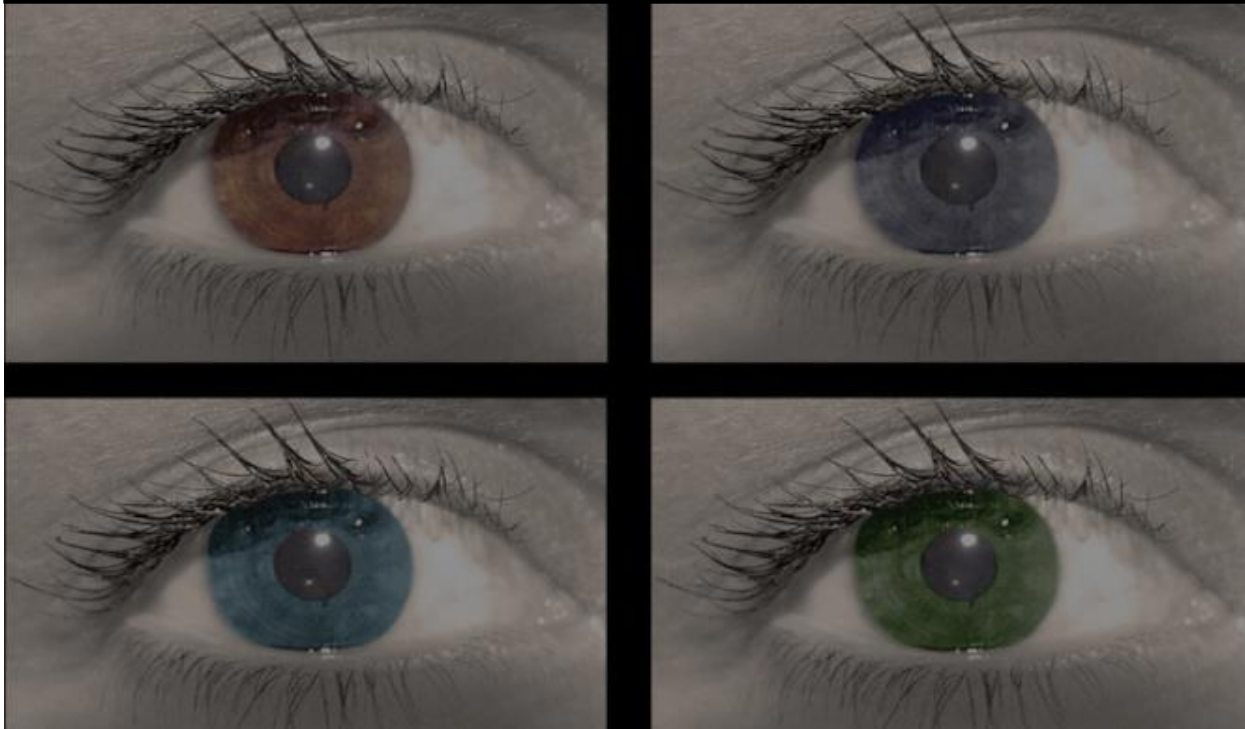


Treball Final de Grau

Psicologia Clínica i de la Salut



Mirades diferents cap el símptoma

Enfocament Cognitiu-Conductual vs. Humanista

Autora: Lumi Espinar

Consultor: Toni Sánchez Alonso

Universitat Oberta de Catalunya

Gener, 2014

Lo contrario de una verdad no siempre debe ser una mentira, sino por el contrario, puede ser otra profunda verdad". Niels Bohr (1885-1962)

Agraïments:

A Albert Pedrenyo, amic i mentor que va creure en mi i em va encoratjar a recórrer aquest camí.

A les meves estimades filles pel temps robat.

A totes aquelles persones amb les que m'he creuat en la vida, que m'han deixat una empremta.

Als professors de la UOC i especialment al meu consultor per les seves puntualitzacions i consells en l'elaboració d'aquest treball.

ÍNDIX

1. Resum / Abstract.....	1
2. Justificació.....	2
3. Objectius.....	5
4. MARC TEÒRIC	6
4.1. Psicologia Cognitiva-Conductual.....	6
4.2. Psicologia Humanista	8
5. El Síntoma.....	12
5.1. Teràpies conductuals.....	14
5.2. Teràpies Cognitives.....	17
5.3. Teràpies Humanistes	22
5.3.1. La Teràpia centrada en el client, de Rogers	26
5.3.2. La teràpia de la Gestalt, de Fritz Perls	27
6. Dues perspectives de la Bulímia nerviosa.....	34
6.1. Model Cognitiu-Conductual	35
6.2. Model Humanista.....	36
7. El Humanisme de les Teràpies de Tercera Generació	40
7.1. Les Teràpies de Tercera Generació	42
8. Altres novetats en teràpia: La Psicologia Positiva.....	45
9. La necessitat de flexibilitzar els criteris APA.....	49
10. El futur de la psicoteràpia	54
11. Conclusions	57
12. BIBLIOGRAFIA	59
13. WEBGRAFIA	65

1. Resum / Abstract

Resum:

Existeixen diferències en la concepció del significat del símptoma i de la patologia, entre la Psicologia Cognitiva-Conductual, considerada com la més rellevant del panorama psicològic, i la Psicologia Humanista, relegada a un segon plànol, degut a la falta de rigor científic. Aquestes diferències es veuen reflectides en el contingut i el procés de les intervencions psicoterapèutiques proposades per ambdós models. Tot i que sembla que sempre ha existit una frontera ben delimitada entre ambdues perspectives, l'aparició en el Panorama psicològic de les teràpies de Tercera Generació i de la Psicologia Positiva, derivades de la Psicologia Cognitiva-Conductual, posa de manifest un canvi conceptual que s'apropa als fonaments de la Psicologia Humanista. Aquestes sinèrgies ens condueixen a suggerir la necessitat de flexibilitzar els criteris que actualment fa servir l'American Psychological Association (APA) per a que un tractament sigui reconegut per la comunitat acadèmica i científica. El fet d'ajustar els criteris i adaptar noves metodologies donaria cabuda a la integració de diferents models psicoterapèutics, que afavoririen els tractaments de forma quantitativa i qualitativa. El moment socioeconòmic actual que estem travessant, dóna pas a l'aparició d'una població més vulnerable a simptomatologia associada amb la desesperança, per tant, és necessari ampliar les psicoteràpies i ajustar el rol del terapeuta de forma que s'adopti menys rigidesa en els processos terapèutics operacionals i més amplitud de mires a la realitat actual.

Paraules Clau: Psicologia Cognitiva-Conductual, Psicologia Humanista, Teràpies Tercera Generació, Criteris American Psychological Association (APA).

Abstract:

There are differences in the conception of symptom and Pathology meaning between the Cognitive behavioral psychology, considered as the most relevant therapy in the psychological landscape, and humanistic psychology, relegated to a second level, due to the lack of scientific accuracy. These differences are reflected in the content and the process of psychotherapeutic interventions

proposed by both models. Although it seems that it has always been a well-defined border between the two perspectives, the appearance in the psychological Landscape of the third-generation therapies and positive psychology, derived from cognitive psychology-behavioral, shows a conceptual change that approaches to the fundamentals of humanistic psychology. These synergies lead us to suggest the need to ease the criteria currently used by the American Psychological Association (APA) so that a treatment is recognized by the academic and scientific community. The fact to adjust the criteria and adapt new methodologies would accommodate the integration of different psychotherapeutics models, which could benefit treatments in a quantitative and qualitative way. The current socio-economic moment that we are going through paves the way to the emergence of a population more vulnerable to symptoms associated with hopelessness, therefore, it is necessary to expand the psychotherapy and adjust the role of therapist so that they adopt less rigidity on the operational therapeutic processes and a broader perspective to the current reality.

Key Words: Cognitive-Behavioral Psychology, Humanistic Psychology, Third Generation Therapies, American Psychological Association (APA) Criteria.

2. Justificació

Si fem un breu recorregut per la literatura que versa sobre la història de la Psicologia i més concretament sobre el perquè del sorgiment dels diferents Paradigmes, Escoles i Models, que ja sigui de forma fastuosa o modesta, s'han volgut fer un espai dins la Disciplina, podem comprovar que la gran majoria de presentacions contenen la paraula "insatisfacció" o "diferències". Tant la insatisfacció per les concepcions precedents, com les teories i pràctiques no compartides per alguns autors que es van desmarcar de la pròpia escola en la que originàriament postulaven, no han fet més que expandir positivament, el coneixement del funcionament de la ment humana.

És per aquest motiu que amb l'obligatorietat d'adoptar la posició ètica i moral que ens correspondria, no podem restar importància ni a les nostres arrels filosòfiques ni a les aportacions dels diferents autors que han anat teixint el gran abric de la Disciplina.

Independentment de quins hagin estat els seus ideals sobre l'ésser humà i el funcionament de la psique, no podem obviar la seva contribució al creixement del coneixement psicològic i a la seva expansió.

