

---

# El model integratiu en la intervenció psicològica amb infants i adolescents

---

PID\_00270251

Núria Casanovas Puigví

---

Temps mínim de dedicació recomanat: 3 hores



**Núria Casanovas Puigví**

Psicòloga clínica, especialista en infància i família. Formadora i supervisora de psicòlegs i altres professionals que intervenen en la infància i l'adolescència (Espanya-França). Cofundadora de l'Institut de Formació Ayana, de París. Autora del llibre *Guía práctica para la interpretación de los dibujos* (2012).

L'encàrrec i la creació d'aquest recurs d'aprenentatge UOC han estat coordinats per les professores: Neus Nuño Bermudez, Noemí Guillamón Cano (2020)

Primera edició: març 2020  
© Núria Casanovas Puigví  
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

<b>1. Pròleg de l'autora.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Fonaments de la intervenció terapèutica integrativa.....</b>	<b>8</b>
<b>3. L'interès d'utilitzar una teràpia integrativa.....</b>	<b>11</b>
3.1. Beneficis de la teràpia integrativa .....	11
3.2. Possibles limitacions a preveure .....	12
<b>4. L'escolta global de l'infant.....</b>	<b>13</b>
4.1. Diferència entre la comunicació verbal i no verbal .....	13
4.2. Comunicació verbal i no verbal conjuntes .....	14
4.3. Manca d'expressió verbal .....	15
<b>5. Intervenció des del model integratiu.....</b>	<b>18</b>
5.1. Models d'actuació per a la integració de tècniques .....	18
5.2. Intervenció adaptant les tècniques segons el tipus de problemàtica .....	19
5.3. Elecció de tècniques en funció d'on posem el focus: síntomes o causa .....	21
5.3.1. Priorització de tècniques que pal·liïn els símptomes .....	22
5.3.2. Priorització de tècniques que treballin sobre la causa ...	24
<b>6. El joc simbòlic des d'un enfocament integratiu.....</b>	<b>26</b>
6.1. Lliure representació (anàlisi simbòlica) seguida d'una intervenció conductual .....	27
<b>7. El joc terapèutic amb consignes i el treball psicocorporal.....</b>	<b>29</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>31</b>



## 1. Pròleg de l'autora

En les primeres intervencions com a professional donant suport a infants i famílies, em vaig autosorprendre de la important carència que tenia en el camp de les tècniques pràctiques per a tractar cada pacient. Els coneixements que havia adquirit en la meua formació eren apassionants i responien a una part del misteri que representa la comprensió del funcionament psicològic dels humans. Però no responien a tot, sobretot no responien a la meua necessitat de poder saber, a la teràpia, quina tècnica concreta era més adient per a tractar cada infant.

Aquesta realitat amb què em vaig trobar em va portar a desenvolupar un esperit analític que em va permetre aprendre a observar les necessitats de cada pacient i constatar, per mitjà de centenars de sessions, que ens hem d'ajustar a cada persona, però que no podem oblidar que tots podem tenir **tendències que són comunes** a la resta d'humans.

Escoltar cada pacient és del tot necessari i interessant, però també ho és anar més enllà, estudiant els patrons típics que desenvolupen les persones segons les seves característiques personals: la seva edat, personalitat, simptomatologia, situació familiar, i història personal, etc. Si comprem aquests patrons típics, podem comprendre «tots els angles» de la seva problemàtica i, per tant, decidir una intervenció adequada.

Des d'una altra vessant, estant en contacte amb altres professionals de la psicologia, he constatat que molts professionals tenen la sensació que utilitzar una metodologia concreta pot resultar molt eficaç en molts casos, però en moltes altres situacions es poden sentir mancats de recursos per a avançar en la seva pràctica professional.

Cal tenir ben present que tot i que ens trobem davant de dues persones que presenten un mateix símptoma, no podem concloure que el símptoma tingui el mateix origen en els dos casos, ni que les dues persones tinguin les mateixes necessitats.

Algunes necessitats s'eclipsen de vegades sota una altra aparença. Per això quan els psicòlegs veiem «A» en el nostre pacient, de vegades hem de llegir «A» i comprendre que la seva necessitat és «aquesta», d'altres vegades hem d'anar més enllà en la lectura i potser podem descobrir que el que ens estava mostrant el pacient amb la seva «A» és més aviat un «ara necessito B».

Va ser aquest repte tan important que em va portar a descobrir diferents enfocaments terapèutics i a aprendre a utilitzar-los de forma complementària. Des d'aquesta línia de treball, he observat amb grata satisfacció que la utilització de diferents enfocaments de manera integrativa permet molts beneficis, entre els quals en destacaria sobretot tres:

- 1) Ens podem adaptar més fàcilment a les necessitats específiques de cadascú.
- 2) Podem considerar la persona de forma global, la qual cosa permet un treball moltes vegades molt complet.
- 3) Alternant tècniques de diferents enfocaments terapèutics podem utilitzar el millor de cadascun i, alhora, minvar els seus «defectes» o limitacions, que es veuran compensats per les altres tècniques.

Pel que fa a l'aplicació d'aquest tipus d'enfocament, quan treballem amb infants i adolescents, resulta molt enriquidor poder proposar-los un gran ventall de tècniques diferents i ben diverses. Això, ja podeu imaginar, propicia una fàcil adherència al tractament: la proposta d'activitat terapèutica que oferim al menor en cada sessió pot ser molt variada, ajustada a les seves necessitats i a les seves preferències. Aquest ajustament de la metodologia a les característiques i necessitats del nen o adolescent sol resultar molt valorat per part seva.

A teràpia, mostro als infants i adolescents que no solament hi ha una o dues portes per accedir al treball terapèutic, sinó que en podem trobar moltes de diferents per a assolir el mateix objectiu. El sol fet de sentir això, els permet sovint sentir-se molt més respectats i considerats, i facilita que esdevinguin més actius en la teràpia.

Aquest punt m'ha facilitat el **vincl**e terapèutic en molts casos. Freqüentment veig infants o adolescents que venen a teràpia sense que ells ho hagin sol·licitat. En algunes d'aquestes situacions comencen per mostrar conductes d'oposició vers el terapeuta i, per tant, d'oposició envers les tècniques proposades. Aquesta oposició en aquest context resulta normal i, inclús, sana: expressa la seva oposició a la idea que es faci un treball sobre les seves emocions sense que ell o ella ho hagi decidit.

Respectar aquest punt és primordial, ja que el treball de les emocions no és fàcil en si mateix, i pot resultar impossible en el cas que la persona s'hi senti obligada.

No obstant això, seria una llàstima haver d'interrompre una teràpia que acaba de començar només perquè el nen no respon com el psicòleg esperava. No hauríem de parar una teràpia només perquè el nen al principi ens diu que no vol venir. Si ens trobéssim amb una situació similar a l'hora de tractar una malaltia física, interrompríem el tractament mèdic només perquè el nen ens diu que no ho vol? No. El no tractament d'una malaltia pot ser molt perjudici-

al, a curt o a llarg termini. Si un tractament mèdic no fos adequat, no s'enviaria el nen a casa seva, se'n cercaria un altre o, potser, s'investigaria més a fons la situació per a poder percebre una altra causa que expliqui els símptomes.

En psicoteràpia, des del meu punt de vista, ens podem regir pel mateix: si un infant o adolescent no s'adhereix a una tècnica o a una sèrie de proposicions del mateix enfocament, potser és que no són les adequades o no en aquest moment. Així doncs, caldrà llençar-se a la cerca d'altres activitats terapèutiques que responguin millor a la seva situació. A més, hem de comprendre que la necessitat d'expressar una oposició o reticència és un objectiu terapèutic en si mateix, és quelcom que podem tractar per ajudar el menor a viure menys estancat i per ajudar-lo a estar més obert en la cerca de solucions.

Per tot això, m'agradaria al llarg d'aquest document compartir l'interès de treballar d'una forma integrativa quan intervenim amb infants o adolescents, i, sobretot, donar algunes de les bases a tenir presents en el moment de treballar des d'aquest model per a portar a terme un treball eficaç.

