repertori, ens hem de preguntar si aquell joc o activitat l'ajuda a expressar-se, quin és l'objectiu terapèutic que pretenem aconseguir i com encaixa amb el model terapèutic que seguim.

Podem treballar per mitjà d'activitats aspectes com: el reconeixement i expressió de les emocions, l'autoregulació emocional, les habilitats socials, els recursos interns d'independència i autonomia personal, la resolució de problemes i eixamplar l'autoconeixement i l'autoacceptació (Haeussler et al., 2018). Cal que tinguem diferents materials i jocs per a treballar-ho, a més de planificades les diferents activitats que duem a terme amb aquests. Tenir clares les possibles activitats a realitzar en aquell espai ens permetrà seleccionar els materials i jocs que necessitem.

5) Jocs i joguines. Recomanem tenir una selecció acurada de diferents jocs dissenyats o no amb finalitats terapèutiques, per a diferents edats i nivells evolutius. Es recomana que siguin atractius, interessants, resistents, que el nen/adolescent tingui on escollir, que els puguin manejar sense ajuda i que no siguin complexos, ni frustrants. Han de despertar la creativitat i la comunicació, i també un ampli ventall d'emocions i expressions. De vegades ens permetran explorar situacions del seu entorn (de la seva família, l'escola, etc.). Respecte als jocs de taula cal tenir en compte que el nen necessita algú més per a poder-hi jugar i molts cops hi ha de participar el psicòleg, a part que solen ser competitius. Són aspectes que hem de tenir en compte a l'hora d'escollir un joc. Recordem que els jocs també ens poden servir de reforçadors per a haver fet una tasca que li costa o haver aconseguit un objectiu desitjat, a més d'ajudar-lo a relaxar-se després d'una activitat exigent.

Algunes possibilitats són: nines-ninos i roba per a aquests, biberó, una família i la seva casa amb mobles, estris de cuina i menjar, jocs de construcció, cotxes, martell amb figures per clavar, moneder, jocs de taula (construir paraules, etc.), jocs de cartes (de famílies, d'emocions, etc.), peluixos, titelles, tauleta amb jocs, etc.

Evitem: els jocs de peces molt petites i els jocs que tenen moltes peces, ja que es poden perdre o ens costarà de recollir, i poden allargar molt l'activitat.

6) Un peluix gran, un seient especial o un raconet de la sala amagat, poden ser el refugi de la nena/adolescent. La poden ajudar a sentir-se segura quan ho necessiti. Ha de tenir un accés a aquest fàcil i lliure.

7) **Contes terapèutics**, comprats o fets per nosaltres mateixos en col·laboració amb el nen a partir dels materials que disposem. Millor que només estiguin disponibles a la sala els relacionats amb el problema del nen/adolescent.

8) **Mirall de cos sencer**.

9) **Ordinador, equip de biofeedback i equip de realitat virtual** són altres eines que ens poden ajudar, depenent del cas, i són opcions a tenir en compte i que requeriran el seu lloc dins la sala, a més d'endolls.

Cas 29

La Dúnia de vuit anys entra a la sala per primer cop. Quan traspassa la porta veu una sala enorme on hi ha joguets pel terra. Segueix el psicòleg i s'asseu on ell li diu. La llum li toca de cara i està mig enlluernada, no pot llegir el que diu a la pissarra. El psicòleg li insisteix que llegeixi en veu alta el que hi diu ja que són les normes de la sessió. La Dúnia abaixa el cap i s'encongeix al seient.

Reflexió

- Què opineu de l'espai de la sessió? Canviareu alguna cosa?
- Què ens diu el llenguatge no verbal de la Dúnia?
- Quins aspectes relacionats amb les característiques, aptituds, actituds i habilitats del terapeuta treballades al llarg de tot el mòdul canviareu?

Cas 30

La Vanessa té quinze anys i és la segona sessió que fa amb nosaltres. Acaba d'entrar per la porta del despatx i arrufa el nas, mira l'estanteria de l'esquerra plena de nines i jocs de petits. Observa amb atenció la sala i escull seure en una cadira minúscula, en què tot just hi cap, lluny de la psicòloga i de la zona infantil de la sala. Mira cap a la terapeuta que està asseguda a la zona d'adolescents de la sala, en una butaca al costat d'una altra lliure. La Vanessa comença a parlar des d'on està asseguda donant l'esquena a la psicòloga.

Després d'una estona la Vanessa s'aixeca i s'asseu a la butaca. Quan s'aixeca, la cama no li respon bé, sembla que la tingui adormida però no es queixa. Li demanem que triï un dels objectes de l'estanteria de la dreta si vol. S'aixeca i agafa una granota gelatinosa per estrènyer. Comença a manipular la granota, la retorça, l'estreny, l'estira i, finalment, la tira tot dient «granota estúpida!».

Reflexió

- Què ens diu el llenguatge no verbal de la Vanessa?
- Comença a fer calor, encendries l'aire condicionat o el deixaries apagat?
- Encendries la llum a màxima intensitat?
- Posaries música de fons tipus *chill out* si no saps si a la Vanessa li desagrada aquella música?
- Parlaries amb la Vanessa de les normes de la sala en aquell moment?
- Quines actituds i habilitats del psicòleg tindries especialment en compte en aquesta situació?

2.3.2. L'enquadrament o *setting* intern

L'enquadrament o *setting* intern ajuda a delimitar i emmarcar l'actuació del psicòleg en un context i facilita una estructura a la relació que es produeix amb el pacient/client.

El *setting* intern implica un seguit de variables (Nahoul i González, 2016), com ara:

1) Horari d'atenció i citacions

Cal especificar l'horari general que fem les consultes: dies de la setmana i hores, si cal concertar prèviament la visita i si visitem en caps de setmana i festius. També cal indicar si fem visites d'urgència, quan les fem (dies i horaris) i com han d'actuar en aquests casos (trucar per telèfon, acudir directament a la consulta dins de l'horari establert, etc.).

Respecte a les sessions, hem d'indicar l'horari de la sessió, la freqüència setmanal/mensual i el seu temps màxim. Aconsellem citar els nens més petits a primeres hores de la tarda i no a les darreres, si és possible. Evitarem així el seu cansament i alterar l'hora i la rutina d'anar a dormir. Recomanem respectar el temps màxim d'ús de l'espai o temps de visita màxim establert. El temps màxim establert depèn tant de l'edat (45 minuts per a nens més petits i fins a 60 minuts per als adolescents) com del problema/trastorn sobre el qual intervenim.

Reflexió

Si treballem amb un noia de setze anys amb TDAH inatent faríeu sessions de 45 o de 60 minuts?

2) Establiment dels rols

Rol professional del psicòleg i rol del participant (client/pacient). Indiquem que és una relació professional i no d'amistat.

3) Cost i pagament

És molt aconsellable ser molt clars en els preus, les formes de pagament, el moment de fer-ho i si es produeixen canvis de tarifa periòdicament. És millor si donem les tarifes per escrit. Cal que indiquem el cost de tot tipus de sessions que podem realitzar, és a dir, el preu de les sessions que realitzarem amb el nen/noi, pares, mestres i altres professionals implicats, si cobrem les entrevistes o coordinacions telefòniques, etc. És bàsic destacar la necessitat de **continuïtat** i **constància** en el tractament. Recordeu de recalcar que la periodicitat de les sessions està establerta per a aconseguir els objectius terapèutics.