He de dir però, que aquesta reflexió que en certa manera és la que motiva el desenvolupament d'aquest treball, es sustenta en una posició de flexibilitat i per tant, no subjecta a principis rigorosos, normes o dogmes estrictes. Aquesta actitud no està relacionada amb el fet d'adoptar un atribut que sembli encomiable, sinó perquè en aquest moment, la meva posició és la de ser espectadora d'un gran planter de teories i pràctiques terapèutiques, més que creadora de cap d'elles.

Amb un exercici d'empatia cap els autors progenitors, afegiré que si hagués estat una d'elles, segurament defendria les meves conviccions com úniques i exclusives, contemplant dins dels meus objectius posicionar-les en el pòdium guanyador de la veritat més absoluta.

Aquest va ser el motiu de les lluites de poder que van tenir lloc als anys 50 entre els seguidors de les dos escoles predominants, la Psicoanalítica i la Conductual, amb l'esperança d'assolir el predomini o inclús monopoli del món acadèmic, com a paradigma únic de la ciència psicològica. Com a conseqüència, es va donar una actitud de rebuig sistemàtic a totes les aportacions psicològiques i psicoterapèutiques que s'allunyaven del propi paradigma, com van ser les novingudes per part del moviment Humanista. Sota aquest paraigües, es van agrupar diferents autors que volien formar part del panorama Psicològic amb noves concepcions respecte al significat de salut mental, a la paraula patologia i sobre el potencial innat que li reconeixien a l'ésser humà. Despullada però, de qualsevol mostra empírica que l'avalés com una autèntica protagonista dins l'escenari, la Psicologia Humanista es va veure relegada a una segona posició, la qual, manté actualment.

Aquest treball pretén fer una mirada a la diferent concepció de l'ésser humà des de dues perspectives doncs, que considero principals. La Psicologia Cognitiva-Conductual, terme pel qual es reconeix al Paradigma Conductual, des de fa més de 30 anys, i a la que com he mencionat anteriorment, se li concedeix el cognom de "científica" per excel·lència i a la Psicologia Humanista, aquella que sembla no desprendre's de les seves vestidures teològiques.

El propòsit principal d'aquest treball és convidar a realitzar un exercici de reflexió que serveixi per apropar els diferents punts de vista respecte a les teories i metodologies terapèutiques, totes elles amb un punt en comú: el benestar de

l'individu. En el seu propi benefici, és necessari adoptar una posició de flexibilitat cap als significats implícits de paraules com símptoma, patologia o cap a la definició de salut mental, per descobrir que les discrepàncies poden traduir-se en una ampliació de possibilitats.

L'anàlisi des de la perspectiva Cognitiva-Conductual i Humanista d'un trastorn alimentari, com és la Bulímia Nerviosa, ens donarà l'oportunitat d'analitzar les diferències entre les dues visions respecte a la concepció de la simptomatologia, així com del contingut del Procés de Intervenció.

Com es veurà, les teràpies de Tercera Generació, que es presenten com la "tercera ona de Teràpies de Conducta" són reconegudes com el major moviment dins la psicologia en el que portem de segle XXI (Pérez-Álvarez, M., 2012). Pretenem fer un anàlisi de les característiques que considerem podrien ser comuns a les concepcions Humanistes, respecte a la concepció de l'ésser humà, del símptoma i del seu tractament.

Per un altre part, fem una exposició un tant crítica respecte al que els seus progenitors anomenen: "noves teràpies", fent referència a la Psicologia Positiva. Els seus temes estrelles són el benestar, la felicitat i l'optimisme, paraules que semblen ressonar dels postulats Humanistes, tot i que com veurem, els autors integrants de la Psicologia Positiva, es desmarquen d'aquest moviment.

Un cop analitzades les característiques humanistes que semblen sortir a la llum, probablement amb un cert emmascarament, fem un anàlisi dels criteris que l'APA (American Psychological Association) fa servir per etiquetar un tractament com "eficaç", posant de relleu el que considerem "alguns buits" en la metodologia que es segueix per la classificació.

Per aquest motiu, proposem la necessitat de flexibilitzar aquests criteris APA, el que podria donar cabuda a tècniques esdevingudes de models diferents als Cognitiu-Conductuals.

Per últim farem una breu exposició de la nostra visió respecte al futur de la psicoteràpia, relacionant-la amb la necessitat d'adaptar-nos al moment socioeconòmic actual on la psicoteràpia té molt a donar i bones oportunitats per incidir en la millora si no del benestar social, al menys afavorir a l'individual.

En definitiva, i com exposarem en les conclusions, ens agradaria poder abraçar la possibilitat de que en un futur immediat, poguéssim convertir-nos en integradors, acceptar els beneficis de la pluralitat, augmentar el ventall d'opcions terapèutiques i evidentment, valorar els resultats en la consulta, posant veu a l'experiència dels terapeutes i dels pacients.

Considerem que el que no es pot mesurar ni representar de forma estadística, també mereix ser tingut en compte i premiat amb el reconeixement.

Ser capaços de trobar un “idioma”, que serveixi per apropar les diferents visions psicoterapèutiques, enriquirà el panorama Psicològic i ens donarà noves vies d'actuació, essencials en el moment actual que travessem.

3. Objectius

- Objectiu general:

Comparar les concepcions entre l'escola Cognitiva-Conductual i el model Humanista respecte al significat de salut mental, patologia i símptoma, aprofundint sobre les divergències que ambdues escoles presenten a l'hora de definir a l'ésser humà.

- Objectius específics:

1. **Entendre** el context històric que emmarca el Paradigma Conductual i la Psicologia Humanista, on revisariem el perquè del canvi qualitatiu que ha suposat afegir l'etiqueta “Cognitiva” a la teràpia de conducta.
2. **Definir** les seves característiques principals, on emfatitzariem la perspectiva de cada model vers la concepció de l'ésser humà, el símptoma i del significat de patologia.
3. **Exposar** les principals pràctiques terapèutiques que emmarcarien el model Conductual, el Cognitiu i el Humanista.
4. **Analitzar** com un trastorn d'alimentació, en aquest cas la Bulímia nerviosa, seria tractat des de les dos perspectives, segons les diferències conceptuals i tècniques de intervenció utilitzades en el procés terapèutic.
5. **Conèixer** els criteris i metodologia que segueix l'APA per considerar quin són els tractaments “Empíricament validats”. Reflexionar respecte a la conveniència de si serien necessàries aplicar altres alternatives més ajustades a la pràctica Clínica.

6. **Analitzar** la base teòrica de les teràpies de tercera generació o “tercera ona de teràpies de Conducta”, així com la Psicologia Positiva per comprovar si podrien existir sinèrgies amb les bases teòriques de la Psicologia Humanista.
7. **Proposar** si pel futur de la psicoteràpia seria òptim la utilització de models integratius on agrupar diferents teories i practiques, així com noves característiques que hauria de reunir el psicoterapeuta.

4. MARC TEÒRIC

4.1. Psicologia Cognitiva-Conductual

Les històries convencionals escullen el 24 de febrer de 1913, com la data en la que s'inicia la revolució conductista de la mà de Watson (1878-1958) i el seu manifest en el que es definia la Psicologia com una branca experimental purament objectiva, amb la meta teòrica de predir i controlar la conducta. Prescindeix de la consciència i la introspecció i redueix la conducta a connexions entre Estímul i Resposta (E-R), sense reconèixer una línia divisòria entre la conducta animal i la de l'ésser humà. Es considera que tota conducta, incloent la desadaptada era fruit de l'aprenentatge.

L'evolució d'aquests postulats apareix per part dels neoconductistes a principis de la dècada dels trenta i mitjans dels seixanta. Destaquem a Pavlov (1849-1936) amb les seves aportacions sobre el condicionament i la reflexologia; la psicologia de l'aprenentatge de Thorndike (1874-1949), de Tolman (1886-1959) o Hull (1884-1952); el condicionament operant de Skinner (1904-1990); el modelat de Bandura (1925) i les aplicacions de Eysenck (1916- 1997) o Wolpe (1915-1997).

Aquests autors convergeixen en l'interès per l'estudi de la Conducta, la consideració de que hi ha una continuïtat entre la conducta normal i la anormal i especialment en la necessitat de mantenir els seus fonaments dins la tradició experimental tant en l'avaluació com en les tècniques emprades durant la intervenció.

Al voltant dels 70 es va iniciar una fase de transformació de la Teràpia de Conducta que es va caracteritzar per la seva apertura cap aspectes cognitius i socials. Wolpe (1915-1997), va ser un dels pioners en reconèixer que tots els coneixements psicològics, com la memòria i les emocions, són de interès per la Psicologia de la Conducta i que tota tècnica era ben rebuda sempre que es pogués comprovar la seva eficàcia.

Diversos autors procedents sobretot de l'àmbit clínic, recolzen l'aportació i manifesten la rellevància dels elements cognitius en l'adquisició, manteniment i canvi de la conducta.

Entre els elements principals que es consideren com antecedents d'aquest canvi destaquem la Insatisfacció respecte als estudis centrats en investigació animal. Es va posar èmfasi en la investigació amb éssers humans, examinant els mediadors cognitius de l'aprenentatge, com per exemple: la consciència, l'atenció, les expectatives i les atribucions. Com els models animals negaven o impossibilitaven l'estudi d'aquests constructes, els models de condicionament devien substituir-se per propostes cognitives.