## 2. Fonaments de la intervenció terapèutica integrativa

Al llarg de la història de la psicologia s'han desenvolupat diverses corrents terapèutiques, que han constituït les principals escoles de psicologia. Cada una d'aquestes ha tingut els seus creadors, els seus seguidors, les seves modificacions i ampliacions, i s'han expandit per les universitats i instituts de formació d'arreu, algunes amb més ressò i altres amb més discreció.

La **psicologia integrativa** és un enfocament combinat que permet al psicòleg utilitzar diversos coneixements i procediments provinents de diferents enfocaments terapèutics específics, integrant-los per a **acompanyar el pacient des d'una mirada global**, amb una actitud oberta i sense dogmes. Aquesta perspectiva permet als psicoterapeutes oferir respostes creatives i flexibles per a adaptar-se a la problemàtica individual de cada pacient (Beitman, Goldfried i Norcross, 1989; Beutler, Moleiro i Penela, 2004; Corsi, 2005).

Des d'aquest model, primerament, no es considera que un enfocament únic pugui respondre a tots els pacients ni a totes les situacions. Es considera que **els valors de cada una de les corrents terapèutiques**, encara que semblin de vegades ben divergents, poden esdevenir complementaris (Novelo, 2008). Simplement, per a aconseguir-ho, cal actuar sabent integrar-los.

El segon puntal de l'enfocament integrador és que aquest destaca que **cada persona hauria de ser considerada en el seu conjunt**, com una unitat, a partir de la integració de la seva dimensió afectiva, conductual, cognitiva, fisiològica, social i espiritual.

Els orígens del terme *psicoteràpia integrativa* els trobem amb Richard Erskine l'any 1972, quan en una experiència a la Universitat d'Illinois, a fi d'acollir diferents opinions de terapeutes que es regien per diferents enfocaments, va utilitzar la idea d'**integració** (Erskine, 2010).

La premissa central de l'**orientació integradora** és que hi ha moltes maneres amb què el funcionament humà pot ser explorat i comprès. Això significa que la integració pot succeir per mitjà d'una varietat de sistemes o models.

Entre aquests podem destacar quatre grans orientacions:

- 1) Teràpies psicoanalítiques i psicodinàmiques.
- 2) Teràpies cognitives i conductuals.



- 3) Teràpia sistèmica.  
4) Teràpies humanistes.

En les darreres dècades, diferents estudis han constatat l'eficàcia de les diferents metodologies i tècniques existents, i n'han destacat no solament els aspectes més positius, sinó també els seus punts febles (Novelo, 2008).

En la taula següent es presenten algunes de les característiques de les principals línies terapèutiques que s'utilitzen en la pràctica integrativa. No es tracta d'una descripció completa ni detallada de cada una d'aquestes, sinó d'una breu descripció dels **punts forts** que cadascuna ens pot aportar quan l'apliquem en la teràpia infantil i algunes **possibles limitacions** que pot ser interessant que tinguem en compte.

Aportacions i limitacions dels principals enfocaments terapèutics en psicologia infantil

Corrent psicoterapèutica	Beneficis que pot aportar	Limitacions que pot tenir aplicada tota sola
<b>Teràpia del joc (psicoanalítica)</b>	Parteix de la idea que expressar, per mitjà del joc o de les paraules, és alliberador i, per tant, terapèutic. Permet no conduir l'infant cap a un objectiu, sinó donar-li el temps que necessiti perquè sigui més conscient de la seva situació i d'ell mateix. Posa èmfasi en l'escolta: es resta a l'escolta del que la persona diu, fa i dels símbols o arquetips que projecta (els quals són considerats un llenguatge del subconscient col·lectiu).	Llarga durada i, per tant, difícil de portar a terme per algunes famílies per raons econòmiques. Parlar dels esdeveniments difícils del passat pot ser molt difícil o desagradable per alguns pacients. Tendència a responsabilitzar massa els pares de les problemàtiques dels seus fills. Tendència a restar més centrada en traumatismes de la infància que en la reconstrucció de l'actualitat.
<b>Cognitiva conductual</b>	Facilita l'adquisició d'estratègies d'afrontament positives i els canvis de comportament. L'acció sobre el símptoma permet que el nen assoleixi canvis significatius a curt termini. Cerca centrada en els factors de la vida que ens han condicionat i posa èmfasi en el reconducció.	Les estratègies centrades en la gestió de recompenses no sempre són eficaces si no es consideren causes més profundes (traumes, factors hereditaris, etc.). Els pares poden tenir tendència a sentir certa culpabilitat si pensen que el problema de l'infant era solament a causa de les seves males praxis educatives. Quan s'assoleixen canvis relativament ràpids en el símptoma preocupant, els pares solen voler finalitzar la teràpia sense prendre consciència de si el nen està completament bé emocionalment.
<b>Teràpia Gestalt (humanista)</b>	Se centra en la situació actual del nen i la família, sense ignorar d'on procedeix. Utilitza «l'aquí i ara»: el que l'infant viu a la sessió com a eina de treball, més que no treballar directament sobre el passat o els conflictes. Molt centrada en el vincle terapeuta-pacient: el nen projecta en la relació les seves dificultats i el terapeuta pot utilitzar-ho per a ajudar-lo a solucionar-les.	Hi pot haver la tendència a no anar a cercar i, per tant, no tractar directament alguns conflictes del passat. El terapeuta ha d'estar molt a l'escolta d'ell mateix a fi de no projectar fàcilment un excés d'aspectes personals sobre el pacient.
<b>Teràpia sistèmica</b>	Gran eficàcia per a detectar i treballar les interaccions circulars entre les relacions. El treball no solament se centra en l'individu, sinó en aquest i en el seu vincle amb el sistema del qual forma part.	Les interpretacions que el terapeuta fa de les dinàmiques familiars poden ser molt subjectives.

Font: B. Pacheco (2018). Modelos psicopatológicos integrativos para la formulación diagnóstica en psiquiatría de niños y adolescentes. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 43(3).

Per mitjà de diversos estudis que comparen els diferents models psicoterapèutics, molts investigadors han arribat a la conclusió que el canvi del pacient no està tan subjecte a una variable concreta d'un o altre model, sinó que més aviat

deriva de variables comunes compartides pels diferents enfocaments (Opazo, 2001). És a dir, una teràpia sol ser molt favorable per al pacient, indistintament de l'enfocament seguit.

Així doncs, cada enfocament és interessant i eficaç en si mateix, ja que ofereix una explicació característica de la conducta humana i dels seus desajustos emocionals. Cada un utilitza claus diferents per a provocar el canvi en la persona, siguin canvis de conducta, canvis emocionals o de pensament.

Quan el terapeuta utilitza una intervenció des de l'orientació integradora, pot fusionar les diferents corrents terapèutiques per a obtenir canvis possiblement més globals o més reforçats, i es pot aprofitar dels punts favorables de cadascuna d'aquestes, descrits en la taula precedent.

Els exemples que veurem en els apartats següents ens orientaran a comprendre com i quan podem integrar selectivament diferents metodologies. Analitzarem quin o quins enfocaments poden resultar més favorables en cada moment del procés terapèutic (inici d'una teràpia o sessions més avançades) i quins d'aquests podrien ser més adequats per a cada tipus de pacient: pacients que comuniquen o no el seu malestar, pacients amb símptomes preocupants o lleugers, etc.

### 3. L'interès d'utilitzar una teràpia integrativa

L'any 1983 es va crear la Societat per a l'Exploració de la Integració de la Psicoteràpia, que continua explorant els beneficis d'aquest enfocament i publicant textos, investigacions i creant esdeveniments per a difondre'n la seva pràctica (Novelo, 2008).

La teràpia integrativa aporta molts beneficis tant per al terapeuta com per als pacients, ja que compta amb un gran ventall de tècniques, que poden ser utilitzades amb molta flexibilitat, la qual cosa permet que ens puguem ajustar a tractar cada tipus de situació o necessitat d'una forma molt adaptada.

Tot i que encara falten estudis empírics que recolzin les propostes integratives (Nathan i Gorman, 2015), la investigació està progressant de manera ràpida per a evidenciar-ne els beneficis (Castonguay et al., 2015; Boswell, 2017).

#### 3.1. Beneficis de la teràpia integrativa

La **psicoteràpia integrativa** assoleix principalment un benefici doble. Per una part, la persona té a la seva disposició més eines psicoterapèutiques per al tractament i solució dels seus problemes. Per l'altra, el terapeuta compta amb un major nombre d'enfocaments terapèutics per a donar suport al pacient des d'un punt de vista integratiu (Castonguay, 2000).