Un altre tema que hem de tenir present és el fet que en la intervenció psicològica en nens/adolescents, el pacient no és la mateixa persona que el client. Aquest fet pot implicar tant un sentiment de culpa del nen/noi per «fer gastar

diners als pares» com el fet de no poder acudir al psicòleg perquè els pacients no tenen independència econòmica. És molt important establir l'aliança terapèutica tant amb els pares com l'infant/adolescent. En el cas d'adolescents, recomanem que paguin ells les seves sessions (entreguin els diners al psicòleg) pel valor simbòlic de l'acte.

4) Absències, canvis de data/hora i vacances

Hem d'exposar la nostra política sobre els canvis i absències, en cites prèviament concertades. Sempre cal explicar als participants que les hores de visita estan reservades per aquella persona, i també les conseqüències de no acudir a una visita programada. Per exemple, si cobrem o no la visita, amb quan de temps d'antelació s'ha d'avisar, si un altre dels participants en la intervenció (per exemple, pares) pot «aprofitar» aquella hora, si es cobra quan la persona citada no acudeix perquè està malalta, etc. També expliquem per quins motius podem ajornar nosaltres una visita (motius de salut, etc.) i quan de temps trigarem a fer-la.

Respecte de les vacances cal indicar quan les fem i si estem o no «disponibles» per telèfon, correu electrònic, etc., i quant de temps solem trigar a contestar. També cal pactar les vacances del client, sobretot quan repercuteix en la continuïtat del tractament.

5) Assistència telefònica, per correu electrònic, missatges al mòbil o videoconferència

Indiquem l'horari en què estem disponibles i la forma de contacte, i també els dies que no treballem i el temps que podem trigar a contestar.

6) Confidencialitat

Cal parlar de la confidencialitat del que es parla durant la teràpia i explicar els límits d'aquesta, tant als nens/adolescents com als pares. Recalquem que hi ha el deure d'informar en cas de risc pels altres o per un mateix o bé per motius legals.

7) Objectiu/s de la sessió

A trets generals poden ser sessions d'avaluació o d'intervenció, depenent del model terapèutic que seguim.

8) Durada esperada de l'actuació psicològica

Indiquem als pares el nombre de sessions aproximades de l'avaluació psicològica. Un cop finalitzada podrem estimar la durada de la intervenció, recalcant als pares que és una aproximació. Recordem adaptar aquest punt a la idiosincràsia de cada model terapèutic.

Com podeu veure els punts tractats fins aquí formen part de la vessant més pràctica de la tasca de psicòleg. És imprescindible que els clients i el pacient, si la seva maduresa cognitiva ho permet, els coneguin i els tinguin clars des de la primera sessió, per a contribuir a l'establiment d'una **bona aliança terapèutica**. Recordem que estem establint les pautes d'una relació professional i que com més clares siguin millor. Una forma de facilitar-ho és establir un contracte terapèutic en què la informació principal queda per escrit i la poden consultar en qualsevol moment.

Per altra banda, en la primera sessió també hem d'explicar els aspectes de confidencialitat propis del Reglament general de protecció de dades (RGPD) i demanar als progenitors que signin segons han estat informats dels seus drets en aquesta matèria. També ens caldrà fer-ho amb tots aquells que participen en l'avaluació i intervenció psicològica (mestres, etc.). A més, com que treballlem amb menors d'edat, tots dos pares han d'autoritzar i signar el consentiment per a poder realitzar la intervenció psicològica en els menors. Respecte a l'avaluació psicològica, segons un comunicat del 24 de gener del 2018 de la Comisión Permanente de la Comisión Deontológica del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, l'avaluació al no ser «invasiva» es pot realitzar únicament amb el consentiment d'un dels progenitors.

9) Contracte terapèutic

El contracte terapèutic el farem amb el nen/adolescent i amb els seus pares, ja que tots ells participaran en la intervenció. Inclou els drets i deures dels participants, molts d'aquests apareixen en els punts anteriors, i aspectes més propis de la intervenció com ara el model/s terapèutic que seguim, els objectius terapèutics, les característiques generals de què farem, i en què els podem ajudar i en què no. És important tractar aquests punts de forma oral amb els pares i nen/adolescent i també de signar un contracte per escrit amb els punts principals. Penseu que el fet de signar el document fa prendre més consciència del problema i de la necessitat de la seva implicació en la solució. És una forma de comprometre's i d'assumir la pròpia responsabilitat en el procés, a part de l'existència de motius legals que ho fan recomanable.

El contracte terapèutic s'estableix amb cadascun dels participants en la intervenció, inclosos els coterapeutes, és a dir, mestres, altres familiars del nen/noi, i altres professionals. Hem de valorar en cada cas els avantatges i problemes de fer signar el contracte terapèutic.

Reflexió

En el cas d'un mestre amb molta feina i que col·labora voluntàriament, observant i fent un registre del nen/a a l'aula, creieu que és millor proporcionar-li la informació del contracte per escrit sense fer-li signar un document que pot generar desconfiança i resistències o cal fer el document?

Tot seguit trobareu explicats un seguit d'aspectes relacionats amb la intervenció que els psicòlegs infantojuvenils hem de tenir presents a l'hora de planificar-la, i que també hem de saber transmetre als pacients/clientes quan calgui i adaptar-la al seu llenguatge i nivell comprensiu.

Necessitat de la intervenció psicològica

Dur a terme una intervenció psicològica no està determinada pel que exposen els pares quan parlen de les conductes que els preocupen i motiven a anar al psicòleg. Abans d'iniciar qualsevol tipus d'intervenció psicològica hem de fer una anàlisi del motiu de la consulta per a decidir si cal o no. Estudiem la conducta motiu de la consulta per a determinar si mostra desviació/alteració a nivell evolutiu o social, i sospesem les possibilitats de l'èxit terapèutic. Per a fer l'anàlisi cost-benefici podeu recorre a les preguntes que s'exposen a continuació, adaptades de les Pautes d'actuació proposades per Moreno el 2002 (citades per Comeche i Vallejo, 2016, pp. 51-52). Aquestes preguntes estan orientades a determinar si la conducta que motiva la consulta és o no adaptativa, si cal i és oportú intervenir, i quines són les possibilitats de dur a terme la intervenció (Comeche i Vallejo, 2016).

Qüestions a respondre abans d'iniciar una intervenció psicològica infantojuvenil. Adaptat de Moreno (2002), citat per Comeche i Vallejo, 2016, pp. 51-52:

- La conducta que preocupa als pares també és un problema per a la nena/adolescent? Quin grau de malestar ocasiona a la nena/adolescent i als pares?
- Repercuteix la conducta problema en la nena/adolescent a nivell social, emocional i acadèmic?
- Quines conseqüències positives per als pares i per al nen/adolescent comportaria solucionar el problema?
- Solucionar la conducta problema comporta una millora en altres àrees?
- S'han descartat causes mèdiques i altres causes no pròpies d'una intervenció psicològica?
- La conducta problema es pot descriure i quantificar?
- Existeixen els recursos i el recolzament familiar, social i escolar adients per a poder aplicar la intervenció?
- Quines són les principals limitacions, obstacles i interferències amb què ens podem trobar en aquest cas? Disposem de mitjans per a superar-los?
- Els canvis aconseguits un cop realitzada la intervenció es podran mantenir de forma natural? Hi ha persones que puguin facilitar la consolidació dels canvis?
- Els canvis obtinguts en la nena/adolescent es podran generalitzar a altres situacions?