Per un altre banda, la dificultat de controlar totes les variables ambientals del subjecte feia difícil la generalització dels canvis de la sessió terapèutica. D'aquesta forma es comença a qüestionar-se el reduccionisme conductual poc ajustat a la complexitat humana.

L'enfocament Cognitiu es va difondre ràpidament a partir de la publicació de l'obra de Mahoney (1974) *Cognition and behaviour modification*. Al 1976, aquest autor va crear la revista *Cognitive Therapy and Research*. Al 1977, Meichenbaum va publicar el llibre: *Cognitive-behaviour modification*, que va suposar un pas més en l'assentament d'aquesta orientació. Finalment a l'any 1976, Franks i Wilson van considerar formalment a través de la revista *Annual Review of Behaviour Therapy*, l'any 1976, com "l'any de la cognició".

Neix doncs la Psicologia Cognitiva com a "Paradigma". Aquest terme va ser encunyat per Kuhn a l'any 1962, definint-lo com "una completa constel·lació de creences, valors i tècniques compartits pels membres d'una determinada comunitat" (Kuhn, 1969 citat en Barragàn, 2008).

A principis dels 80, la Psicologia Cognitiva-Conductual es trobava plenament consolidada com enfocament terapèutic, quedant clarament sustentada en quatre pilars: l'anàlisi conductual aplicat, el conductisme medicinal, la teoria de l'aprenentatge social i les teràpies cognitives.

Durant aquesta època es pren major consciència de la necessitat de dissenyar intervencions interdisciplinàries i es produeix l'expansió a noves àrees d'intervenció, entre elles, la medicina conductual, l'àrea laboral o la comunitària.

Els tractaments van augmentant progressivament en complexitat seguint amb la coherència de la conceptualització multifactorial amb la que estaven sent abordats.

4.2. Psicologia Humanista

Considerem el punt de partida de l'Humanisme a partir de Bertalanffy (1901-1972) i les seves aportacions sobre la "Teoria General dels Sistemes". El primer esbós el va presentar de forma "tímida i prudent" a l'any 1937 en un seminari filosòfic a la Universitat de Chicago, però la publicació definitiva sortia a la llum vint anys després, a l'any 1967, durant un simposium celebrat en Detroit per l'American Psychiatric Association, amb màxima expectació per part de més de 1500 persones presents a la sala.

Les sospites que molts autors posen de manifest sobre els vint anys de silenci en el que es va mantenir la publicació, venen donades per la censura vigent a l'època, especialment a Europa, respecte a qualsevol publicació que manifestés alguna investigació i aportació sobre la conducta humana que s'allunyés de la concepció mecanicista de la Psicologia Conductista, predominant en el panorama Psicològic, juntament amb el Psicoanàlisi.

Per un altre banda, també s'hauria de considerar com argument possible a aquest silenci, la dificultat per part dels autors humanistes en traduir en paraules entenedores a la comunitat científica, continguts que semblaven força desorganitzats i caòtics i que per tant no calmaven l'ansietat que es respirava en el panorama Psicològic davant del que molts sentien com una "intromissió" d'altres perspectives.

El contingut manifest en La Teoria General de Sistemes suposava exposar un nou model o imatge de l'Ésser Humà que representava el denominador comú d'altres corrents psicològiques com el desenvolupament de Piaget (1896-1980) i Werner (1932-2001), diferents escoles neofreudianes, el nou punt de vista sobre la percepció, la cognició, així com les teories de la personalitat desenvolupades per Allport (1897-1967) i Maslow, (1908-1970), juntament amb enfocaments en la psicologia de l'educació i la psicologia existencial.

“ hi ha una tendència en general a reduir els esdeveniments mentals i el comportament a un grapat de sensacions, pulsions, reaccions innates i apreses. En contrast, el concepte de sistema procura posar a l'organisme psicofisiològic, com un tot, sota el prisma de l'examen científic”, (Bertalanffy, 1968). L'autor manifesta la necessitat de seguir un model que pogués explicar la vessant creadora de l'home, la importància de les diferències individuals, en aspectes que van més enllà dels valors biològics de subsistència i supervivència i que estan implícits en un organisme actiu. Una visió que difereix del model d'organisme reactiu expressat pels conductistes, amb el seu esquema E-R i de les pulsions de l'escola Psicoanalítica de Freud.

Al mig d'aquestes circumstàncies van sorgint mostres d'inquietud i malestar per part de representats de diferents corrents psicològiques, als quals els uneix el rebuig de la interpretació del model home com a robot o autòmat reactiu i la seva interpretació de l'Ésser Humà com a sistema obert i actiu de la personalitat.

Els psicòlegs vinculats al moviment de la Psicologia Humanista, antecessors i iniciadors del moviment, sorgeixen de la disconformitat amb les seves pròpies escoles.

Conceben a l'ésser humà des d'una perspectiva holista i sistèmica davant la reduccionista i determinista, entenent la personalitat de l'individu no com la suma o juxtaposició de processos (cognitius, emocionals, conductuals) sinó com un sistema o conjunt organitzat i configurat de forma peculiar en cada subjecte, associat a un procés de desenvolupament. S'entén que aquests sistemes s'interrelacionen i es poden influenciar recíprocament, per tant, el terapeuta humanista no perdrà de vista el seu funcionament amb l'objectiu de donar un canvi en el conjunt de l'organització de la personalitat.

Autors conductistes com Eysenck (1916-1997) consideren que el científic no s'interessa pel sistema de personalitat com un tot, sinó solament en les dimensions comuns. Veiem com deixa a la persona com un simple “punt d'intersecció”, sense estructura interna, sense coherència i sense sentit. (Allport, 1963)

Per un altre banda, sense entrar en detall, ja que no és objectiu d'aquest treball, no podem obviar que el Humanisme no només va discrepar amb el Corrent conductual, sinó com ja hem avançat anteriorment, amb el corrent Psicoanalític, ambdós predominants a l'època.

Respecte a aquest últim, els autors humanistes es presenten disconformes davant la tendència del pensament psicoanalític a reduir la creativitat a una

manifestació del comportament humà, provocada per estats neuròtics o psicòtics o derivacions de les pulsions de l'agressivitat i la sexualitat. *“Un artista es en certa manera un introvertit poc allunyat de la neurosi. Es troba angoixat per forces instintives extremadament fortes. (...) Com tot home insatisfet, s'aparta de la realitat i transfereix tots els seus interessos, i la seva libido als projectes i desitjos engendrats pels seus fantasmes, camins que li poden conduir a la neurosi”* (Freud, 1915)

La creativitat és considerada pels Humanistes com un procés d'autorealització o de creixement personal, i per tant és l'objectiu primordial de vida i existència en l'ésser humà.

Remarquem que el terme no s'associa exclusivament a una característica innata de la que poden gaudir els artistes, genis o els científics, sinó que s'entén com implícita en qualsevol activitat quotidiana dels subjectes, sent específica d'un estil peculiar de percebre, pensar, emocionar-se, motivar-se i decidir, sent fidel a un mateix.

Els Humanistes mantenien una actitud oberta i predisposada a integrar teories i tècniques terapèutiques. De fet, el seu objectiu no era la recerca de l'exclusivitat d'un model terapèutic comú, sinó el respecte al pluralisme, la promoció d'associacions, congressos i simposis que constituïssin una mena de plataforma per realitzar trobades i intercanviar diferents aportacions al servei de la salut mental i del creixement personal.

Aquest col·lectiu no mostrava intenció alguna de predominar del panorama psicològic en l'àmbit acadèmic. De fet, ni tan sols va sorgir com una alternativa a les dues escoles predominants, sinó com un “moviment social” interdisciplinari amb predominança psicològica.

Els congressos donaven cabuda a la trobada no només de representats de la Psicologia i la Psiquiatria, sinó de pedagogs, educadors, treballadors socials, infermers, biòlegs, filòsofs, antropòlegs, mestres espirituals de la Índia, i qualsevol persona independentment de la seva professió, que a part d'interessar-se per la salut mental, també tingués un neguit particular en promoure la humanització de la vida individual i social.

Una definició que ens agrada respecte al significat del model tenint en compte el panorama psicològic del moment, és la que proposada Misiak i Sexton (1973): *“La psicologia Humanista és un apropament polifacètic a l'experiència i conducta humana que centra la seva atenció en la singularitat de l'ésser humà*

i en la seva autorealització. Per alguns és una alternativa i per altres un complement dels enfocaments tradicionals del conductisme i del psicoanàlisi”.

Entre els principals antecessors que van confluïr en les idees i projectes inicials de la Psicologia Humanista comptem amb aquells que provenien de l'enfocament de la psicologia fenomenològica (derivada de la filosofia), com els de l'escola de la Gestalt. Altres que provenien de la Psicologia Existencial, com Rollo May (1904-1994) a qui destaquem per la seva participació en els diferents congressos humanistes que s'obrien pas per tal de comunicar els seus postulats.