Altres punts favorables d'aquest model aplicat a infants i adolescents serien els següents:

- Resulta beneficiós tant per tractar bloquejos específics (fòbia, dol, depressió, etc.) com d'altres de naturalesa més generalitzada o amb un origen més inconscient (problemes relacionals, trastorns de conducta, baixa autoestima, trastorn d'ansietat, problemes de son, etc.). El fet de treballar d'una forma integrativa permet accedir a les diferents dimensions de la persona: la **dimensió cognitiva** (estructures i esquemes cognitius, les formes de percebre i concepció del món), la **dimensió conductual** (repertori de comportaments i conductes en l'ambient), la **dimensió psicodinàmica** (dinàmica infrapsíquica en els seus diferents nivells de profunditat) i la **dimensió interaccional** (pautes de relació i de comunicació interpersonal) (Corsi, 2005).
- Permet posar més èmfasi en un tipus d'enfocament o en un altre per a adaptar-se millor a les característiques fisiològiques i emocionals de cada

pacient. Entre d'altres, ens podem adaptar més a cada tipus de personalitat i a cada tipus d'intel·ligència (cinestèsica, verbal, visuoespacial, interpersonal, etc.).

- No estableix una durada determinada per a completar el tractament. Aquesta dependrà de les necessitats de l'infant (pacient), de la seva família i entorn, del seu malestar i dels objectius terapèutics preestablerts.
- Evita que els pacients desenvolupin la sensació de desmotivació envers la teràpia, que pot succeir sobretot quan els seus diversos problemes són tractats amb protocols repetitius. El fet que el terapeuta s'adapti d'una forma molt personal al pacient afavoreix el vincle terapèutic, és a dir, la relació entre el terapeuta i el pacient. Diverses investigacions permeten afirmar que l'evidència més sòlida que relaciona el procés i el resultat és l'**aliança terapèutica** (Orlinsky, Ronnestad i Willutzki, 2004).

### 3.2. Possibles limitacions a preveure

Un dels punts difícils de l'enfocament integratiu és el risc de no seguir una teràpia estructurada (Novelo, 2008): el fet d'intercalar eines de naturalesa força diferent durant la intervenció d'un mateix pacient ens pot conduir al fet contraproduent de no concloure el treball terapèutic sobre algun o alguns dels aspectes que hem tractat amb aquest durant la teràpia. Aquesta varietat de tècniques o eines també pot crear en el pacient una certa confusió.

Per a pal·liar aquesta dificultat, és interessant que a l'inici de la teràpia amb cada pacient, el terapeuta concreti una **llista inicial d'objectius terapèutics** i que els vagi revisant a mesura que el procés terapèutic avança. Aquesta estratègia permet veure amb més distància si se segueix un treball coherent i si la intervenció sobre cada objectiu es realitza d'una forma completa.

Elaborar una llista d'objectius també permet analitzar amb més distància quines eines han estat més adequades per a treballar cada aspecte de la persona i, en el tracte amb menors, també permet explicar als pares o a altres professionals (mestres, treballadors socials, personal sanitari, etc.) la nostra manera de procedir.

Un segon punt, que pot esdevenir una interferència en el treball integratiu, és el risc de voler portar a terme moltes dinàmiques diferents sense conèixer la metodologia. És important que tinguem experiència i formació en totes aquelles tècniques que aplicarem en la teràpia amb l'infant o adolescent.

## 4. L'escolta global de l'infant

Quan actuem des d'aquest model com a terapeutes, hem de prioritzar una **relació d'escolta i de suport** amb el nostre pacient, intentant no ser crítics ni pressuposar aspectes que no ens ha mostrat.

La postura òptima seria la d'estar ben present durant les sessions, per a acompanyar cada infant a explorar i reconèixer la seva pròpia manera de ser, les seves capacitats, i poder-lo ajudar a detectar mica en mica patrons de comportament que comportin desajustos en la seva vida.

### 4.1. Diferència entre la comunicació verbal i no verbal

En les persones, la comunicació no es redueix a la simple resposta verbal. Hem de tenir en compte que de forma general un gran percentatge de la informació la transmetem per mitjà de vies no verbals i, per tant, normalment no racionals.

L'investigador Albert Mehrabian (1967) va descompondre en percentatges el tipus d'informació que impacta en l'altre quan emetem un missatge oral i va determinar que el 7% és verbal, el 38% és paralingüístic (el to de veu, els matisos i altres característiques) i un 55% està format per senyals i gestos.

El **component verbal** s'utilitza principalment per a comunicar informació i el **no verbal** més aviat per a comunicar estats d'ànim o actituds personals.

El component no verbal pren encara més rellevància en els infants. La seva capacitat d'expressió corporal (expressions facials, canvis de la postura corporal), de moviment (gestos, agitació motora, inhibició) o simbòlica (metàfores, joc simbòlic, expressió gràfica, etc.) prenen una gran rellevància en la comunicació general del nen (Ruesch, 1964; Stokoe i Harft, 1996) i, per tant, aquest aspecte s'ha de tenir molt present en el camp terapèutic.

Per mitjà de totes aquestes vies no verbals, l'infant fa una triple funció:

- 1) processa el que ha viscut en la seva vida,
- 2) canalitza les seves emocions i tensions corporals, i
- 3) ho transmet a la persona amb qui està.

Els moviments del cos generalment no són ni positius ni negatius en si mateixos, sinó que serà més aviat la situació i el missatge els que determinaran la seva avaluació (Givens, 2000).

Per tant, intentar escoltar el que el nen expressa globalment, per mitjà del cos, el moviment i les expressions verbals o simbòliques, permet una bona comprensió del procés que està vivint i de les necessitats que té en un moment donat.

Escoltar l'infant en totes les seves dimensions, com hem dit, és la clau per a treballar des d'un enfocament global i integratiu.

Algunes vies d'expressió no verbal de l'infant poden ser (Pacheco, 2018):

- Sons (rialles, vocalitzacions, plors).
- Maneres de parlar (pautes, èmfasi en les paraules).
- Postura (corbar el cos, estirar-se a terra).
- Moviments amb el cap (assentir, negar, etc.).
- Moviments amb les mans (tocar un objecte, posar-se-les a la boca, etc.).
- Moviments oculars (tancar els ulls repetidament, etc.).
- Expressions facials (aixecar les celles, mirar a terra, etc.).
- Barreres amb els braços o cames.
- Jugar amb objectes.
- Rascar-se.

#### **4.2. Comunicació verbal i no verbal conjuntes**

En la majoria de casos, el nen o adolescent ens expressarà verbalment aspectes vinculats al seu món emocional i, a més a més, enriquirà el missatge amb més informació que expressarà corporalment o simbòlicament.

En aquests casos, l'escolta global és interessant perquè permet que l'expressió i la transmissió d'un missatge sigui més completa que la paraula tota sola.

Com a exemple podríem posar el d'un nen de quatre anys, al qual a l'inici d'una sessió terapèutica se li pregunta com se sent. La resposta és «Normal, com un tomàquet vermell» i just després es desplaça a una altra part de la sala.

- Si analitzem en profunditat aquesta resposta, veiem que pren tres nivells: el fet de dir «normal» és la part de la resposta més racional. La que ell coneix i gestiona (controla) i que pot transmetre d'una forma conscient. En aquest cas, el que el nen ens vol explicar és que està en el seu estat normal/habitual.

- El fet d'utilitzar la comparació «com un tomàquet vermell» és una expressió simbòlica que escull de forma espontània. Segurament ho fa d'una forma subconscient per a il·lustrar la seva agitació interna, associant-la al color vermell.
- El fet de començar a desplaçar-se per la sala, arrel de la pregunta que se li formula, seria l'expressió comportamental que ens podria permetre comprendre que l'infant en aquest moment encara no està preparat per continuar parlant si resta estàtic. Aquest seria un bon moment, doncs, per proposar-li activitats motores que permetessin al nen continuar explicant les dificultats viscudes durant la seva setmana, però canalitzant per mitjà del seu moviment l'excés de tensió acumulat.