Objectius de la intervenció psicològica

Un cop hem determinat que cal dur a terme una intervenció psicològica, el proper pas és decidir quin ha de ser el focus de la nostra intervenció. És a dir, determinar aquells aspectes problemàtics i analitzar-los, tenint present el model terapèutic des del qual treballem. Un cop feta l'anàlisi podem definir els objectius generals i els específics per aquell cas concret. Els objectius, encara que sigui a trets generals, els hem de compartir amb els pares i el nostre pacient, encara que puguem obviar certes informacions.

Models d'intervenció psicològica

Els pares i el pacient han de conèixer quin model/s d'intervenció utilitzem. No es tracta de fer una gran explicació sinó d'indicar breument els trets generals de forma entenedora. Es recomana fer el mateix amb les tècniques que aplicarem.

Reflexió

Creieu que en el cas d'un trastorn de comportament sempre informarem al pacient de tots els objectius que busquem aconseguir? Què penseu que pot succeir si ho fem?

A trets generals podem distingir el model psicoanalític, el cognitiu-conductual, l'humanista i el sistèmic. A més de la integració de tots aquests. L'elecció del model determina l'enfocament de l'entrevista, l'avaluació, el disseny i les tècniques i estratègies a utilitzar en la intervenció psicològica.

1) El model cognitiu-conductual

El **model cognitiu-conductual** implica fer una anàlisi funcional de la conducta problema en què determinem quin és el problema, per què ha sorgit i com es manté.

Recorre a l'ús d'autoregistres per a poder definir la conducta problema (intensitat, durada, freqüència, etc.), els seus antecedents i els conseqüents. Busca conèixer els estímuls, els pensaments (distorsions cognitives) i les conductes que mantenen el problema, tant des del punt de vista dels pares com del fill/a. Utilitza diferents tècniques com la reestructuració cognitiva, la solució de problemes, les autoinstruccions, l'economia de fitxes i el contracte conductual, a fi de promoure una altra resposta emocional o cognitiva i una conducta més adaptativa. També es recorre a programes d'entrenament dels pares en què es realitza la psicoeducació i se'ls instrueix en l'aplicació de tècniques operants com ara el modelatge, el reforçament, l'extinció, la sobrecorrecció, etc. Aquest entrenament els permet aprendre a ser independents de les pautes prescrites pel psicòleg i saber com actuar davant les conductes del seu fill/a i preveure les conseqüències de les seves conductes. Aquests aspectes també es treballen amb els mestres implicats com a coterapeutes (Comeche i Vallejo, 2016; Majoros-Postigo, 2018).

2) Els models sistèmics

Els **models sistèmics** se centren en el sistema familiar en què succeeix el problema del nen/adolescent.

Treballen amb els membres significatius del sistema familiar en què es detecta el problema. Ocasionalment, aquesta teràpia pot incloure altres membres de la família o persones properes, a més d'altres professionals implicats en el cas (mestres, treballadors socials, etc.). També pot comportar el treball en equip per part dels professionals (coteràpia). La intervenció se centra tant en les seqüències de les interaccions o l'estructura familiar que l'envolta, com a les realitats construïdes. El psicòleg s'enfoca tant en el problema com en la realitat desitjada per la família. La finalitat última és ajudar la família a crear nous patrons de sentiments i noves formes d'actuar, d'interactuar i de percebre la realitat. Les tècniques que utilitzen inclouen: el reenquadrament i la redefini-

ció, la connotació positiva, la intenció paradòxica, les metàfores o analogies, la prescripció de tasques, l'escenificació, les estàtues, el qüestionament circular, etc. (Majoros-Postigo, 2018; Moreno i Fernández, 2014).

3) Els models humanistes

Els **models humanistes** es fonamenten en el fet que tota persona tendeix al creixement i a l'autorealització, i tenen lloc en el context d'una relació humana facilitadora del canvi.

Utilitza tècniques no directives i centrades en la persona. L'acceptació incondicional, l'empatia i l'autenticitat del psicòleg són fonamentals. Utilitzen tècniques com ara la cadira buida, el *role-playing*, les cartes terapèutiques, els dibuixos, els contes, el teatre, les titelles, el treball amb polaritats, el diàleg socràtic, la intenció paradoxal, de reflexió, etc. (Majoros-Postigo, 2018; Roji i Saúl, 2014).

4) Els models psicodinàmics

Els **models psicodinàmics** actuals es focalitzen principalment en l'expressió de les emocions i l'afecte, en explorar les defenses i residències del nen/noi, identificar els temes i patrons recurrents, en l'experiència passada, en les relacions i experiències interpersonals (vinculació afectiva), en la relació terapèutica i en l'exploració de desitjos i fantasies.

Recorren a tècniques com el joc lliure, l'associació lliure, la mentalització, la recapitulació, la clarificació, l'elaboració, la persuasió i la interpretació, entre d'altres (Roji i Saúl, 2014).

5) La integració de models

Si observem els quatre models podem veure que hi ha aspectes compartits entre ells. Conceptes relacionats amb l'establiment del *rapport* i l'aliança terapèutica, i amb l'actitud del terapeuta (congruència, empatia i acceptació incondicional) són entitats comunes a tots ells. La necessitat de formar un vincle entre el psicòleg i el nen/adolescent també és un aspecte compartit, així com la necessitat d'establir i definir objectius terapèutics, de mantenir i generalitzar els resultats de les intervencions, i de constatar que s'han aconseguit els objectius i que hi ha hagut una millora en l'objectiu treballat. També observem que hi ha tècniques compartides. De fet, tots inciten a tenir una mirada més global i

ahora **integradora** que ens permeti individualitzar més la nostra intervenció psicològica, tenint en compte les característiques i les particularitats de cada cas.

2.4. El treball terapèutic amb els pares i mares

2.4.1. Competències parentals, vincle, estils educatius i tipus de mares i pares

Les competències pràctiques dels progenitors relacionades amb un desenvolupament saludable del seu fill/a s'engloben dins del concepte de **parentalitat social** i no de la biològica, que és merament procreativa. Una parentalitat social competent implica: alimentar-nodrir, donar afecte, cuidar, estimular, educar, protegir, socialitzar i promoure la resiliència. El fet de proporcionar al nen/a experiències sensorials, emocionals i d'afecte, a més dels aspectes alimentaris, permet a l'infant construir un **vincle segur** i percebre el món social i familiar que l'envolta com a segur. L'afecte, la comunicació, el recolzament i el control són els continguts bàsics d'un model educatiu parental qualificat. L'autoconcepte i l'autoestima positiva, i també la resiliència de l'infant, estan íntimament lligades a les experiències de **parentalitat competent** (Barudy et al., 2010).