Per part de l'escola Psicoanalítica, destaquem a autors que van decidir separar-se de Freud, per desavinences en les teories de la personalitat, la psicopatologia i la metodologia terapèutica com Alfred Adler (1870-1907), Carl Jung (1875-1971) i Otto Rank (1884-1939). Neopsicoanalistes com Erich Fromm (1900-1980) i Karen Horney (1885-1952). Tèorics de la personalitat com Allport (1897-1967), i altres autors com Jacob Levi Moreno (1889-1994), creador del Psicodrama, primer mètode psicoterapèutic que introduïa l'activitat experiencial en la sessió terapèutica enlloc de l'exclusiva comunicació verbal.

Entre les publicacions més destacades que van donar visibilitat a la Psicologia Humanista, destaquem articles per part d'Abraham Maslow com "Towards a Humanistic Psychology" (1956); la fundació de la revista Journal of Humanistic Psychology (1961) on col·laboraven de forma regular els autors anteriorment mencionats.

Al mes d'agost del mateix any, un comitè oficial d'aquests membres crea una Associació i de forma progressiva s'estenen les seves ponències a diferents seminaris, especialment dins dels Estats Units. Al 1962 té lloc la primera trobada nacional de la American Association for Humanistic Psychology. Al 1967 es publica la primera obra col·lectiva "Challenges of Humanistic Psychology" i finalment al 1968 l'APA (American Psychological Association) tria com a president a Abraham Maslow, tot i que no seria fins al 1970 que l'APA reconegués com a membre oficial a l'Associació de Psicologia Humanista.

La primera conferència a la Haya, a l'any 1977 va donar pas a l'organització de forma regular de diferents Congressos europeus.

Va ser a l'any 1981 quan a Catalunya s'aproven oficialment els estatuts de l'associació de Psicologia Humanista, sent president el professor Ramón Rosal, que actualment dirigeix el Institut Fromm de Psicologia Humanista Integradora a

Barcelona, i amb qui tinc el gran honor de gaudir de la docència d'algunes assignatures del màster que imparteix. Autors com el professor Rosal, que afortunadament continuen al front de la professió i que han estat precursors i part activa en el desenvolupament de la Psicologia Humanista, manifesten la seva satisfacció al comprovar com bona part dels objectius proposats en els orígens de l'humanisme s'han assolit i han estat compartits per psicòlegs de diferents paradigmes, tot i no haver estat explícitament vinculats al moviment.

Com exemple, en el cas dels models situats en el marc conductual-cognitiu, per assenyalar un canvi, es poden trobar avui en dia publicacions com "Tècniques d'autocontrol emocional" (Davis, McKay i Eshelman, 1982) amb representacions en les seves referències a autors de la Gestalt, la Psicosíntesi, la Bioenergètica, juntament amb tècniques conductuals-cognitives de modificació de conducta.

Al llibre de "Tècniques cognitives per el tractament de l'estrès" (McKay, Davis i Fanning, 1981) els autors referencien autors de l'escola de Palo Alto de Psicoteràpia Existencial, de l'Anàlisi Transaccional.

Afortunadament es donen moltes senyals, com veurem en apartats posteriors, especialment al parlar de les Teràpies de Tercera Generació, de que augmenta el reconeixement de la invalidesa dels postulats mecanicistes, atomistes, deterministes i reduccionistes, i es dona rellevància als enfocaments holistes, sistèmics, constructivistes i experiencials, o el que és el mateix: Humanistes.

5. El Síntoma

Cada enfocament psicològic constitueix un univers en el seu discurs, de forma que el mateix símptoma del pacient pot ser entès de forma ben diferent, segons es posi veu des d'una escola o un altre. La "confusió de llengües" (Pérez, 2003) dificulten les traduccions d'uns i altres.

De fet, no es reconeixen entre ells, perquè cadascú intenta reconstruir a l'altre, enlloc de buscar equivalències i sinèrgies que formin un front comú de concepcions teòriques i pràctiques terapèutiques a favor de la salut mental.

Podem dir que hi ha riquesa de llengües, per la gran diversitat d'escoles que trobem al Panorama psicològic, però també hi ha una manca de comunicació. Per aquesta manca d'acords comuns esdevé una mena de

“caos” en el que es veu immers la Psicologia Clínica i que a més té diferents repercussions pràctiques.

Des del punt de vista del pacient, no és el mateix assistir a un terapeuta d'una escola o d'un altre. El pacient es disposa a agafar camins diferents en la resolució del seu problema, segons quin sigui l'enfocament terapèutic del psicòleg que hi ha darrera de la porta a la que truca, sense que la majoria de les vegades sigui una tria meditada, reflexionada i conscient.

Pot ser que sigui un terapeuta que no faci servir el sistema diagnòstic perquè requereixi un anàlisi diferent, segons la seva orientació terapèutica. Aquest anàlisi estudia, pondera i organitza el problema conforme a les seves coordenades, de forma que el mateix problema, pot tenir derivacions ben diferents. D'aquesta forma, pot disposar-se a fer una exploració de la dinàmica inconscient, on el passat adquireix el major pes com a contingut del procés; pot identificar pensaments irracionals actuals; pot valorar les habilitats conductuals per manegar-se en l'entorn social o pot inclús estudiar les pautes comunicacionals amb la seva parella o amb la seva família.

Així doncs, el pacient es pot trobar estirat a un divan recercant arxius de l'hemeroteca de la seva infància; pot sortir de consulta amb un diari sota el braç per anotar diàriament els pensaments que engendren el problema; convidi a la família a assistir a la consulta portant un genograma a la bossa; analitzi el seu comportament no acceptat per canviar-lo, o bé, s'hagi d'enfrontar a emocions i experiències que fins ara ha mantingut en la foscor de la seva ànima.

Com a conclusió, mentre que un terapeuta insisteix en la necessitat de parlar lliurement del que sigui, ja tingui a veure o no amb el problema, un altre insisteix en seguir un protocol que pugui batejar la simptomatologia amb un nom concret, un altre opta per escoltar sense més, confiant en que la pròpia autorealització innata farà la resta i un altre prefereix utilitzar tècniques de relaxació i estratègies d'autocontrol per assolir la calma, dipositant tota la confiança en que aquesta guanyi la lluita contra l'angoixa.

Sigui com sigui, sembla que els usuaris de teràpia, estan contents amb la metodologia rebuda (Seligman, 1995), la qual cosa sorprèn als psicòlegs clínics, els qui no entenen que als pacients de l'escola contrària els hi vagi tan bé com als seus, sinó és que ho hagin aconseguit per casualitat o per un efecte placebo.

Aquestes reflexions no formen part del passat, ni són simplement un punt a remarcar en la bibliografia de la història de la Psicologia, sinó que formen part del panorama actual i sembla una guerra on les batalles, degut al gran número de models, no deixen de sumar-se.

5.1. Teràpies conductuals

Des de la teràpia de conducta es considera que la major part de la conducta, és fruit de l'aprenentatge, el qual és necessari per adaptar-nos al medi ambient. Davant una conducta desadaptada, esdevindran els símptomes. L'objectiu terapèutic es focalitza en eliminar el símptoma, substituint les respostes inadaptades per altres més adaptatives.

Segons el model, es donen tres tipus d'aprenentatges:

1. **El condicionament clàssic:** un estímul incondicional que provoca una resposta incondicionada, si s'associa de forma repetida amb un estímul prèviament neutre, aquest convertit en estímul condicionat, produirà per si mateix una resposta condicionada similar a la resposta incondicionada.
2. **El condicionament operant:** si una resposta es reforça amb un estímul discriminatiu, la conducta augmentarà quan aquest estigui present.
3. **El modelat:** Un observador pot incorporar al seu repertori una conducta complexa mitjançant la seva observació.

A la conducta no se li suposa doncs un senyal del procés psicodinàmic intrapsíquic. Es considera que hi ha una continuïtat entre conducta normal i anormal perquè les dues es mantenen i es modifiquen pels mateixos principis d'aprenentatge.

Des de la pràctica terapèutica es pretén aplicar les dades de la psicologia experimental tant en l'avaluació de la conducta com en el tractament.

Per detectar els símptomes que comporten la conducta desadaptada, el terapeuta en primer lloc identifica la conducta objectiu, és a dir, defineix el problema motiu pel qual el pacient acut a consulta i els reformula en termes conductuals. Posteriorment identifica les condicions sota les quals apareix la conducta, així com els esdeveniments que antecedeixen, precedeixen i la

mantenen. Un cop especificada i aïllats els esdeveniments ambientals que la controlen, es seleccionen les tècniques concretes que es faran servir per modificar-la.

Per tant, un símptoma no es suposa com allò que esdevé d'un conflicte interior.

Entre les tècniques més importants que es posen en pràctica durant el procés de Intervenció destaquem:

1. **Dessensibilització Sistèmica (DS)** (Wolpe, 1915-1997): basada en el principi d'inhibició recíproca, és a dir, si davant un esdeveniment per ex. estressant esdevé simptomatologia ansiògena, haurem de provocar una conducta incompatible amb aquesta. Això s'aconsegueix mitjançant l'entrenament en relaxació i l'elaboració d'una jerarquia de situacions ansiògenes que es treballen amb la imaginació i quan convé i en una segona fase, es passa a l'exposició en viu, de forma que al pacient se li instrueix a aprendre a relaxar-se en presència de l'estímul ansiogen.