Aquest tipus de lectura global del nen, aquesta consideració tant de la seva expressió verbal com no verbal, permet escoltar les seves necessitats d'una manera més íntegra, fet que permetrà, seguidament, poder-nos-hi adaptar utilitzant aquelles tècniques terapèutiques que permetin treballar en aquests diversos nivells.

### 4.3. Manca d'expressió verbal

Aquesta segona possibilitat la podem trobar força vegades en l'àmbit psicoterapèutic perquè l'infant **no vol parlar** d'una forma directa d'un problema, o no vol parlar de forma general d'aspectes vinculats a les seves emocions. Altres vegades no és perquè no vulgui, sinó perquè, simplement, no pot.

Hi ha diferents situacions que poden fer que el nen no se senti amb la capacitat de tractar un problema directament per mitjà de l'àrea verbal. Les causes principals solen ser que el nen:

- No disposa d'unes estructures neuronals prou madures per a racionalitzar el que li passa (nens molt petits, en estats de regressió o amb dèficits cognitius).
- Està en una etapa de xoc emocional: la ferida emocional és massa recent, per la qual cosa no pot ni assimilar-la, ni parlar-ne.
- Té un problema que s'ubica en la dimensió de l'inconscient (problemes de vincle, traumatismes de l'embaràs, part o primera infància).
- No està gens acostumat a parlar de les emocions o dels seus problemes.
- Està patint un problema greu i aquest bloqueja massa l'infant.

- Decideix conscientment no voler parlar del problema (falta de confiança amb el psicòleg, por a les conseqüències que pot tenir a casa, víctima d'amenaça per part d'una persona maltractadora, etc.).

Així doncs, veiem que hi ha moltes raons que poden fer que el nen se senti impossibilitat d'accedir a una expressió verbal directa per parlar d'un tema que pot ser una «diana» en el treball terapèutic.

En aquests casos, el fet de transmetre una informació per mitjà d'una via corporal o simbòlica facilita que l'infant pugui igualment realitzar un treball d'alliberació emocional.

El fet de poder expressar el seu malestar per mitjà del seu cos (com serien els tics nerviosos quan li estem parlant de quelcom), del seu comportament (com seria tirar a terra joguines durant la sessió terapèutica) o, inclús, mitjançant el seu llenguatge simbòlic (com seria el d'un nen que diu que és un lleó i que ens vol menjar), és un fet que ja li permet treure una gran part del seu malestar emocional. Permet al nen tractar el tema des d'un pla que no fa que se senti massa afectat pel dolor emocional.

Si a més a més de permetre-li aquesta expressió, com a psicòlegs som capaços d'acollir l'expressió del nen en totes les seves dimensions, estarem propiciant que senti la seguretat que necessita per a posteriorment donar-nos més informació de què li passa.

Prenem un exemple que és freqüent en la intervenció amb els infants: quan el psicòleg fa una pregunta al nen o nena sense obtenir-ne cap resposta verbal, o ens respon una altra cosa que no té (aparentment) res a veure amb la demanda. En aquest tipus de situacions, els professionals tenim la tendència a reaccionar d'una forma força racional: pensar que potser no ens ha sentit o no ens ha entès i, per tant, repetir la pregunta i potser inclús reformular-la. És a dir, insistim.

I si, en aquests casos, en lloc de repetir el que hem dit, escoltéssim més profundament el que l'infant ens respon per mitjà de la seva expressió corporal o simbòlica? Si ho fem, podrem percebre que en la majoria de casos el nen o nena no està completament desconnectat del que li estem qüestionant, sinó que simplement està responent-ho per un altre mitjà.

La seva resposta no verbal o simbòlica li permet treure el problema del seu interior, posant certa distància emocional entre ell i el que li crea malestar: aquest mecanisme és molt eficaç perquè disminueix ràpidament la tensió física i emocional que el problema pot generar.



Els nens tenen molt desenvolupades les àrees no verbals, per tant sí que poden processar situacions de malestar per mitjà del cos, les emocions o les sensacions, però de vegades no arriben a integrar-les a un nivell més racional per un tema de capacitats maduratives.

En aquests casos simplement hem de tenir en compte que la manca d'expressió verbal d'un problema no en limita per res el seu tractament.

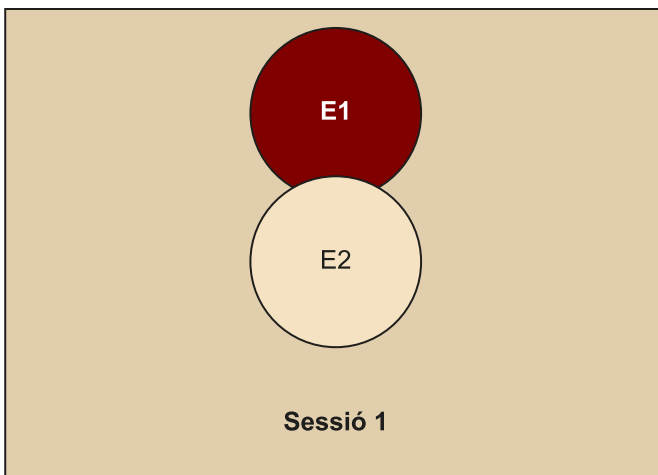
## 5. Intervenció des del model integratiu

La premissa més important a tenir en compte des del model integratiu és que podem utilitzar-lo alternant diferents tècniques o emprant-les conjuntament.

### 5.1. Models d'actuació per a la integració de tècniques

A continuació veurem diferents possibilitats que ens permeten actuar d'una forma integrativa, però tenint en compte que depenent de la situació podem procedir de maneres diferents.

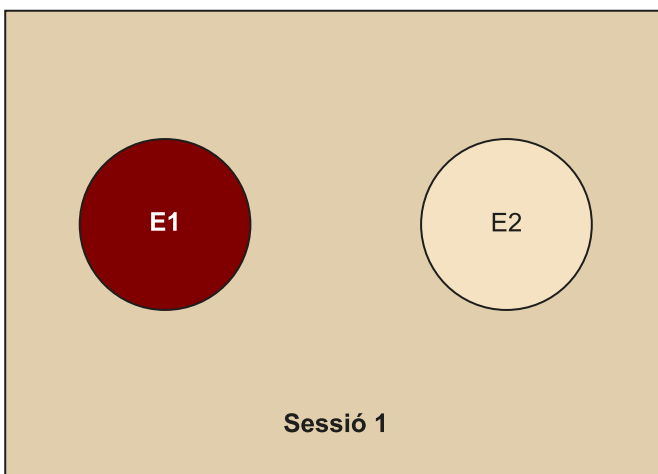
1) Per mitjà d'activitats terapèutiques que compactin diferents models terapèutics, és a dir, que en cadascuna d'aquestes es tinguin en compte les bases de diferents enfocaments.



#### Diferents models terapèutics

Aplicar en teràpia una relaxació que entrellaci una tècnica cognitiva conductual amb la hipnosi o la visualització lliure.

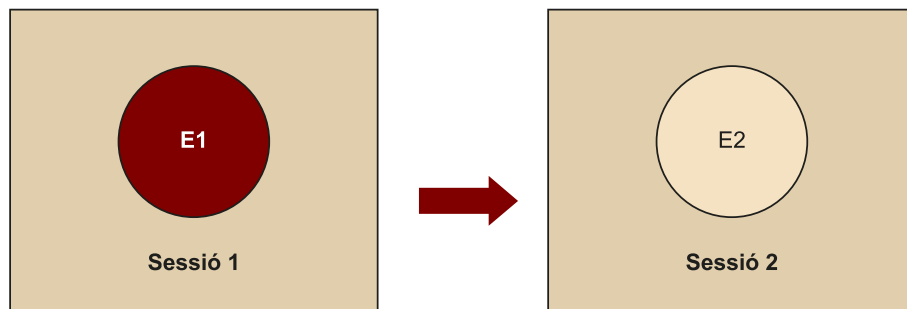
2) Per mitjà de sessions que cada una d'aquestes contingui diferents tècniques procedents de diferents enfocaments terapèutics.



#### Diferents tècniques

Una activitat que consisteixi en el joc lliure, que ens permeti observar l'estat global del nen, seguida d'un joc dirigit d'un enfocament més cognitiu-conductual, que ens serveixi per proporcionar-li recursos que l'ajudin a adquirir més control sobre els seus comportaments.