Les **competències parentals** impliquen la capacitat d'empatia i d'establir un vincle afectiu, a més d'un conjunt d'habilitats designades com a models de criança i l'habilitat a participar en la xarxa social i a utilitzar recursos comunitaris (Barudy et al., 2010). Tots aquests són aspectes dels progenitors que cal conèixer i tenir en compte en el procés d'intervenció psicològica.

La **capacitat de vincle o aferrament** dels pares depèn dels mitjans emocionals, cognitius i conductuals dels quals disposen per a aferrar-se al nen i reaccionar a les seves necessitats. Aquests són factors a considerar com a possibles objectius de treball en la intervenció psicològica, a més de la millora en la xarxa de recolzament familiar, social o institucional o l'accés a recursos (Barudy et al., 2010).

Resiliència

La **resiliència** és el conjunt de capacitats que permeten afrontar els desafiaments de l'existència, incloses les experiències traumàtiques, seguint un procés de desenvolupament dins la normalitat (Barudy et al., 2010).

Vincle

Bowlby (1997) va definir el vincle o aferrament com «la destresa del nen per tenir confiança en si mateix i en els altres quan ho necessiti, podent diferenciar amb qui confiar, i també l'habilitat de considerar que mereix amor, tenir seguretat en les seves capacitats per a aconseguir el que precisa i resoldre les dificultats que se li plantegin» (citada per Montoya-Castilla, 2018, p. 55). Les relacions que estableix el nen amb els seus pares són bàsiques pel desenvolupament del vincle.

Comeche i Vallejo (2016) defineixen els **estils educatius o pautes de criança** com «un patró conductual complex que inclou nombroses conductes específiques que funcionen de forma individual i sinèrgica per a aconseguir determinats canvis en els nens, canvis que estan dirigits a aconseguir la seva adaptació emocional i conductual en una societat concreta» (p. 457). Impliquen un procés bidireccional entre pares-fill/a i dinàmic, ja que es modifica per factors com l'experiència.

MacCoby i Martin (1983) divideixen els estils educatius en quatre, depenent del nivell de control (grau d'exigència o pressió que exerceixen els progenitors sobre els fills/es per a aconseguir els objectius educatius requerits) o d'afecte dels pares (percepció i receptivitat a les demandes dels fills/es). Els subtipus són: autoritari (molt exigent i poc receptiu), democràtic (exigent i receptiu alhora), permissiu o indulgent (molt receptiu i poc exigent) i indiferent (poc exigent i poc receptiu) (citats per Comeche i Vallejo, 2016, pp. 458-459).

Com hem pogut veure, els estils educatius dels progenitors formen part de les habilitats parentals i repercuteixen en aspectes com ara el desenvolupament del vincle, l'autoestima, la competència social i el rendiment acadèmic del nen/adolescent. A més d'actuar com a factors de protecció i factors de risc de trastorns mentals (depressió, trastorns del comportament, etc.) (Comeche i Vallejo, 2016). Per això és bàsic determinar l'estil dels pares quan portem a terme una intervenció psicològica al seu fill/a.

Taula 7. Arquetips de pares (Fodor, Molerés i Morán, 2004)

Arquetips de pares	Pare/mare	Fills/es
Pares madurs	Tolerants, no permissius; tenen autoritat i no són autoritaris.	Responsables, autònoms; se senten estimats, respectats i tinguts en compte.
Pares autoritaris	Rígid, poc flexible; ús de l'autoritarisme.	Reprimeixen l'agressivitat o són rebels; no saben donar o rebre afecte.
Pares sobreprotectors	No deixen escollir al nen, ho fan per ells.	Baixa tolerància a la frustració, impacients, tirànics amb els pares, insegurs i submisos amb la resta; amb baixa autoestima.
Pares directius	Dirigeixen totes les activitats del fill, invasius, perfeccionistes i amb elevada exigència.	Submisos, ansiosos, no creatius; consideren el respecte a l'altre com a sinònim d'imposició de normes.
Pares permissius	Absents, permissius; no saben imposar la seva autoritat.	Insegurs, mandrosos; no saben interioritzar normes morals; ansiosos i amb manca de motivació.
Pares ansiosos	Dramatitzen les situacions, manipuladors, eviten responsabilitats i veuen el món com amenaçant.	Porucs, es bloquegen davant de problemes vitals, senten angoixa, somatitzen, no assumeixen responsabilitats; resulten conflictius en les relacions amb altres.

Font: Fodor, E. i Morán, M. (2012). Orientación para profesionales sobre la relación paterno-filial durante los tres primeros años de vida del niño. En L. Llavona i F. Méndez, *Manual del psicólogo de familia. Un nuevo perfil profesional* (pp. 97-114). Madrid: Pirámide.

Un altra informació a recollir sobre la forma d'actuar dels pares es basa en la classificació més recent de Fodor, Molerés i Morán, 2004 (Fodor i Morán, 2012). Aquests autors ens parlen de sis **arquetips de pares**.

Reflexió

Amb quin arquetip us identifi-
queu com a pares o quins heu
experimentat com a fills/es?

Conèixer els **estils educatius** que utilitzen els pares de la nena/adolescent i el **tipus de pares** que són, ens orienta a determinar:

- El possible grau d'implicació i responsabilitat que podem demanar als pares i que poden/volen assumir.
- Quines pautes els podem demanar i quines són poc realistes que compleixin.
- Com hem de plantejar la intervenció.
- Quins aspectes provocaran el seu rebuig immediat i quins acceptació.
- L'estratègia comunicativa per a dialogar amb els pares.
- Com ens hem de dirigir al nen i com treballar amb aquest.

2.4.2. Dificultats freqüents que poden sorgir en les sessions

Ezpeleta (2016) esmenta que l'èxit de la intervenció psicològica infantojuvenil s'associa als següents factors:

- Les conseqüències o grau d'afectació del problema en el funcionament del nen/adolescent i en el funcionament familiar.
- El malestar subjectiu que provoca en la nena/noia i progenitors.
- La complexitat del problema.
- La motivació pel canvi dels progenitors i del nen/noi.
- Les expectatives dels progenitors i del nen/noi envers la intervenció.
- Les resistències del nen/noi i pares/mares.
- La percepció del recolzament social amb què compten.
- Els estils d'afrontament a l'estrès dels progenitors (centrats en el problema font d'estrès o en les emocions negatives que els sorgeixen).

Com podeu veure, bona part dels factors estan relacionats amb els progenitors. Per tant, si volem finalitzar una intervenció amb èxit els progenitors són un ingredient clau. A més del paper indiscutible dels pares/mares en la gènesi, evolució i manteniment dels problemes infantojuvenils.

És bàsic que en la primera visita els progenitors se sentin acollits, tranquils, no jutjats, compresos, respectats i que puguin expressar les seves preocupacions. És a dir, cal que establim un bon *rapport* per a fomentar l'aliança terapèutica i l'adherència al tractament. No obstant això, quan es treballa amb pares i mares és habitual que sorgeixin un conjunt de dificultats i resistències. Les resistències dels progenitors i de la nena/noia afecten clarament l'adherència i l'èxit de la intervenció psicològica. És important que el psicòleg infantojuvenil les pugui preveure i estigui preparat per a evitar-les, reconduir-les o afrontar-les quan succeeixin. Mantenir la calma és imprescindible, i també recordar l'acceptació incondicional, l'empatia i l'autenticitat en la interacció amb els progenitors.