2. **Entrenament assertiu** que té com objectiu tractar l'ansietat davant de situacions interpersonals. A l'igual que en la DS es treballa amb jerarquies, exposant les situacions on el pacient necessita incrementar l'assertivitat. Amb el role playing es practiquen els comportaments entrenats en el context real social del subjecte.

3. **Tècniques de relaxació** entre les que destaquem l'entrenament autogen (Schultz, 1884-1970), que va néixer a partir de la hipnosi i que es focalitza en ensenyar al subjecte com autoinduir-se l'estat de relaxació. Per un altre banda, Jacobson (1888-1983) aporta les tècniques de relaxació progressiva mitjançant les quals el pacient aprèn a assolir un estar relaxat practicant la diferència entre contracció muscular i relaxació.

4. **Inundació i implosió de Stampfl** (1967) mitjançant la qual al pacient se li exposa amb la imaginació a les situacions ansiògenes durant un llarg de temps, entenen que l'exposició perllongada faran que s'habitui a l'ansietat i per tant que desapareguin els símptomes que l'acompanyen. L'autor va integrar aquesta tècnica que es deriva de les concepcions psicoanalítiques, entenen que la por del subjecte és l'expressió simbòlica de quelcom reprimat, així no només se li demana al pacient que imagini escenes relacionades amb la por actual, sinó amb contingut psicodinàmic. Les escenes son presentades pel

terapeuta, exagerant els estímuls ansiògens i els conflictes representat per a provocar el major grau de tensió possible.

5. **Condicionament encobert de Cautela** (1966): qui parteix de la base de que la conducta pot ser modificada imaginant la realització d'una conducta específica i les diferents conseqüències que es deriven d'ella. Així es suposa que les conductes que el pacient ha modificat en la seva imaginació es generalitzaran a la seva conducta manifesta. S'utilitzen també per suprimir respostes d'apropament desadaptatiu (ex. drogadicció). Se li demana al pacient que imagini una conducta que vagi seguida de conseqüències aversives o positives o bé que elimini un esdeveniment aversiu, o que imagini a altres persones realitzant conductes que ell voldria emular.

6. **Teràpia aversiva** que utilitza un estímulo aversiu per modificar la conducta. Com exemple, aquesta tècnica és utilitzada contra el tabaquisme, fent servir durant el procés de intervenció fumar ràpid, sadollar-se (fumar un gran número de cigarretes) o retenir el fum a la gola mentre es respira pel nas.

7. **Modelat de Bandura**: Aprenentatge per imitació basat en que el pacient incorpori conductes adaptades per l'ambient imitant a un model. S'utilitza en pors, obsessions, dificultats pel contacte social o per la falta d'assertivitat. Un cop observada la conducta model, el pacient s'apropa mitjançant el modelat participant a esdeveniments successius a la conducta que dirigeix el terapeuta.

8. **Biofeedback**: focalitzada en el canvi conductual de respostes fisiològiques inadaptades. Per aplicar la tècnica es precisa d'aparells sofisticats capaços de captar i enregistrar les diferents respostes fisiològiques que esdevenen en l'organisme davant diferents esdeveniments que produeixen la simptomatologia. Aquestes tècniques s'han aplicat en problemes d'hipertensió, migranyes, impotència i pensaments obsessius. El que es pretén és que al oferir al pacient informació mitjançant sons o tons que informen dels canvis fisiològics davant la conducta desadaptada, el pacient pugui controlar aquests canvis. Les respostes s'acompanyen de reforçadors contingents.

5.2. Teràpies Cognitives

Les teràpies cognitives consideren que els símptomes apareixen per pensaments i creences inadaptades, per tant es posa èmfasi en els patrons disfuncionals del subjecte i tot i que es recull la informació de la història clínica, es focalitza en el present, sense més exploracions del passat. La intervenció es centra en la resposta a la pregunta “Què haig de fer” i no en el “per què”. Està centrada en els símptomes i en la seva resolució.

L'objectiu de la teràpia es augmentar conductes específiques, pensaments o interaccions funcionals.

Dobson (1998) proposa tres punts comuns bàsics a les teràpies cognitives:

1. L'activitat cognitiva afecta a la conducta
2. L'activitat cognitiva pot ser controlada i alterada
3. El canvi conductual pot obtenir-se mitjançant el canvi cognitiu

Des de la primera sessió s'avaluen els símptomes específics, la seva freqüència, durada, intensitat i característiques. Aquesta mesura es repetida de forma periòdica durant tot el procés d'intervenció per comprovar els canvis que el pacient va assolint.

El terapeuta adopta un paper directiu i s'estableix un compromís entre terapeuta-pacient per treballar de forma conjunta a favor d'assolir els objectius que es proposen en el procés terapèutic.

Degut a que el terapeuta fomenta la independència del pacient, s'emfatitza l'aprenentatge, la modificació de conducta i les tasques d'autoajuda i entrenament d'habilitats d'intercessió.

La Biblioteràpia sobre la simptomatologia que presenta el pacient, és un recurs molt utilitzat, com auto psicoeducació.

Rebutja la idea de les escoles psicodinàmiques, que consideren que l'eliminació d'un símptoma sense atacar les seves causes o el per què, donen pas a un altre símptoma. La meta és eliminar, o al menys reduir els símptomes de forma que amb la seva radicació, també es doni una millora generalitzada en les diferents àrees, sense que apareguin altres símptomes que reemplacin a l'original. Se li demana al pacient practicar noves conductes i cognicions en les sessions i generalitzar-les en el seu context personal.

Entre les principals tècniques terapèutiques, destaquem:

1. **Teràpia racional-emotiva de Albert Ellis (1913-2007)**: Consisteix en la manipulació dels processos cognitius disfuncionals, representats en actituds i sistemes de creences irracionals, associats a conclusions també irracionals.

El terapeuta adopta un paper actiu i directiu, establint el diàleg amb el pacient per a que exposi les seves creences, pensaments irracionals, i poder combatre'ls conscientment.

Ellis considerava que les alteracions psicològiques s'expliquen per la tendència de l'ésser humà a realitzar avaluacions de caràcter absolutista i dogmàtic.

Respecte a les emocions, l'autor considera que existeix una "auto xerrada" entre esdeveniments i emocions i que és el propi subjecte qui s'explica a si mateix una experiència, el que dona pas a una emoció determinada, que no és pròpia de l'esdeveniment, sinó de la seva interpretació (irraciona). El model ABC en el que A son els esdeveniments, B l'auto xerrada i C les emocions, és el que va desenvolupar per treballar en teràpia la relació entre creences irracionals i les emocions.

2. **La teràpia cognitiva de Aaron Beck (1921)**: Beck considera que la forma en la que els individus perceben i estructuren la seva experiència determina els seus sentiments i accions.

La teràpia consisteix en ajudar al pacient a modificar els seus errors cognitius i les seves hipòtesis disfuncionals. Un punt fonamental és la identificació dels pensaments automàtics, els quals apareixen com un reflex, sense reflexió o raonament previ i es graven com plausibles i vàlids. El posar a prova la realitat d'aquestes cognicions i sotmetre-les a una prova de realitat, és un element central en la teràpia cognitiva.

L'autor va desenvolupar les seves propostes originàriament pel tractament de la depressió, en el que posava en pràctica el model de triada cognitiva que explicava el trastorn com una visió negativa que el pacient té de si mateix, del món i del futur.

El procés terapèutic es desenvolupa en tres fases:

A. Avaluació en la que se li explica al pacient el problema i els passos que es seguiran en teràpia

B. Aplicació de tècniques per identificar i modificar els pensaments automàtics i les creences que vagin mantenint la simptomatologia depressiva

C. Prevenció de recaigudes i seguiment.

Altres models importants desenvolupats per l'autor és el creat juntament amb la col·laboració d'Emery (1985, citat en Capafons, 2001) per tractar els trastorns d'ansietat. Van afegir a les fases del tractament per depressió, una fase intermèdia centrada en la interpretació alternativa de les manifestacions somàtiques de l'ansietat i una fase avançada on s'explora amb el pacient els pensaments aterradors, passant a la reinterpretació racional ajudant-se de la relaxació. La inducció de petites crisi en la consulta per posar en pràctica què el client ha après, juntament amb l'exposició gradual als estímuls temuts, són dos pràctiques que s'inclouen en aquesta fase.

Progressivament aquest enfocament terapèutic s'ha anat estenent a altres intervencions, com les de parella on es treballen les interpretacions errònies i els malentesos en la comunicació, el que dóna pas a la imatge distorsionada que cadascú té de l'altre.

3. La tècnica d'inoculació de l'estrès (Meichenbaum, 1978) mitjançant la qual es pretén aconseguir que el pacient "s'immunitzi" psicològicament davant les situacions que li resulten estressants i que donen fruit al sorgiment del símptomes.

La teràpia proposta es basa en enfrontar al pacient a situacions estressants, augmentant progressivament el grau d'ansietat associat les diferents situacions.

Per aconseguir-ho, s'especifiquen les següents fases:

A. Conceptualització del problema i entrenament en habilitats d'avaluació de la situació i els problemes.

B. Entrenament en habilitats per afrontar els problemes responnent a ells de forma flexible. S'assaja amb imatges, joc de rols i auto instruccions.