3) Per mitjà de diferents sessions, cadascuna de les quals amb activitats procedents d'un enfocament diferent.



#### Diferents sessions

En una primera sessió aplicarem una tècnica d'enfocament gestàltic, com ara la línia de vida. En la sessió següent ens centrarem en un enfocament sistèmic, que ens permetrà comprendre la manera de reaccionar de cadascun dels membres de la família des del punt de vista del pacient.

Des d'aquests diferents models d'actuació, la teràpia integrativa permet alternar les tècniques per a adaptar-se a cada problema segons la seva naturalesa i per a treballar amb la persona a diversos nivells.

És a dir, permet escollir la tècnica més adient segons dos criteris, el tipus de dificultat que presenta el pacient i el moment de la teràpia en què estem.

## 5.2. Intervenció adaptant les tècniques segons el tipus de problemàtica

Hi ha problemes psicoemocionals o psicopatologies per les quals una tècnica o un enfocament terapèutic pot ser més adient que altres.

La naturalesa de cada problema convida els psicòlegs a reflexionar i escollir la intervenció més adient.

Per a il·lustrar aquest punt prenem el cas de la tècnica terapèutica anomenada *EMDR*.<sup>1</sup> Es tracta d'una tècnica d'intervenció que permet tractar els **traumes** que una persona ha viscut amb eficàcia i rapidesa (Utrera, Aguilera i Ruiz, 2016). No obstant això, els estudis també demostren que per a tractar altres malestars o psicopatologies no associades a cap trauma, la tècnica no és eficaç en la mateixa mesura. Per tant, caldria canviar-la per una altra tècnica en aquells pacients que tinguin algun altre tipus de problemàtica. O si pensem que l'aplicació d'*EMDR* pot ser favorable, seria adequat poder complementar-la amb altres metodologies per a poder fer una intervenció completa.

Un altre exemple seria el tractament de la **depressió**. Tractar un pacient que presenta depressió des d'un enfocament psicoanalític pot comportar moltes limitacions. Tot i que en molts casos és interessant i necessari que la persona parli dels seus problemes, per a una persona que està deprimida i amb actitud de víctima, el fet de proposar-li que parli i que l'escoltem li pot resultar un

<sup>(1)</sup>La tècnica *EMDR* és l'acrònim, en anglès, d'*eye movement desensitization and reprocessing*. En català es traduiria com la dessensibilització i reprocessament per moviments oculars.

#### Lectura complementària

Per a saber-ne més: F. Shapiro (2002). *EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach: Experts of Diverse Orientations Explore the Paradigm Prism*. APA.

reforç positiu. El fet de sentir-se escoltat propicia en força casos la sensació de sentir-se recolzat, sentir una aprovació. Encara que el terapeuta psicoanalista proposi preguntes o reflexions al pacient per a qüestionar la seva perspectiva sobre com viu les relacions o els fets de la seva vida quotidiana, sabem que, quan una persona està sota una visió negativa d'ella mateixa i de la vida, no pot accedir fàcilment a una comprensió més neutra o positiva dels fets. Això fa que en molts casos l'enfocament psicoanalític no aporti beneficis a curt termini en el treball amb persones amb depressió profunda. Per contra, un enfocament de caire cognitiuconductual en aquests casos podria ser més profitós per a fer sortir el pacient d'aquest estat.

Un tipus de cas concret per a comprendre aquest punt seria el d'un adolescent que assistís a la consulta presentant una desmotivació general pels estudis i per la vida.

El primer aspecte que hauríem de verificar és si és simplement quelcom passatger, típic de l'etapa adolescent (tendència a la desídia, etc.) o si es tracta de quelcom més crònic i intens, com seria un estat depressiu.

Si comprovéssim que els símptomes són presents des de fa més de sis mesos –verifiquem el diagnòstic amb la resta de criteris del DSM o amb l'ajuda d'un psiquiatre–, i acabéssim confirmant la presència d'una depressió, caldria que efectuéssim una intervenció terapèutica adequada a la situació.

Un adolescent deprimat no és un adolescent que habitualment vulgui anar a mirar les problemàtiques del seu passat. Sovint ni tant sols es vol acostar a mirar les problemàtiques presents de la seva vida.

Si està deprimat i fem èmfasi en els problemes que pot tenir en l'actualitat envers els seus iguals, o volem evidenciar que en la seva infància va patir una relació desfavorable amb els seus pares, el podem estar propulsant a sentir un malestar emocional encara més intens.

Una cosa és que el terapeuta pugui tenir al pensament aquestes hipòtesis per a poder comprendre els factors predisponents i precipitants de la depressió. I una altra cosa, ben diferent, és la d'utilitzar o no això com a diana en la teràpia de l'adolescent.

Imaginem que aquest adolescent no és conscient que ha viscut amb un perfil educatiu sobreprotector (mare extremadament angoixada que tenia tendència a sobreprotegir el seu fill des del naixement). En aquesta situació hi podria haver una relació força directa entre el fet que el noi de petit passés tot el dia sota la vigilància de la seva mare i la incapacitat actual d'actuar sense aquesta figura que estava massa present en la seva vida.

Per una banda, aquesta hipòtesi seria molt interessant i caldria tenir-la en compte al llarg del procés terapèutic, però a la vegada seria arriscat abordar-la directament amb el propi adolescent al començament d'una teràpia: una persona que està en un estat de visió negativa de les coses podria interpretar aquest fet com un problema addicional que podria intensificar encara més el seu malestar i la visió fosca de la vida.

Podríem desencadenar en el noi una ràbia cap a la seva mare o més ràbia cap a ell mateix o cap a la societat. Despertar un sentiment semblant en un adolescent deprimat pot ser, en molts casos, impropedent: tot i que la consciència del que li ha succeït podria ser positiva en certs moments, en un moment en què el noi no compta amb prou recursos per a gestionar les seves emocions, o no sent prou emocions positives per a estar motivat a la vida, el fet d'anar a tocar ferides li podria desencadenar problemes greus.

Si en un cas com aquest prioritzéssim aquells enfocaments més estratègics que permetessin al noi començar per millorar el seu estat d'ànim, podríem ajudar-lo a sentir-se millor amb ell mateix i a utilitzar la poca energia de la qual disposa per a cercar vies per augmentar el seu potencial: establir més relacions positives, cercar activitats que li puguin resultar agradables i enriquidores, adquirir més autonomia personal, etc.

Tècniques provinents de la teràpia breu estratègica, per exemple, ens permetrien trencar amb dinàmiques i maneres d'actuar que l'estanquen en el seu malestar. Permetri-

en a l'adolescent assolir a curt termini una millor relació amb els seus pares o companys, que li podrien posteriorment donar suport per a la superació dels seus traumes inconscients.

Tècniques de la psicologia positiva també l'ajudarien a prendre consciència de totes les seves qualitats i a saber com utilitzar-les en el seu dia a dia, i cercar recursos per a treure el malestar que ha anat acumulant. Si el noi compta amb un físic amb potencial, cocrear un programa perquè trobi un esport que li agradi seria una activitat física que podria ajudar a un noi amb aquest perfil a pujar el seu estat d'ànim, actuant en el seu cos la sensació de plaer. De la mateixa manera, li permetria fer una «descàrrega» de la tensió física, que prepararia el noi a saber com calmar la ràbia més fàcilment si en algun moment posterior de la teràpia aquest sentiment es desperta d'una forma més intensa.

Amb aquest cas podem veure que la «visita» al nostre passat no és la prioritat o no és la necessitat en molts pacients. Un treball centrat a tractar les experiències doloroses pot ser difícil per un noi en aquesta situació.

Tot i que efectivament, les experiències viscudes amb els nostres pares ens han marcat i ens poden predisposar a problemes relacionals posteriors, hauríem d'analitzar en cada cas si és procedent o no aquest treball sobre el «passat», sobre la història viscuda. I afavorir, en tot cas, que l'infant o adolescent pugui desenvolupar totes les seves capacitats, recursos i potencials, i també la recerca d'estratègies i la mirada sobre la resolució de problemes.