Algunes fonts de dificultats amb què us podeu trobar a l'hora de treballar amb els progenitors

- Discrepància entre les informacions facilitades pels progenitors i pel nen/adolescent. Hi ha un baix acord entre les informacions proporcionades pels adults i pels nens/adolescents, especialment en problemes interioritzants. Generalment els pares són millors informadors dels aspectes exterioritzants i el nen/adolescent dels internalitzants, tot i que els pares també tendeixen a atorgar més aspectes negatius als seus fills/es i a emfatitzar les conductes exterioritzades (Ezpeleta, 2001). Els progenitors també són preferibles com a informants de les dates i dades de la història del nen/adolescent (del Barrio, 2009).
- Existència de discòrdia parental.
- Procés de separació o divorci dels progenitors.
- Estat psicològic alterat o psicopatologia d'un o ambdós progenitors.
- La consulta es porta a terme per motivacions econòmiques (sol·licitar ajuts, beques, pensions en cas de separacions, etc.) o a instàncies d'organismes oficials (serveis socials, de justícia, etc.).
- La intervenció psicològica que plantegem és complexa, llarga o amb possibles efectes secundaris negatius, encara que siguin temporals. En les intervencions en trastorns del comportament és freqüent que, a l'inici d'establir els límits, la conducta empitjori per a posteriorment disminuir. En aquests casos és important avisar prèviament els progenitors i facilitar-los recursos per a gestionar les seves emocions.

- Els pares/mares han d'assumir un paper actiu en la intervenció com a co-terapeutes.
- Intents previs fallits per a solucionar el problema. S'inclouen tot tipus de teràpies, tractaments mèdics o farmacològics intentats pels progenitors.

Algunes dificultats i resistències dels progenitors amb què us podeu trobar al llarg de la intervenció

- Els pares perceben una conducta com a problemàtica però és adequada des del punt de vista evolutiu. Una possible causa és que els pares amb problemes mostren una major tendència a percebre problemes en els seus fills.
- Els progenitors dubten de l'existència del problema o trastorn. Acudeixen a la consulta perquè els ho han indicat (mestres, serveis socials, etc.) o per a aconseguir un informe i no per interès en la intervenció psicològica. Repercuteix en una baixa motivació, baixa adherència i elevat abandonament.
- Els progenitors no confien en l'eficàcia de la intervenció o en el terapeuta. Poden dubtar dels objectius i de les conductes sobre les quals cal intervenir indicades pel psicòleg. Davant dels progenitors «més resistents» es recomana una intervenció no directiva. També ens pot ajudar facilitar més informació sobre el problema i la intervenció.
- Durant el procés d'avaluació hi ha impaciència dels pares/mares per començar ja la intervenció psicològica, aconseguir millores o solucionar el problema.
- Els progenitors intenten preservar la seva imatge, no facilitant tota la informació.
- Els progenitors es qüestionen la pròpia capacitat de portar a terme les pautes indicades pel psicòleg.
- Tot tipus de queixes dels pares/mares sobre aspectes econòmics, horaris, freqüència de les sessions dels pares, etc.
- Incertesa dels pares sobre si cal continuar la intervenció, ateses les conseqüències viscudes fins al moment.
- Queixes dels pares/mares sobre la manca de recolzament familiar, de l'escola, de les institucions, etc. Els progenitors perceben més dificultats de les previstes inicialment per a dur a terme la intervenció i es plantegen la finalització.

- Imprevistos o canvis que han sorgit i que dificulten poder continuar la intervenció.
- Els pares no realitzen les activitats per casa o no segueixen les indicacions del psicòleg.
- Canvis freqüents de cites, no seguir la freqüència de les visites recomanades, etc.
- Expectatives sobre la millora del fill/a i sobre la seva implicació en el tractament que no estan basades en la informació proporcionada pel psicòleg. És a dir, expectatives no realistes. Atès que les expectatives s'associen a l'adherència terapèutica i a l'eficàcia de la intervenció, quan les expectatives no s'ajusten a la realitat de la intervenció és freqüent l'abandonament.
- Queixes i dificultats per a entendre la necessitat de les avaluacions de seguiment previstes durant la intervenció i quan s'acaba.
- Els pares no s'impliquen en el seguiment si no hi ha indicis importants de reparació del problema o altres motius de consulta. No concerten cites de seguiment, les anul·len, no informen dels aspectes detectats que podrien indicar una intervenció psicològica.

Imprevistos

Per exemple, el pare s'ha trencat una cama i no es pot moure de casa, hi ha hagut un canvi de feina de la mare, etc.

Tots aquests punts ens serveixen com a senyals d'alerta d'un possible abandonament. No sempre estarà a les nostres mans evitar-ho. La taxa d'abandonament de les intervencions psicològiques infantojuvenils és important i una de les dificultats principals a les quals s'enfronta el psicòleg (Olivares-Olivares, Macià i Olivares, 2014).

Referències bibliogràfiques consultades

Les fonts bibliogràfiques consultades en la construcció d'aquest apartat són:

Del Barrio, V. (2009). Problemas Específicos de la Evaluación Infantil. *Clínica y salud*, 20(3), 225-236.

Ezpeleta, L. (2016). La evaluación de los trastornos infantiles. En I. Comeche i M. A. Vallejo, *Manual de terapia de conducta en la infancia* (pp. 75-108). Madrid: Dykinson.

Majoros, S. i Postigo, S. (2018). La intervención psicológica infanto-juvenil. En R. González i I. Montoya-Castilla, *Psicología clínica infanto-juvenil* (pp. 65-98). Madrid: Pirámide.

Montoya-Castilla, I. (2018) La evaluación psicológica en la psicología clínica infanto-juvenil. En R. González i I. Montoya-Castilla, *Psicología clínica infanto-juvenil* (pp.41-64). Madrid: Pirámide.

Moreno, I. (2016). Características de la intervención terapéutica en la infancia. En I. Comeche i M. A. Vallejo, *Manual de terapia de conducta en la infancia* (pp. 25-74). Madrid: Dykinson.

Olivares-Olivares, P., Macià, D. i Olivares, J. (2014). El papel de los padres en los tratamientos psicológicos. En J. M. Ortigosa, F. X. Méndez i A. Riquelme, *Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes* (pp. 47-61). Madrid: Pirámide.