C. Inducció a aplicar les habilitats apreses passant de situacions simbòliques a les reals.

D. Generalització al context real del pacient i pautes com a prevenció de recaigudes.

Respecte als Trastorn per estrès posttraumàtic l'autor ha desenvolupat un model terapèutic amb l'objectiu de tractar a subjectes que han viscut experiències traumàtiques relacionades amb desastres naturals o provocades per l'home. En la teràpia a part de les fases anteriors, s'inclou la tècnica d'inoculació de l'estrès i reestructuració de la història del trauma i les seves implicacions. S'ajuda a la pacient a moure's de la posició "víctima" a "supervivent" i a reconstruir la seva experiència, basant-se en el contacte amb els altres, en el recolzament i a la necessitat de no contaminar les seves relacions per l'esdeveniment traumàtic.

4. Teràpia dels constructes personals de George Kelly: Les aportacions d'aquest autor sobre els constructes, també son adoptades per la majoria de psicòlegs humanistes, formant part en els processos terapèutics del Humanistes integradors.

El punt de partida de Kelly és la consideració de que les persones organitzem perceptivament el nostre entorn basant-nos en constructes personals, és a dir, en dimensions o categories descriptives.

Es concep l'home com a científic, és a dir, algú que tracta de predir i controlar els esdeveniments que li afecten i que realitzarà prediccions sobre ells basant-se en la seva teoria personal sobre el món.

Proposa un postulat fonamental i 11 corol·laris que defineixen com els processos d'una persona es canalitzen psicològicament conforme a la direcció segons la qual anticipa els esdeveniments.

Els onze corol·laris son:

1. Corol·lari de construcció: una persona anticipa els esdeveniments construint les seves respostes.
2. Corol·lari de individualitat: les persones difereixen unes de les altres en la construcció dels esdeveniments

3. Corol·lari d'organització: cada persona desenvolupa, segons la seva conveniència en anticipar esdeveniments, un sistema de construcció que implica relacions ordinals entre constructes.

4. Corol·lari de dicotomia: el sistema de construcció d'una persona se compon d'un nombre finit de constructes dicotòmics.

5. Corol·lari d'elecció: una persona tria en un constructe dicotomitjat aquella alternativa mitjançant la qual preveu una major possibilitat per l'extensió i definició del seu sistema.

6. Corol·lari d'amplitud: un constructe serveix solament per anticipar un nombre limitat d'esdeveniments.

7. Corol·lari d'experiència: el sistema de construcció d'una persona varia conforme va construint les respostes dels esdeveniments.

8. Corol·lari de modulació: la variació del sistema de construcció d'una persona està limitada per la permeabilitat dels constructes dins del rang del qual de conveniència cauen les variants.

9. Corol·lari de fragmentació: una persona pot utilitzar successivament una varietat de subsistemes de construcció que són incompatibles amb qualsevol altre.

10. Corol·lari de comunalitat: en el grau en que una persona utilitza una construcció de la seva experiència que és similar a la que utilitza un altra persona, els seus processos psicològics seran similars als de dita persona

11. Corol·lari de sociabilitat: en el grau en que una persona construeix els processos de construcció de un altre pot desenvolupar un paper en un procés social que implica a dita persona

Per treballar els constructes del pacient, Kelly va dissenyar el Test del repertori de construcció de roles (o Rep Test). Es treballa amb 25 rols aproximadament, en grups de tres i se li demana al subjecte que en grups de tres exposi

diferències i similituds entre ells. Després d'analitzar-los es modifiquen els constructes necessaris.

5.3. Teràpies Humanistes

Per a la Psicologia Humanista, l'home està dotat de forma innata de totes les potencialitats necessàries per assolir la plena autorealització, objectiu existencial. L'Ésser humà es considerat com un "tot" en qui interrelacionen factors físics, emocionals, mentals i espirituals.

El símptoma sorgeix com la manifestació externa d'un conflicte intern. A diferència de la teràpia cognitiva-conductual, la psicoteràpia humanista no pretén eliminar el símptoma, sinó escoltar-lo i fer que aquest pugui aflorar per a que ens parli de quin és el problema.

No es manté una posició determinista respecte a la "patologia" del símptoma, sinó que es pensa que hi ha símptomes saludables, que ajuden al creixement personal.

La curació sorgeix del que es denomina "awareness", és a dir un "adonar-se" de la realitat. Aquest awareness no succeeix només a nivell cognitiu, com es proposa des de les Teràpies Cognitiu-Conductuals (TCC a partir d'ara), sinó que implica una vivència total de la persona.

"Mentre que un tingui els seus sentits, mentre un pugui veure i escoltar, pot adonar-se del que succeeix i és a llavors quan entén. Si s'aprenen conceptes, si es treballa per tenir informació, a llavors no s'entén. Únicament s'explica. No és fàcil entendre la diferència entre explicar i entendre, tal i com no és fàcil entendre la diferència entre el cor i el cervell, entre el sentir i el pensar". (Perls, 1969)

El procés terapèutic no s'entén com una classe particular en la que el terapeuta expliqui amb argumentacions lògiques les raons per les quals és millor actuar d'una forma o d'un altre. Aquesta actitud no propicia canvis creatius que mereixin la pena de ser integrats en el significat del que implica "una psicoteràpia profunda". No consisteixen tampoc en la eliminació d' algun tipus de conducta de caràcter patològic, sinó canvis que permetin "la organització del sistema en el que es donen els símptomes", és a dir, en l'estructura i psicodinàmica de la personalitat.

L'objectiu és que el subjecte creixi en saviesa interior, en lucidesa, en capacitat de decisió lliure i en autonomia, alliberant-se dels condicionaments patològics o limitadors. Aquest objectiu s'assoleix donant peu a la capacitat intuïtiva del pacient i a que experimenti potents "insights" (intuïcions) que generen impactes emocionals i faciliten els canvis.

Perls (1893-1970) es referirà al "awareness" i Eric Berne (1910-1970), des del model d'Anàlisi transaccional, a les "redecisions" des de l'estat nen, és a dir, a les decisions insanes del "guió de vida" que dirigeix la vida de l'adult i del que no acostuma a ser conscient.

Al igual que la TCC, el Humanisme no s'interessa pel passat o per indagar els fets històrics on poder trobar causes possibles dels símptomes. El seu interès rau en el present, considerant que qualsevol percepció del passat o del futur és feta des de "l'aquí i ara".

Concep a l'ésser humà amb capacitat selectiva per triar en què pensar, el que coincideix amb els fonaments i pràctiques de la Psicologia dels constructes personals de Kelly, com en les tècniques cognitives sobre detecció de pensaments.

Es consideren els pensaments com un "fluir d'una corrent d'aigua" (James, 1965 citat en van Wesep, 1965) o com "un corrent ple de remolins" (Kelly, 1955). No es posa èmfasi en els continguts, com sí que es fa des de la TCC, sinó en el procés, el que significa desplaçament clar des dels problemes fisiològics del pensament cap als problemes psicològics del pensar. No es tracta doncs d'atendre al "què", sinó al "com" té lloc aquest "fluir". Es posa l'accent en la introspecció dels processos del pensament.

Al contrari que en la TCC, la Psicologia Humanista no gaudeix d'una estructura clara de tècniques terapèutiques detallades per fases específiques i que s'apliquen per un trastorn o per un altre. En primer lloc, perquè no parlem de trastorns específics ni és el objectiu, per tant el diagnòstic no és ni prioritari ni forma part dels models "purs" humanistes.

Es considera que hi ha un perill de que les etiquetes psicopatològiques suggereixin la presència d'un factor orgànic, el que freqüentment afavoreix en el pacient, una visió pessimista, fatalista, organicista del seu estat, el que l'inhibeix per a la utilització del seu potencial terapèutic.

Per un altre part, si l'home és irrepètible, no hi ha cap model que es pugui generalitzar de forma contundent i que sigui infal·lible per el diagnòstic i curació del pacient.

El terapeuta humanista és conscient de les limitacions de TOT model terapèutic, així com de les limitacions de TOT terapeuta.

L'objectiu terapèutic no es centra només en resoldre els problemes que presenta el pacient, tot i que és la màxima prioritat, ja que és el requisit amb el que aquest es presenta a teràpia, sinó que mitjançant la clarificació dels problemes i dels canvis experimentats amb el treball terapèutic, es pretén que el pacient descobreixi la possibilitat d'obtenir un treball més profund, que afavoreixi el seu creixement personal.

El fet de considerar el "creixement personal" com un objectiu de vida, es recolza en la concepció de l'ésser humà com un conjunt singular i irrepètible de potencialitats que poden anant desenvolupant-se i que constitueixen una aspiració explícita o implícita en tota persona.

És un procés espontani i natural, al considerar les potencialitats com "innates". Per tant, es tracta de que totes elles, ja sigui a nivell cognitiu, conductual o emocional, estiguin plenament desenvolupades de forma harmoniosa per a que estiguin disponibles per a la lliure elecció del subjecte.