### **5.3. Elecció de tècniques en funció d'on posem el focus: símptomes o causa**

És important considerar que al llarg de tot el procés terapèutic el pacient pot tenir la necessitat de treballar sobre diversos temes i a diferents nivells. És per això que ens pot anar bé reflexionar i veure **quina o quines tècniques són més favorables segons el moment** de la teràpia en què estem (si estem a l'inici, més cap al mig o si estem a punt de finalitzar la teràpia amb el pacient) i també depenent de si ens volem centrar en el símptoma o en les causes del problema.

Això fa que en les sessions haguem d'emprar diferents tècniques terapèutiques per a fer un treball progressiu.

En aquest aspecte hi haurà un element que hem de tenir especialment en compte:

- De vegades, va bé «ignorar» el símptoma que presenta el pacient a l'inici de la teràpia i treballar sobre la causa.
- D'altres vegades, els símptomes que presenta el pacient a l'inici de la teràpia són necessaris i urgents a tractar i, per tant, seran el focus del treball en aquell moment.

I és que hi ha enfocaments més centrats en el treball del **síntoma**, com serien per exemple l'enfocament cognitiuconductual o la teràpia breu estratègica, i d'altres que prioritzen el treball en la recerca i tractament de les **causes**. La teràpia psicoanalítica seria un exemple d'aquest darrer cas.

De vegades, és el terapeuta qui determina la proposta de treball de cada sessió, decidint si ens dirigim més a tractar la causa o el símptoma. D'altres vegades, és el pacient qui guia la teràpia mitjançant els problemes o necessitats que aporta en cada moment: tot depèn de la línia terapèutica que segueix el terapeuta, però també de la forma de reaccionar dels pacients.

Per a un treball integratiu de l'infant, el més adequat seria cercar l'equilibri entre les diferents maneres de treballar, és a dir:

- Treballar tant el símptoma com les causes d'aquest.
- Adaptar-nos a allò que el nen aporta en la sessió i, alhora, dirigir-lo a tractar aquells aspectes que potser no és capaç de fer tot sol.

### **5.3.1. Priorització de tècniques que pal·liïn els símptomes**

Hem de tenir ben present que quan els símptomes presentats per un infant poden tenir conseqüències negatives sobre la seva vida emocional i familiar, cal prioritzar les tècniques que pal·liïn la simptomatologia amb força rapidesa i eficàcia. Per dir-ho d'una manera més directa, **hi ha símptomes que són una urgència** en el tractament.

Això no exclou, però, que en molts casos els puguem complementar amb altres tècniques que es decantin sobre la detecció de la causa, per així progressivament també abordar el problema des de la seva arrel.

Ja hem vist que aquestes tècniques paral·leles, més centrades sobre la causa, també podríem aplicar-les des de l'inici, o sinó en un segon moment terapèutic, quan el símptoma greu a tractar es comença a calmar o comença a desaparèixer.

Un dels casos en què la intervenció sobre el símptoma és clau seria en el tractament de l'enuresi i l'encopresi. Per a un nen, viure amb la sensació que no té una capacitat de control dels esfínters li pot ocasionar repercussions en diferents nivells:

- **En el pla emocional:** ansietat, afectació de l'autoimatge i l'autoestima.

- **En el pla familiar:** els pares de vegades, des de la impotència, arriben a fer sentir l'infant culpable del que li està passant, el renyen o, fins i tot, poden arribar a castigar-lo per aquest fet.
- **En el pla sociorelacional:** si els companys s'adonen d'aquesta dificultat (per exemple, quan va de colònies amb l'escola), això pot desencadenar situacions d'humiliació. De vegades, els nens amb aquest símptoma acaben per no anar a dormir a casa dels amics i altres limitacions paral·leles.

Amb tot això, podem veure que l'actuació sobre el símptoma és imprescindible, ja que pot aportar millores immediates que preservaran la salut psicoemocional del pacient. Per exemple, les tècniques cognitiuconductuals serien adequades per a dur a terme aquest tipus d'intervenció.

Un protocol per a intervenir en cas d'enuresi seria el següent:

- 1) Descartar causes orgàniques.
- 2) Demanar la història del nen i detectar, en cas d'enuresi secundària, si hi ha presència de possibles factors desencadenants.
- 3) Començar el programa per a facilitar la contenció:
  - a) Revisar els hàbits alimentaris de l'infant (ingestió de líquids al vespre).
  - b) Proporcionar a l'infant tècniques de relaxació per abans d'anar a dormir.
  - c) Implantar l'hàbit d'anar al lavabo abans d'adormir-se.
- 4) Paral·lelament al programa, treballar amb l'infant i els seus pares per a desculpabilitzar-los d'aquesta dificultat i per a poder tractar els factors estressants de la vida de l'infant i la família.

Cal aquesta intervenció per a minvar o fer desaparèixer el símptoma: el problema de contenció. No obstant això, no hem d'oblidar que en la major part dels casos aquesta simptomatologia de fer-se pipi o caca té una funció en la vida del nen: expressar un malestar o angoixa interna.

La desaparició d'aquest, sense tractar temes més profunds de la personalitat o història viscuda, ens pot donar una falsa impressió que el pacient ja està bé i, si no és el cas, l'infant podria al cap d'un temps acabar desencadenant altres símptomes –que inclús poden arribar a ser més contraproductius.

Per tant, el fet d'emprar paral·lelament a aquestes tècniques cognitiuconductuals altres que s'enfoquin a un treball sobre els problemes emocionals o les dificultats familiars, permetria descobrir algunes arrels que han desencadenat l'enuresi i tractar-les progressivament, permetent reparar el problema d'una forma més profunda i definitiva.

En aquest exemple emprat d'enuresi, seria recomanable que la intervenció cognitiuconductual fos guiada per un **treball sistèmic**, que ens permetria observar quina dinàmica provoca tensió en el nucli familiar o a l'escola, i veure quina característica de la mare o del pare desencadena aquesta angoixa en el nen.

L'enfocament sistèmic propiciaria canvis en les dinàmiques familiars que permetrien als pares percebre el seu fill des d'un altre punt de vista i també podrien permetre que el nen pogués aprendre a reaccionar davant de les seves dificultats d'una altra manera: donaríem a la família la possibilitat de descobrir noves formes d'actuació i d'interacció.

### 5.3.2. Priorització de tècniques que treballin sobre la causa

De vegades treballar el símptoma no és convenient.

En aquests casos és important que sapiguem que si procedim d'una forma estratègica en la teràpia, el símptoma acabarà, de totes maneres, per desaparèixer.

Així doncs, en quins tipus de casos és important tractar la causa en primer lloc?

Quan l'esdeveniment que és **la causa dels símptomes és vigent**. Imaginem un nen que viu una situació en què la mare el pega si es porta malament i que presenta problemes de son: es desperta nombroses vegades durant la nit. Aquest seria un nen que necessita de forma urgent que el protegim i el desculpabilitzem. En aquests casos, centrar-nos en els problemes de son que presenta no seria quelcom recomanable, perquè seria com voler parar l'alarma quan la casa encara s'està incendiant. Amb dificultats podríem parar el símptoma, però el malestar sorgiria per una altra via. Sí que se l'hauria d'ajudar a gestionar millor les seves emocions, a calmar-se, etc., però no solament amb la finalitat que dormi bé, sinó més aviat amb l'objectiu de poder ajudar el nen i la seva família a sortir d'aquesta dinàmica greument desfavorable per a tots.

També és important tractar directament i en un primer temps de la teràpia la causa, encara que aquesta s'ubiqui en el passat, **quan el nen ha contingut molt** i necessita fortament centrar-se en això. Podem trobar casos semblants en els dols no elaborats. De vegades l'infant ha patit una pèrdua d'un ésser estimat en una edat molt primerenca, però si el dol no ha estat elaborat, pot desencadenar símptomes de malestar tant a mitjà com a llarg termini. Un nen que ha tingut suport per tractar els seus problemes conductuals (que en podrien ser un símptoma), però que no ha elaborat el dol de la mort del seu avi, per exemple, és un nen que potser té por a tornar-se a relacionar amb altres



persones de forma positiva o intensa, per por a perdre'ls de la mateixa manera. Ajudar-lo a tenir més habilitats socials i més control sobre el seu comportament podria no ser gens eficaç si no se l'ajuda a elaborar el dol pendent.