2.4.3. Recomanacions bàsiques

- Aplicar les característiques, aptituds i actituds de la taula 1.
- Recórrer a les tècniques comunicatives tractades a l'apartat «Habilitats comunicatives».
- Tenir en compte el *setting* intern i extern, tractat a l'apartat «El *setting* terapèutic».
- Conèixer els estils educatius, arquetip i vincle amb el fill de cadascun dels progenitors.
- Tenir molta paciència i comprensió. Els pares estan preocupats pel seu fill/a i acudeixen a un estrany que els ajudarà a solucionar el problema, i dins del seu cap podem trobar pensaments com: «ens jutjarà i ens dirà que no ho fem bé com a pares». És important identificar les distorsions cognitives i falses creences per a treballar amb aquestes en la mesura que es pugui, recordant que els pares no han demanat intervenció psicològica com a pacients sinó pel seu fill/a.
- Estar atents a les actituds i al seu llenguatge no verbal durant les sessions.
- Donar-los informació clara, detallada i no ambigua.
- Donar la informació per escrit, encara que sigui resumida i amb contingut visual que faciliti la comprensió.
- Donar la informació a mesura que la poden assumir.
- Donar informació adaptada al seu nivell cultural i educatiu. Han de comprendre la informació. Podem utilitzar paraules tècniques però les menys possibles i sempre explicant-les.
- Proporcionar una guia o fulletó psicoeducatiu sobre el problema o trastorn psicològic del seu fill, publicada per una font externa fiable (ajuntament, ministeri, conselleria, associacions de malalts, hospital, etc.) i que haguem llegit prèviament. La seva finalitat és múltiple. Permet als progenitors acudir a fonts externes per a ratificar la informació que els hem facilitat i consultar la informació quan calgui. També podem facilitar les pàgines webs d'associacions de malalts on, a més a més, poden conèixer l'experiència d'altres progenitors, pacients, etc.
- Explicar en què consisteix la intervenció, si hi ha tasques per casa, les tècniques i els possibles efectes, tant desitjats com no desitjats, especialment

rellevant en la intervenció de trastorns de conducta. També el possible nombre de sessions i la seva freqüència.

- Respecte a les tasques per fer a casa és millor limitar-les a les mínimes possible. Si han d'omplir autoregistres que siguin entenedors, fàcils, ràpids d'omplir i durant poc temps. Plantejar la possibilitat d'omplir autoregistres mitjançant una aplicació pel mòbil que incorporen les mesures de seguretat necessàries.
- En els casos d'intervencions grupals per als pares/mares, establir un horari i periodicitat de les sessions que faciliti l'assistència. També cal incentivar la seva participació activa en les sessions (*role-playing*, etc.) i promoure la creació d'un grup informal de recolzament entre els participants que pugui sobreviure a la finalització del programa.
- Defugir les discussions amb els pares.
- Evitar portar al terreny personal el que succeeix en les sessions com a professional.
- Aplicar estratègies per a fomentar l'assistència i continuïtat en el tractament.
- Fer un seguiment telefònic quan preveiem dificultats per assistir presencialment. Segons la informació proporcionada, podem programar una visita si cal. Es tracta de facilitar el seguiment als progenitors. Cal tenir-ho present a l'hora de parlar del cost i pagament de la teràpia. Una possibilitat és que quan finalitzin les visites paguin el seguiment per endavant. També busquem motivar-los a realitzar-les.
- Ser honestos.

Algunes idees

Per fomentar la continuïtat en el tractament podem recórrer a: realitzar descomptes en el preu a partir d'x sessions, fixar una matrícula que es retorna quan acaben les sessions d'entrenament per als pares si no hi ha hagut faltes d'assistència, etc.

Quan percebem que els progenitors obstaculitzen la intervenció amb les seves resistències (manca de seguiment de les pautes, manca d'assistència a les sessions, etc.) us recomanem parlar amb ells. És millor acordar no seguir la intervenció si ells no ho tenen clar o no es poden comprometre a continuar, que continuar i que l'acabin abandonant, justificant la seva conducta en aspectes de la intervenció o del psicòleg. Aquesta forma d'actuar deixa la porta oberta a futures intervencions psicològiques, tant realitzades per nosaltres com per altres professionals de la psicologia. Recordem que la nostra prioritat és el benestar del nen/noi. També els podem derivar a altres professionals de la psicologia amb un model/s terapèutic/s diferent i més proper a les expectatives i demandes dels pares/mares. Recordeu que és important explicar als progenitors el nostre model i les seves implicacions tant per a ells com per als nens/nois abans d'iniciar la intervenció. Per exemple, si seguim el model

cognitivo-conductual han de saber que hauran d'aplicar ells límits i estratègies operants en els fills/es, per la qual cosa hauran de realitzar un programa d'entrenament per pares dos cops a la setmana durant x temps i amb x cost.

2.5. El treball terapèutic amb els mestres

La nena/adolescent passa moltes hores a l'escola o a l'institut, de manera que ens cal conèixer si el problema també existeix en aquest entorn, a més de les característiques de la conducta problema i els aprenentatges conductuals relacionats amb aquesta o altres conductes preocupants. Aquesta informació l'obtindrem dels mestres i encara que seria molt recomanable obtenir-la dels companys, no sol ser viable ja que cal el permís dels seus progenitors. Us podeu imaginar la primera reacció d'uns pares a qui es demana permís perquè el seu fill/a parli amb el psicòleg d'un company sobre aquest darrer? A més de necessitar el permís dels progenitors del nostre pacient per a parlar amb els companys de classe, ja que estem reconeixent que acudeix al psicòleg (confidencialitat) i molt probablement tampoc no ho vulguin fer públic.

El paper dels/les mestres en el manteniment de les conductes problema a l'escola/institut i en la seva disminució o extinció és fonamental des del model cognitiu-conductual. El mestre no solament pot intervenir directament sobre les conductes del nen/noi sinó sobre els seus companys, trencant així la seqüència de manteniment de les conductes problema, ja que pot actuar sobre les contingències de reforçament. A més, és un observador extern a la família que ens facilita informació d'un entorn no accessible pels progenitors (Rosa-Alcázar, Rosa-Alcázar i Parada, 2014). Encara que hem de tenir present que els adults tendeixen a coincidir entre ells en les informacions facilitades i no amb les exposades pel nen/adolescent (del Barrio, 2009).

És recomanable que els mestres coneguin el problema del nen/noi ja que pot aparèixer a l'escola o repercutir-hi indirectament en els deures, etc. És desitjable que coneguin els aspectes principals –no cal tot el detall– del trastorn o problema, i també de la intervenció (tasca psicoeducativa del psicòleg) i així puguin canviar les seves falses creences. També és important que disposin de tècniques i estratègies que els permetin actuar davant del problema i modificar certes conductes, a més d'altres que els ajudin a gestionar el propi estrès. L'actitud i comprensió del mestre amb el nen/noi és fonamental per a la intervenció quan actua com a coterapeuta (Rosa-Alcázar, Rosa-Alcázar i Parada, 2014).

La majoria de les recomanacions del treball amb pares de l'apartat «El treball amb els pares/mares» les podem adaptar als mestres. És important recordar que la tasca que realitza el mestre amb el nostre pacient és voluntària a nivell laboral però que li demanem que la faci com a part de la seva feina. És imprescindible motivar-lo i evitar sobrecarregar-lo amb un munt de tasques. Si percep les possibles millores en el comportament durant la classe com un bé comú

serà més fàcil implicar-lo en la intervenció. A més, els aprenentatges realitzats li poden servir per altres nens/nois amb problemes similars o per a prevenir que apareguin certes conductes i millorar així la «qualitat de vida» a l'aula.