Es dóna un valor especial al concepte de "culpa", entès com el sentiment que es deriva de la distorsió perceptiva, incomprensió i desatenció de les pròpies necessitats i de les necessitats dels altres. Tot i que no es descarta l'existència de sentiments patològics de culpabilitat, es treballa de forma constructiva: la consciència de les pròpies limitacions, la sensibilització respecte als altres i l'augment de la creativitat en el creixement personal (May, 1985).

L'actitud creadora, segons entén Maslow (1954) es troba com a potencial humà dins de cada persona, des del seu naixement. El seu desenvolupament requereix, més que uns trets característics de personalitat, una vivència més o menys profunda de trobar-se amb si mateix i amb l'altre. Aquesta actitud es manifesta per viure el moment present "aquí i ara". L'evasió cap el passat o cap el futur es consideren signes que deriven en simptomatologia patològica per evitar el contacte amb l'angoixa que produeix la realitat del moment.

En teràpia, el creixement personal es treballa mitjançant:

1. **La conducta emocional:** Ser capaç de recuperar el contacte i expressió de les experiències emocionals genuïnes de cada persona: plaer, tristesa, por, ràbia, tendresa, etc.. (dimensió intrapsíquica), així com l'expressió d'aquestes de forma socialitzada i autèntica, és a dir, sense recórrer a conductes antisocials o excessivament socialitzades, en perjudici de l'autenticitat de la comunicació (dimensió interpersonal). El creixement es manifestarà amb l'absència de tensions cròniques o somatitzacions, facilitant l'accés a la consciència de les emocions (incloent l'acceptació del desagrado propi i aliè).

2. **La forma de percebre**, ja que sembla que és l'origen dels problemes psicopatològics. Les percepcions distorsionades afecten al concepte que un té respecte a si mateix i respecte a l'entorn. S'entén com a patològica "la imatge idealitzada de sí mateix" que no coincideix amb el veritable jo i que es font d'exigències desorbitades i rígides –"la tirania del hauries de.." que susciten ràbia, odi i menyspreu de si mateix davant la distància de la pròpia realitat respecte a la imatge idealitzada.

3. Es dóna una **revalorització especial al constructe "Amor"** que sembla no tingut en compte en altres paradigmes. *"És assombrós la poca cosa que tenen a oferir les ciències empíriques sobre el tema de l'amor. És particularment estrany el silenci dels psicòlegs, doncs un s'inclina a pensar que aquesta és la seva obligació principal"*. (Maslow, 1954)

Quan parlem d'amor en Psicologia Humanista, no ens referim a la sexualitat, sinó a una característica pròpia d'aquelles persones que han assolit un nivell òptim d'autorealització. L'amor es caracteritza per estar lliure de necessitat, per compaginar la capacitat d'intimitat amb la independència i llibertat, acceptant a l'altre amb les seves diferències individuals. És una tasca creativa que requereix aprenentatge i perfeccionament

4. **En la forma de decidir**, el que implica percebre una situació com a única, no com un clixé estereotipat, ja que en aquest cas, les oportunitats es limiten. Les decisions afecten a totes les esferes de la personalitat i s'ha d'exercir amb lucidesa i llibertat respecte a les pròpies pressions internes i limitacions. S'ha d'acceptar la pròpia responsabilitat en la decisió, així com les conseqüències i mantenir una actitud flexible per revisar-la de forma que permeti ser eficaç.

5.3.1. La Teràpia centrada en el client, de Rogers

La Teràpia Centrada en el client de Rogers (1902-1987) assoleix la seva ferma implementació a partir de l'any 1944. El procés terapèutic es caracteritza per no concentrar l'atenció en tècniques sinó en entendre al "client" tal i com es veu a si mateix. Rogers no parlava de pacients sinó de client, ja que pensava que la paraula client estava associada a "malalt". De totes formes, molts terapeutes humanistes utilitzen la paraula pacient, ja que "client" segons el parer de la gran majoria, s'associa a una possible transacció econòmica. Amb tots els respectes cap a l'autor, en aquest treball ens continuarem referint al "pacient".

Considerava Rogers que enlloc de diagnosticar, avaluar, formular pronòstics i dirigir subtilment a l'individu, la teràpia s'ha de reduir a *"un sol projecte: oferir una comprensió i acceptació profundes de les actituds conscients del client en el moment en que explora pas a pas les àrees perilloses que ha estat negant a la seva consciència"* (Rogers, 1946 citat en Gondra, 1978).

Segons el model, l'objectiu del psicòleg ha de ser el de percebre sense prejudicis els fets que li manifesta el client i tractar de trobar un ordre intern en els mateixos. El que era important per la ciència psicològica, segons l'autor, era la capacitat de desenvolupar un elevat grau d'observació dels fets tal i com es presenten en la realitat natural (no de laboratori) i una intuïció creadora. No es tracta de trobar explicacions causals sinó d'elaborar descripcions molt matisades dels fenòmens que es van captant en el pacient per tal de comprendre'ls.

Com tots els terapeutes humanistes, l'estil és no directiu. El terapeuta facilita la màxima espontaneïtat en la comunicació verbal del pacient, i disposa d'un estil d'escolta activa i empàtica per a la qual cosa es requereix en ell, el desenvolupament d'unes actituds personals i destreses: Autenticitat, Empatia i Acceptació Positiva Incondicional. Aquestes actituds han estat adoptades per la TCC per establir el vincle terapèutic amb el pacient.

Entén al terapeuta com aquell que es presenta davant del pacient despullat de qualsevol atribut tècnic i científic i es converteix en un company obert al diàleg i com a tal, la seva qualitat més important és l'autenticitat i la transparència de la seva persona.

Per un altre banda, és l'encarregat de crear unes condicions propícies al creixement i al canvi terapèutic.

No tots els psicòlegs humanistes estaven d'acord amb que només amb aquesta tècnica es pogués assolir l'èxit en teràpia. Al igual que la majoria d'autors, Fromm considerava que el llenguatge no abasta tota la realitat psíquica i per tant, ni la paraula del pacient ni la del terapeuta, havia de ser l'únic vehicle per assolir la "curació".

En altres models terapèutics humanistes, com la Gestalt que veurem a continuació o en el Psicodrama, l'Anàlisi transaccional, la Bioenergètica i les psicoteràpies corporals, es manté la fidelitat a unes tècniques per aplicar en teràpia, tot i que també es manté la primacia de les actituds rogerianes.

5.3.2. La teràpia de la Gestalt, de Fritz Perls

Perls i tots els seguidors del model gestàltic, han col·locat en el centre del seu model psicoterapèutic la introspecció del corrent del pensament, que es coneix com a "contínuum de consciència". Aquest concepte es relaciona amb el "com" de l'experiència i mitjançant aquest s'assoleixen efectes sorprenents i notables en teràpia. *"La gent es classifica en els que parlen i els que escolten; però molt poques persones poden fer ambdues coses. Se sol escoltar: "em vaig dir a mi mateix", però rarament "em vaig escoltar a mi mateix". La meditació que jo suggereixo és escoltar al propi pensament. Es possible escoltar-se a un mateix pensar i fer-ho fins discernir si és un mateix qui està parlant o si és alguna altre persona"* (Levitsky i Perls, 1970)

S'entén que a partir de l'exploració que el pacient fa respecte a sí mateix, aquest observa com s'interromp el contacte amb la realitat.

Les emocions són la part més rellevant de l'ésser humà. Segons Perls *"és un regulador crucial de l'acció, doncs no sols proporciona la base per assolir "l'awareness", sinó que també energitza l'acció apropiada o la recerca de l'acció. No són doncs molèsties a eliminar, sinó els indicadors dels nostres interessos i per tant, el que som i el que és el món"* (Perls, 1974).

A l'assolir l'awareness o presa de consciència de les emocions, el subjecte contribueix també a que s'adoni de les tensions musculars que acompanyen el impuls contingut. Aquest és el "síntoma" que també precisa acceptar com a propi, de forma que identificant-se amb ell pugui trobar la forma de satisfer i expressar ambdues parts.

El símptoma és el signe d'una maduració incompleta, ja que significa que no esta en contacte ni amb si mateix ni amb la realitat, i per tant no és una persona "sana".

Des de la teràpia gestàltica, la malaltia apareix com una falla o bloqueig en l'autoregulació organísmica del pacient i s'entén que sota el símptoma que pateix el subjecte, hi ha un missatge que prové del fons del seu ser, el qual és necessari atendre i comprendre per a que la persona l'integri.

Aquesta autoregulació organísmica dependrà de la capacitat de l'individu en el "awareness" o procés d'adonar-se de si mateix, de les seves necessitats i de l'acceptació que tingui de les mateixes. A major grau de consciència, major espai per a que es doni aquesta autoregulació. Si es presenta un símptoma, vol dir que la persona no té la capacitat suficient d'escoltar-se.

"Alguna cosa hi ha en la posició que el subjecte adopta davant l'existència que li impedeix la experiència de plenitud i autorealització que, per definició, és inherent a la vida. L'axioma d'autoregulació organísmica que, amb una o un altre formulació, es compartit per tota la psicologia humanista, ho il·lustra amb precisió. Aquesta concepció defensa, per tant, la possibilitat d'un acoblament perfecte entre individu que flueix sense entrebancs en el propi esdevenir de l'existència. És l'individu, per tant, qui s'impedeix a sí mateix ser feliç " (Orueta, 2003).