Si tractem un nen que té mals resultats a l'escola, amb problemes de comportament a casa, amb un nivell d'autoestima més aviat baix, i en la seva història personal percebem que tot això es va desencadenar en una situació en què va patir tocaments quan tenia cinc anys (per una persona desconeguda un dia mentre ell estava jugant al parc). Per on començaríem la teràpia?

En aquest tipus de casos podem reflexionar la nostra actuació de forma general, tenint present que ens haurem de qüestionar en cada cas si és procedent o no actuar de la mateixa manera, ja que hi poden haver factors específics a tenir en compte en cada infant. Però val a dir que de forma general, podem tenir en compte el funcionament de la psique humana i, concretament, de la psicologia infantil per a saber per on entomar el procés terapèutic.

Quan la varietat de símptomes que el nen presenta és tan extensa, de vegades és millor no perdre'ns i establir des del començament una diana concreta i clara a treballar en teràpia.

És veritat que en les primeres sessions no cercarem que el nen ens parli de l'abús sexual patit. Un infant en aquesta situació se sentiria massa vulnerable. Però enfocar el primer objectiu del tractament a treballar sobre aquesta causa, si avancem de forma progressiva i respectuosa, seria adequat.

Podríem començar per donar-li estratègies per a gestionar millor les seves emocions, reforçar la seva autoestima, facilitar que comuniqui amb fluïdesa el seus sentiments i necessitats. I una vegada aquests punts estiguin assolits, si el veiem preparat, podríem començar a treballar el fet traumàtic d'una forma respectuosa. Això permetria treballar no sobre un símptoma, sinó sobre tots alhora, perquè seria com tractar el tronc que manté totes les branques dretes. Sense tronc, no hi ha branques.

La prova de l'adequació d'aquest enfocament en casos similars és que molt sovint ja és el propi infant o adolescent que, quan se sent en seguretat al cap d'una estona de parlar amb el terapeuta (o al cap d'un parell de sessions), ell mateix pot acabar exposant el que li va passar, sense que haguem de fer-li la pregunta directa sobre això.

## 6. El joc simbòlic des d'un enfocament integratiu

El joc terapèutic propicia en si mateix un treball global del nen. En totes les seves variants (joc simbòlic, joc dirigit i altres tècniques psicocorporals), podem veure que permet un treball tant corporal com emocional, i també de ment i de relacions.

«El joc simbòlic és una necessitat catàrtica essencial en els nens per a recuperar la seva estabilitat emocional i el seu ajustament a la realitat».

P. Arnáiz (1987). *Evolución y contexto de la práctica psicomotriz* (p. 95). Murcia: Editum, Ediciones de la Universidad de Murcia.

El **joc simbòlic** és un tipus de joc que l'infant utilitza d'una forma molt intensa sobretot dels dos als sis anys d'edat, tot i que pot continuar essent molt present inclús més tard, segons la personalitat i preferències de cada nen.

El joc simbòlic es dona quan el nen pot utilitzar un símbol o arquetip, un objecte o inclús el món imaginari, per a representar una persona o quelcom que no és present (Piaget, 1982).

Mitjançant el joc simbòlic, l'infant processa les experiències i situacions viscudes, fa front a les seves pors i desenvolupa recursos personals per a afrontar noves situacions.

En aquest sentit, el llenguatge per mitjà dels símbols i arquetips permet elaborar un treball profund sobre les emocions. Les dificultats es tradueixen en reptes, aventures o personatges: el monstre, el llop, el drac, els taurons, etc., són expressions simbòliques de les pors o angoixes internes.

Com a psicòlegs, si observem l'expressió del nen per mitjà del seu joc simbòlic i intentem comprendre el que aquest ens vol expressar, podem accedir a una comprensió no solament de la seva situació, sinó també de com l'està vivint.

Si cada «agressor» expressat representa un problema, no solament intentarem comprendre la naturalesa d'aquest, sinó que, observant la reacció corporal del nen, podrem veure a més a més la seva manera d'afrontar-lo: des de la por, des de l'agressivitat, des de l'evitació, etc.

Enfocaments més analítics permeten veure la importància de deixar al nen expressar el seu món intern i utilitzar aquesta expressió per a interpretar el seu estat i les seves necessitats. La saviesa provinent del «subconscient col·lectiu»,

descoberta per C. G. Jung, ens permet comprendre que tot símbol i arquetip és universal, i ens parla d'una part de la persona, de les seves fantasies i de les seves relacions interpersonals (Shedler, 2010).

No obstant això, quedar-se en una visió merament analítica no permet treure tot el profit del joc simbòlic. De vegades, a teràpia l'infant elabora representacions per mitjà del joc en què:

- No hi veiem cap interès interpretatiu: el joc sembla pobre en emocions o símbols.
- Trobem molta tendència a la repetició (l'infant juga a la mateixa cosa durant molt temps o, inclús, en successives sessions).

En aquests casos, força freqüents, el joc de l'infant provoca al psicòleg una incomprensió que ens pot portar a la sensació de frustració o incompetència.

Quan el joc no evoluciona o no ens porta enlloc, complementar la observació amb altres tècniques més directives permet al nen poder fer un treball molt més complet restant connectat al seu llenguatge simbòlic.

Alternar el joc simbòlic espontani, no induït, amb proposicions de canvi, amb proposicions que intensifiquin les emocions, amb proposicions que afavoreixin el fet de prendre més consciència d'un mateix i dels propis recursos, permet fer un treball integral interessant, tant per al nen com per al psicòleg.

### **6.1. Lliure representació (anàlisi simbòlica) seguida d'una intervenció conductual**

Quan el nen representa d'una forma espontània els seus conflictes, molt sovint no és conscient de les conseqüències d'alguns dels seus actes o actituds, ni molt menys de les causes. Permetre l'expressió lliure en un primer moment permet a l'infant alliberar el seu malestar i les seves tensions internes.

Per a un treball més complet i integral, podríem seguir el joc lliure amb una proposició més directiva que permetés mostrar al nen diverses possibilitats d'actuació, amb les seves corresponents possibles conseqüències o recompenses.

Per a il·lustrar aquesta forma d'intervenció podríem agafar l'exemple d'un nen que a teràpia agafa figuretes articulades, i per mitjà del joc lliure, n'escull una i juga a matar un dinosaure, de manera reiterativa i agressiva. Amb aquest tipus de dinàmica terapèutica, aquest nen estaria fent un treball intern interessant: la hipòtesi a elaborar en aquest cas seria que està lluitant contra les seves pròpies pulsions més primàries.

Aquesta elaboració ja és important i necessària per a preservar o reconstruir l'equilibri psíquic del nen: quan en la seva vida diària les pulsions primitives envaeixen la seva personalitat i dominen el seu comportament, això pot acabar fent-lo sentir feble, amb

falta de control i, per tant, crear un sentiment d'inseguretat que pot fer trontollar la seva autoestima. En el joc, aquest nen pot estar reprenent el control de la seva vida: ell decideix que les seves pulsions primàries no li agraden, que les rebutja, i això li permet viure el sentiment de força interior, ja que pot veure, mitjançant objectes transaccionals, que amb la lluita i l'esforç podria aniquilar aquesta part seva tan alteradora o incòmoda.

Per anar més enllà, i sobretot per ajudar a aquells nens que amb l'expressió simbòlica sola no arriben a fer canvis en la seva vida, podríem afegir una proposta: com a terapeutes, nosaltres podríem aplicar una variant que anomenem *joc simbòlic basat en un model*. La base d'aquesta metodologia es basa en el model conductista i consistiria en el fet que el psicòleg agafés un personatge, sigui un altre dinosaure o equivalent, i mostrés, mitjançant el joc simbòlic, diverses maneres de fer-hi front.

Si li mostréssim amb el nostre personatge que podem parlar amb el dinosaure, que li podem demanar que se'n vagi, que es tranquil·litzi, etc., estariem permetent al nen adquirir d'una forma força ràpida possibles respostes constructives, respostes que el podrien ajudar perquè fins ara ell no coneixia o no sabia aplicar.

Les seves **neurones mirall** –neurones que faciliten que el nen adquireixi aprenentatges per mitjà del que observa–, li permetrien incorporar en el seu ventall de recursos la conducta positiva que li hem mostrat. Aquest fet per si sol ja és positiu i interessant.