Els problemes més freqüents amb els mestres solen ser (Rosa-Alcázar, Rosa-Alcázar i Parada, 2014):

- No assistir a les sessions programades.
- No realitzar les tasques per fer a casa.
- No omplir els registres observacionals a l'escola/institut.
- No mantenir l'aplicació de les tècniques apreses un cop finalitzat l'entrenament.
- Oblidar el seguiment programat.

Com podeu veure són molt similars als que succeeixen amb els progenitors.

2.6. El treball terapèutic amb l'infant o adolescent

A l'hora de participar en una intervenció psicològica amb nens/nois hem de tenir presents els seus **drets**. El dret a ser informats, a que se'ls digui la veritat, el dret a la intimitat i a la confidencialitat i el dret a participar en les decisions.

Recordeu que aquests drets sempre depenen de la maduresa cognitiva i emocional del nen/noi i de la seva comprensió de la situació. Per exemple, no sempre és aconsellable donar tota la informació disponible al nen/noi, prèviament caldrà determinar si la pot assimilar i si és bàsica per a la intervenció (Riquelme et al., 2014).

Prèviament a la intervenció psicològica amb els nens/nois hem de tenir sempre en compte el **desenvolupament cognitiu, conductual i emocional**. La seva edat ens orientarà en el grau de desenvolupament esperat en aspectes com la memòria, el llenguatge (comprensió, capacitat expressiva, etc.), l'atenció, l'orientació temporal, la comprensió d'emocions, la cognició social, l'autoconcepte, etc. A més, ens cal l'avaluació psicològica per a determinar la capacitat i maduresa cognitiva, emocional i conductual de la noia/noi (Ezpeleta, 2001). Així podem decidir com comunicar-nos amb ell/a, el tipus d'intervenció i les tècniques que utilitzarem (teràpia de joc, mentalització, reestructuració cognitiva, etc.). En aquesta decisió també hem de considerar el problema o trastorn, les individualitats de la nena/noia i de la seva família, i el/s nostre/s model/s d'intervenció.

No hem de perdre mai de vista que el nostre pacient és el nen/noi i, per tant, ens cal conèixer la informació que ens pot aportar. Cal que evitem donar més credibilitat als pares que als nens/nois. Qui millor que els nens/nois per a explicar-nos el seu món intern? (del Barrio, 2009). La nena/noia i els seus progenitors poden no coincidir en les informacions per molts motius, per la qual cosa és bàsic disposar de diferents informadors. Recordem que els nens/adolescents se solen comportar de forma diferent en diferents ambients, situacions i persones. A part que cadascú tenim diferents percepcions i interpretacions de les situacions, valors i esquemes mentals que condicionen el que observem i comuniquem (Ezpeleta, 2001).

Conèixer el tipus de **vincl** patern/matern, els **estils educatius i arquetips** dels progenitors ens ajudarà a comprendre i comunicar-nos amb el nen/noi. També podem aplicar les habilitats comunicatives de l'apartat «Habilitats comunicatives», sempre tenint en compte l'edat i la maduresa del nen/noi.

El **vincl terapèutic** que es forma entre el psicòleg i el nen/noi és un dels aspectes més rellevants de la intervenció psicològica i que cal cultivar. Ja sabem que va lligat a l'**aliança terapèutica** i a l'abandonament (real o en forma d'actitud de renúncia). Aspectes com l'empatia, l'honestedat i la confiança són bàsics pel seu establiment, a més dels exposats a l'apartat «Característiques, aptituds i actituds», «El *setting* terapèutic» i «Habilitats comunicatives». Saber escoltar i saber preguntar són aspectes elementals per a comunicar-se amb els nens/nois, a l'igual que amb els adults. Recordem que als nens no els agraden «els interrogatoris» dels adults i molt menys als adolescents. Hem d'utilitzar un vocabulari adequat a la seva edat i nivell de comprensió, i també no utilitzar refranys, frases fetes, que impliquin ironia o terceres intencions. Millor preguntes curtes, clares, no ambigües i amb un tema per pregunta. Pronunciarem clarament i sense recórrer a una parla infantil. Si no estem segurs del que ens diuen demanarem aclariment, evitarem «endevinar» el que volen dir. Abans de fer una pregunta valorarem si cal fer-la tenint en compte com es pot sentir emocionalment el nen/noi quan li fem. Li donarem temps perquè respongui sense interrompre'l. També és important incloure el nom de les persones a les preguntes en lloc dels pronoms (Ezpeleta, 2001; Roji, 1994).

Una forma molt recomanable de promoure l'**adherència terapèutica** del nen/noi és incloure'l en l'establiment dels objectius terapèutics, sempre que sigui possible per factors com l'edat i la maduresa cognitiva i emocional. La participació en l'establiment dels objectius pot implicar des de consensuar amb ells les conseqüències de realitzar una acció, fins a definir l'objectiu específic a treballar. Busquem motivar-lo i que s'involucri en la intervenció. Recordem que els nens/nois no solen demanar portar a terme una intervenció psicològica, no hi solen acudir voluntàriament i moltes vegades no són conscients dels seus problemes. També és aconsellable parlar-los de les activitats i tècniques

que ens ajudaran a arribar als objectius (metes). Quan més atractives resultin les activitats o tècniques emprades al nen/noi, més fomentarem la seva participació. Podem recórrer a la teràpia de joc, dibuixos, *role-playing*, etc. o a reforçadors per a participar en les activitats proposades (Riquelme et al., 2014). Recordeu que les explicacions les hem de fer sempre d'una forma comprensible per a la seva edat i capacitat.

Un aspecte important en la intervenció psicològica amb nens i joves és la necessitat d'establir límits al nen/noi. Els límits en les sessions formen part del *setting* intern de l'estructura terapèutica i són imprescindibles ja que com afirma Landreth (2018):

- Faciliten la seguretat física i emocional al nen/noi.
- Protegeixen el benestar físic del psicòleg i l'ajuden a poder mantenir l'empatia i l'acceptació del nen/noi.
- Promouen el desenvolupament de l'autocontrol, de la responsabilitat i de la presa de decisions en el nen/noi.
- Connecten la sessió amb la realitat i faciliten la generalització dels aprenentatges i experiències a la realitat existent fora de les sessions.
- Reforcen el fet que la relació psicòleg-nen/noi és una relació professional.
- Protegeixen els materials i la sala.

Cal que quan els establim ho fem amb seguretat, paciència, tranquil·lament i amb fermesa. És important que els límits siguin clars, per tant, evitarem els límits condicionats ja que confonen els nens i nenes (per exemple, «No pugis a sobre les cadires petites.»). També cal que ens dirigim sempre al nostre pacient per a transmetre-li la seva responsabilitat. Evitarem fer frases com: «Nosaltres no pugem al sofà», «Els nens no agafen les figures», etc. Recordem sobretot que hem de ser coherents amb els límits que hem establert, amb els nostres comportaments i actituds. El sentiment de seguretat, tant dels nens com dels adults, també va lligat a poder fer prediccions sobre el que ens envolta (Landreth, 2018).