Però encara podríem anar més enllà. Si només ens limitem a mostrar-li que el nostre ninot pot utilitzar la comunicació per intentar resoldre un problema amb el dinosaure, sinó que a més aquesta acció provoqués que el dinosaure marxés i deixés el ninot tranquil, podríem crear un **condicionament positiu**: el nen no solament veuria que hi ha diverses possibles respostes per a fer front a un conflicte, sinó que a més n'hi ha algunes que comporten beneficis immediats.

El fet que el dinosaure que estava atacant un personatge del joc s'allunyi, resultaria un premi, una recompensa que faria que el nen es motivés i tingués ganes de reproduir el mateix comportament que amb el terapeuta havia tingut tant d'èxit.

Amb aquesta simple utilització d'una retroalimentació positiva darrera d'una conducta positiva, estariem mostrant a l'infant alternatives de comportament que poden ser més constructives que l'atac. I, sobretot, alternatives que permeten preservar la necessitat que feia que el nen cerqués aquest tipus de joc: la necessitat de sentir el sentiment de força interior, de victòria, de ser capaç de controlar la situació. No sempre es pot «destruir» o «ignorar» l'agressor, però sovint el que sí que és possible és actuar sobre aquest: en aquest cas, per exemple, allunyant-lo.

## 7. El joc terapèutic amb consignes i el treball psicocorporal

El **joc terapèutic amb consignes** és aquell en què el psicòleg proposa al pacient actuar –jugar– amb una certa finalitat i tenint en compte unes consignes que dirigeixen l'activitat i que permetran que l'acció de jugar sigui sanadora: que el treball corporal doni la mà al treball emocional.

Els jocs que fan que el nen experimenti un objectiu concret a partir d'objectes, joguines o per mitjà del treball psicocorporal són especialment indicats per al treball amb infants a partir de tres o quatre anys i amb adolescents.

Des de l'enfocament integratiu es procura partir de **consignes obertes**, és a dir, que siguin modificables segons la necessitat del pacient.

Les propostes de joc terapèutic basades més en el treball psicocorporal que no pas en la utilització d'objectes permeten efectuar un treball molt directe, molt intens i molt interessant per a l'infant o adolescent, ja que el moviment corporal permet entrar més en contacte amb el propi cos i, per tant, facilita la consciència de les sensacions propioceptives i de les pròpies emocions.

Algunes vegades el psicòleg pot recórrer a l'ús de tècniques de joc o tècniques psicocorporals sense fer-ne una anàlisi posterior. Malgrat que aquesta manera d'actuar aporta múltiples beneficis, s'aconsella intensament acompanyar aquest treball psicocorporal, en els casos que sigui possible, amb un treball més cognitiu: **la presa de consciència**. Prendre consciència de les emocions que hem treballat amb l'infant, dels aspectes de la seva vida que han estat tractats durant la sessió.

Un exemple de treball més racional que podria acompanyar una intervenció emocional o corporal, seria el treball psicoeducatiu.

Entenem per **psicoeducació** el fet de facilitar les dades i els coneixements necessaris al nostre pacient per a poder explicar-li, d'una forma el més objectiva possible, un coneixement que li permetrà entendre millor el seu funcionament, el dels altres o el de la societat (Donley, 1911).

Alguns bons exemples de psicoeducació podrien ser explicar al nostre pacient:

- En què consisteix el procés de dol pel qual pot estar passant.
- Quines respostes corporals podem tenir en una situació d'ansietat.
- En què consisteix un diagnòstic concret (per exemple, hiperactivitat, TOC, etc.).
- Com funciona el cervell humà en situacions d'estrès.
- L'explicació neurobiològica que justifica el funcionament d'una addicció i les seves possibles conseqüències desfavorables.
- Etc.

Un exemple per a il·lustrar els jocs dirigits sota un enfocament integratiu seria el de, amb un nen amb altes capacitats que ha viscut un dol, intercalar un treball de psicoeducació amb un joc de descàrrega.

Podríem començar per ajudar-lo a entendre que la fase de ràbia és una fase pròpia del procés de dol, per la qual tothom passa amb més o menys intensitat, i que és una fase que es pot superar, que la ràbia no perdura tota la vida. Aquesta explicació pot ajudar a totes les persones que passen per un procés similar, però encara més a persones molt mentals o amb alt potencial intel·lectual, atès que tenen la tendència a voler i necessitar saber-ho tot i controlar el que els passa.

Si només ens limitéssim a aquesta explicació racional, però, no seria suficient: la intel·lectualització de les emocions, la consciència sobre el que ens passa, ens ajuda a millorar el nostre estat en un gran percentatge, però no permet una millora completa.

A aquest nen que està en la fase de ràbia li podríem proposar jocs terapèutics per a descarregar la seva tensió acumulada físicament, com serien jocs basats en llençar pilotes, ajudant-lo a imaginar que cada pilota és un element que pot simbolitzar el malestar interior.

Actuant d'aquesta doble manera, mentalment i físicament, alternant dos enfocaments terapèutics ben diferents, estaríem duent a terme una intervenció terapèutica que actuaria tant en el camp del cervell cognitiu com en el camp dels altres cervells més primitius: el cervell límbic i el cervell reptilià. Aquesta actuació sobre els tres cervells, a teràpia, permet un canvi emocional instantani i una evolució ràpida del nen en la seva vida.

## Bibliografia

- Araínz, V. i Abad, J. (2011). Realidad y fantasía en el juego simbólico. A A. Ruiz de Velasco i J. Abad. (Ed.), *El juego simbólico*. Barcelona: Graó.
- Arnáiz, P. (1987). *Evolución y contexto de la práctica psicomotriz*. Murcia: Editum, Ediciones de la Universidad de Murcia.
- Beitman, B. D., Goldfried, M. R., i Norcross, J. C. (1989). The movement toward integrating the psychotherapies: An overview. *The American Journal of Psychiatry*, 146(2), 138-147.
- Beutler, L. E., Moleiro, C., i Penela, V. (2004). Hallazgos de la investigación: ¿Qué funciona en psicoterapia? A H. Fernando-Álvarez i R. Opozo, (Ed.), *La integración en psicoterapia: manual práctico* (pp. 69-104). Buenos Aires: Paidós.
- Boswell, J. F. (2017). Psychotherapy integration: Research, practice, and training at the leading edge. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(2), 225-235.
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. C., i Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25(3), 365-382.
- Castonguay, L. G. (2000). Training in Psychotherapy Integration: Introduction to Current Efforts and Future Visions. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 229.
- Corsi, J. (2005). *Psicoterapia integrativa multidimensional*. Mèxic: Paidós.
- Donley, J. E. (1911). Psychotherapy and re-education. *The Journal of Abnormal Psychology*, 6(1), 1-10.
- Erskine, R. G. (2010). Integrating Expressive Methods in Relational Psychotherapy. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 1, 55-80.
- Gendreau, G. (2001). *Intervention psychoéducatif et jeunes en difficulté*. Montréal, Québec: Éditions Science et Culture.
- Givens, D. B. (2000, octubre). Body speak: what are you saying? *Successful Meetings*, 51.
- Nathan, P. E. i Gorman, J. M. (Ed.) (2015). *A guide to treatments that work*. Nova York: Oxford University Press.
- Novelo, G. M. (2008). La Psicoterapia Integrativa Multidimensional en el Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad. *Revista de Psicología Iberoamericana*, 16(1), 44-51.
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica*. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., i Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcomes research: Continuity and change. A M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 307-393). Nova York: Wiley.
- Pacheco, B. (2018). Modelos psicopatológicos integrativos para la formulación diagnóstica en psiquiatría de niños y adolescentes. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 43(3).
- Quiras, V. (2005). Juego y Psicomotricidad. *Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 8, 24-31.
- Piaget, J. (1982). *La formación del símbolo en el niño*. Mèxic: Fondo de cultura económica.
- Ruesch, J. (1964). *Comunicación terapéutica*. Buenos Aires: Paidós.
- Santibañez, P. M., Roman, M. F., i Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109.
- Stokoe, P. i Harft, R. (1996). *La expresión corporal en el jardín de infantes*. Barcelona: Paidós.

Utrera, E., Aguilera, M. J, i Ruiz, G. (2016). Eficacia de la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular (EMDR) en personas con trastorno por estrés post-traumático (TEPT). *Boletín Psicoevidencias*, 45.