A l'hora d'establir els límits hem de tenir present característiques del nen/noi i del seu problema o trastorn. No establim els mateixos límits en el cas d'un nen amb timidesa que en un nen amb trastorn del comportament. Recordem que no es tracta de fer un llistat enorme i que, en cas de nens amb oposicionisme o rebel·lia, se'ls hi pot plantejar com si es tractés d'un repte. És rellevant que no es plantegi com una prohibició sinó que la nena/nen sigui la responsable de canviar la conducta (per exemple, «La taula no està perquè la peguis; amb el joc del martell pots picar fort.»). Recomanem establir límits davant de conductes perilloses o perjudicials, mostres inapropiades d'afecte, emportar-se

objectes de la sala, comportaments que interfereixen amb la dinàmica de la sessió (entrar i sortir del despatx, demanar marxar abans amb insistència, etc.) o trencar o destrossar objectes, mobles, etc. (Landreth, 2018).

En el cas que un nen trenqui els límits es recomana no amenaçar-lo i que les conseqüències només s'apliquin a aquella sessió. Una forma d'actuar és la de l'exemple següent:

Si tu esculls tirar la sabata al mirall una altra vegada, tu tries no jugar amb la pilota els deu minuts que manquen per acabar la sessió d'avui. Si tu tries no tirar la sabata, tu esculls continuar jugant amb la pilota els deu minuts que manquen per acabar la sessió d'avui.

Com podeu veure parlem de les conseqüències i de la responsabilitat del nen/ noi, sense rebutjar ni castigar el nen/ noi i només parlant de la sessió d'avui. És bàsic que el psicòleg mantingui el que ha dit (Landreth, 2018).

Landreth (2018) en la seva teràpia del joc centrada en el nen/a, ens proposa deu **principis per a relacionar-nos** amb els nens i les nenes que us recomanem recordar durant les intervencions psicològiques amb ells.

Principis per a relacionar-se amb els nens i nenes (Landreth, 2018, pp. 74-75)

- 1) Els nens no són adults en miniatura.
- 2) Els nens i nenes són persones.
- 3) Els nens i nenes són únics i dignes de respecte.
- 4) Les nenes i nens són resilients.
- 5) Les nenes i nens tenen una tendència inherent cap al creixement i la maduresa.
- 6) Les nenes i nens tenen la capacitat de dirigir-se a ells mateixos d'una forma positiva.
- 7) El llenguatge natural dels nens i nenes és el joc.
- 8) Els nens i nenes tenen dret a romandre en silenci.
- 9) Els nens portaran l'experiència terapèutica cap allà on ells necessitin.
- 10) No es pot accelerar el creixement dels nens i nenes.

Bibliografia

- Barudy, J. i Dantagnan, M. (2010). Parentalidad, buenos tratos y competencias parentales. En J. Barudy i M. Dantagnan, *Los desafíos invisibles de ser madre o padre: manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental* (pp. 31-51). Barcelona: Gedisa.
- Bermejo, A., Estevez, I., García, M. I., García-Rubio, E., Lapastora, M., Letamendía, P., Cruz, J., Polo, A., Sueiro, M. J. i Velázquez, F. (2014). *CUIDA. Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores*. Madrid: TEA.
- Comeche, M. i Vallejo, M. (2016). *Manual de terapia de conducta en la infancia*. Madrid: Dykinson.
- Del Barrio, V. (2009). Problemas Específicos de la Evaluación Infantil. *Clínica y salud*, 20 (3), 225-236.
- Duran, N., Manolelles, M. i Pascual, R. (2019). *Guia de plantes medicinals dels Països Catalans*. Valls: Cossetània Edicions.
- Ezpeleta, L. (2001). *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- Ezpeleta, L. (2016). La evaluación de los trastornos infantiles. En I. Comeche i M. A. Vallejo, *Manual de terapia de conducta en la infancia* (pp. 75-108). Madrid: Dykinson.
- Fodor, E. i Morán, M. (2012). Orientación para profesionales sobre la relación paterno-filial durante los tres primeros años de vida del niño. En L. Llavona i F. Méndez, *Manual del psicólogo de familia. Un nuevo perfil profesional* (pp. 97-114). Madrid: Pirámide.
- Haeussler, I. M., Léniz, I., Bunge, C. i Bonfill, M. (2018). *Psicoterapia de niños y adolescentes. Actividades para la práctica clínica*. Santiago de Chile: Catalonia.
- Heller, E. (2010). *La psicología del color. Cómo actúan los colores sobre los sentimientos y la razón*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili.
- Landreth, G. L. (2018). *La terapia del juego. El arte de relacionarse jugando*. Barcelona: Obelisco.
- Majoros, S. i Postigo, S. (2018). La intervención psicológica infanto-juvenil. En R. González i I. Montoya-Castilla, *Psicología clínica infanto-juvenil* (pp. 65-98). Madrid: Pirámide.
- Mohl, A. (2003). *El aprendiz de brujo. Manual de ejercicios prácticos de programación Neurolingüística*. Málaga: Sirio.
- Montoya-Castilla, I. (2018). La evaluación psicológica en la psicología clínica infanto-juvenil. En R. González i I. Montoya-Castilla, *Psicología clínica infanto-juvenil* (pp. 41-64). Madrid: Pirámide.
- Moreno, I. (2016). Características de la intervención terapéutica en la infancia. En I. Comeche i M. A. Vallejo, *Manual de terapia de conducta en la infancia* (pp. 25-74). Madrid: Dykinson.
- Moreno, A. i Fernández, I. (2014). Destrezas terapéuticas sistémicas. En A. Moreno, *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención* (pp. 211-258). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Nahoul, V. i González, J. (2016). *Técnicas de entrevista con adolescentes. Integrando modelos psicológicos*. Argentina: Brujas.
- Nardone, G. (2006). *Corrígeme si me equivoco. Estrategias de dialogo en la pareja*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. i Salvini, A. (2011). *El dialogo estratégico. Comunicar persuadiendo: técnicas para conseguir el cambio*. Barcelona: Herder.
- Olivares-Olivares, P., Macià, D. i Olivares, J. (2014). El papel de los padres en los tratamientos psicológicos. En J. M. Ortigosa, F. X. Méndez i A. Riquelme, *Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes* (pp. 47-61). Madrid: Pirámide.
- Riquelme, A., Ortigosa, J. i Méndez, F. X. (2014). La relación terapéutica con el niño y adolescente. En J. M. Ortigosa, F. X. Méndez i A. Riquelme, *Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes* (pp. 25-46). Madrid: Pirámide.

Roji, B. (1994). *La entrevista terapéutica: Comunicación e interacción en psicoterapia*. Madrid: UNED.

Roji, B. i Cabestrero, R. (2018). *Entrevistas y sugerencias indirectas: entrenamiento comunicativo para jóvenes psicoterapeutas*. Madrid: UNED.

Roji, B. i Saúl, L. A. (2014). *Introducción a los tratamientos psicodinámicos, experienciales, constructivistas, sistémicos e integradores*. Madrid: UNED.

Rosa-Alcázar, A. I., Rosa-Alcázar, A. i Parada, J. L. (2014). La colaboración de los profesores en la escuela. En J. M. Ortigosa, F. X. Méndez i A. Riquelme, *Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes* (pp. 63-81). Madrid: Pirámide.