Normalment una persona acut a teràpia amb el desig conscient de treure's de sobra un símptoma, aquella sensació que l'ofega i que no el deixa viure. Els terapeutes gestàltics entenen que allò que el fa patir és "quelcom" que ell esta mantenint i per tant és cap aquest "quelcom" que el terapeuta gira la mirada, allà on el pacient no vol detenir-se.

Per tant, és important saber si aquest símptoma esta proporcionant un benefici secundari al pacient, és a dir, "el fet d'estar deprimat fa que les persones m'atenguin.. per exemple".

Des d'un punt de vista, "científic", bé podríem dir que sembla una paradoxa depositar la responsabilitat del símptoma en el propi subjecte que el pateix, ara bé, quan estem deprimits, qui aixafa la nostra energia, qui ens sotmet a un pou d'apatia i distímia? S'entén que tot i que no sigui un acte conscient, som nosaltres qui executem tal acte. Enfrontar-se sempre als fantasmes que ens acompanyen pot ser massa dur, per això utilitzem el símptoma com el nostre refugi.

“Les actituds evitatives que sostenen al símptoma són automàtiques i reactives a un món més fantasmagòric que real i es disparen sense el nostre consentiment”. (Nadal, 1999)

No es tracta doncs d'ignorar la queixa del pacient, sinó d'acompanyar-lo, escoltar-lo i disposar com a terapeutes, d'una mirada més ampla que la que té el propi pacient.

Confrontant al pacient amb el símptoma, fent-li veure que hi ha molt més que no ens esta mostrant, transitant per les parts angoixants o doloroses i endinsar-se al ritme que el pacient vulgui en territoris que fins ara, ni ell havia explorat, ni verbalitzat.

El símptoma doncs no és un enemic, sinó un “aliat” que ens informa de què és el que interfereix en el nostre procés de creixement personal, que ens bloqueja el procés d'autorealització i equilibri, aquelles necessitats que estan quedant insatisfetes. Per analitzar-les, des de la Gestalt s'entén que hi ha una sèrie de fases per les quals va passant la necessitat, esdevenint del “fons” i convertint-se en “figura” per satisfer-se. Quan no ho aconsegueix, es parla de “Gestalt” (totalitat) inconclusa.

Perls considerava que quan estem sans, estem en contacte amb nosaltres mateixos, i amb la realitat, però moltes vegades, les nostres necessitats entren en contradicció amb altres que ens fan entrar en conflicte i és llavors quan es dóna aquesta interrupció del cicle.

“La Gestalt vol ser completada. Si la Gestalt no és complerta, queden assumptes inconclusos i aquestes situacions pressionen i pressionen fins ser completades” (Perls, 1973)

El cicle Gestàltic es divideix en les següents fases:

1. **Sensació:** Apareixen sensacions corporals i percepcions de l'entorn, així com pensaments, emocions, imatges, però res concret. Es requereix escolta activa.

2. **Consciència:** Les sensacions s'organitzen. Ja podem anomenar el que hem percebut, el que pensem i el que sentim. Ja sabem si tenim gana, si volem una abraçada o si volem sortir a passejar amb un amic. La figura ja és clara, tenim una necessitat. La consciència doncs ajuda a l'organisme a orientar-se i posar-se en marxa

3. **Energització:** Apareixen les imatges i fantasies del desig i de com pot satisfer-se la necessitat. Es mobilitza l'energia, ja sigui en forma d'emoció, impuls o excitació corporal.

4. **Acció:** Ens posem en moviment. L'energia es dirigeix a l'objectiu i dóna els passos necessaris per satisfer-se.

5. **Contacte:** Es dóna un intercanvi entre subjecte i entorn, per tal de satisfer la necessitat (menjo, truco a un amic, abraço a la meva parella, etc..)

6. **Consumació/realització:** Es dóna una fusió entre nosaltres i l'ambient. Experimentem la satisfacció d'haver satisfet la necessitat.

7. **Retirada:** La necessitat ha estat satisfeta, passa al fons i torna a sorgir una nova figura (o necessitat) i disminueix la intensitat, o pot aparèixer la frustració per no haver-la satisfeta. Si som conscients, podem intentar-ho en un altre moment o obviar el fet.

Quan alguna fase del cicle queda interrompuda, és quan apareix el símptoma. Si identifiquem les interrupcions, fem aflorar les "Gestalten" inconcluses de les quals ens estem defenent. Si donem espai a les emocions que van quedar bloquejades, trobarem el camí adient per donar-les una sortida saludable i per tant ens desprendrem de l'angoixa, la depressió, l'obsessió o qualsevol altre forma que hagi mostrat el símptoma que ens parlava d'allò que va quedar inconclús.

Les fases s'interrompen per mecanismes de defensa que utilitzem per evitar el contacte amb la realitat, és a dir, completar el cicle.

Els mecanismes de defensa, segons Perls són interferències cròniques en el procés de creixement.

Els recollits per l'autor són els següents:

1. **Introjecció:** Incorporació dins nostre de pensaments, actituds i patrons que procedeixen de l'exterior, sense processar-los ni reflexionar. Podem dir que ens empassem la informació, sense més. La introjecció es pot donar entre la sensació i la consciència. La persona pot no

ser conscient de les seves pròpies sensacions o sentiments, simplement actua seguint un missatge que ha rebut de l'entorn i que ha assumit com propi.

L'objectiu en teràpia serà descobrir què és el que el pacient "s'ha empassat" i que d'alguna forma està bloquejant la seva pròpia necessitat, a la qual, també se li haurà de posar paraules, ja que confon no sap separar el que esdevé dels demés, del que és propi.

2. Projecció: Al contrari que en el mecanisme anterior, des d'aquest, el subjecte tendeix a col·locar a l'ambient, el que és seu, ja siguin pensament, desitjos, accions i actituds dels que no es fa càrrec, perquè entren en conflicte amb la imatge que té de si mateix. Ex: "Els agressius són els altres, no jo". "Els sí que son bons en la seva professió, no jo".

El treball en teràpia, consistirà en fer que el pacient pugui integrar els continguts que projecta com propis en el seu autoconcepte i auto imatge.

El terapeuta es converteix aquí en l'entorn que permet al pacient ser com és i manté una actitud nutrícia. Normalment pot aparèixer la negació, l'angoixa, la vergonya, fins que el pacient és capaç d'acceptar i integrar allò inacceptable per a la pròpia persona.

3. Retroflexió: La persona es fa a si mateixa, allò que voldria fer als altres. Principalment retroflectem els impulsos negatius i la forma de retroflexió que es troba més sovint en teràpia és l'agressió. Apareix sota la culpa i odi cap a si mateix o tristesa. També es poden donar somatitzacions físiques com asma, úlceres o al·lèrgies o bé, conductes autodestructives com abús d'alcohol, drogues o trastorns alimentaris. "*Em destrueixo jo, quan el que vull en realitat, és destruir a l'altre*".

En teràpia es treballa amb el subjecte per que aquest pugui redirigir els seus impulsos a l'exterior, animant a que expressi les seves emocions, col·locant-lo simbòlicament davant de la persona o fet que resulta ser l'origen, per a que pugui primer treure a la consciència tot allò retingut i segon, expressar-ho, per després reconeix-ho i integrar-ho.

4. Confluència: És la realització del contacte i ve seguida de la retirada, permetent al subjecte trobar la seva pròpia identitat i diferència amb l'altre. Quan la retirada resulta difícil, la confluència es pot fer crònica i es pot crear una dependència "patològica". Un exemple que explica aquest mecanisme, és el famós poema de Perls:

“Yo soy yo, Tú eres TÚ.
Tú haces lo Tuyo, Yo hago lo Mío.
Yo no vine a este mundo para vivir de acuerdo a tus expectativas.
Tú no viniste a este mundo para vivir de acuerdo con mis expectativas.
Yo hago mi vida, Tú haces la tuya.
Si coincidimos, será maravillo, si no, no hay nada que hacer.”

Fritz S. Perls (1893-1970).

El terapeuta necessita lidiar amb el sentiment de culpa del pacient i treballar en el que apareix sota aquesta culpa o el perquè de la por a ser castigat si es separa de l'altre i es reconeix amb identitat pròpia.

Les tècniques o procediments que es fan servir en teràpia són:

1. Utilitzar frases que indueixin al pacient a situar-se en el moment present, en el **“aquí i ara”**, així com parlar fent servir els pronoms “jo-tu” per a que s'impliqui en la comunicació.

L'èmfasi en el “Aqui i ara” que caracteritza la teràpia, ve donat pel fet de que Perls considera que l'angoixa és la tensió entre el “ara i el després”. La bretxa entre aquets dos temps de la vida del subjecte és un buit que s'omple amb plans, prediccions, expectatives raonables i pòlisses d'assegurança. Cada cop que deixem la sòlida base del “ara” i ens preocupem dels després, del futur, experimentem angoixa. Ens omplim d'expectatives “catastròfiques” per les coses terribles que poden passar o ens omplint d'expectatives fantasioses per les coses estupendes que poden passar. En una paraula, no estem disposats a veure la gran “fertilitat” d'aquest buit.

2. **“Contínuum de Consciència”**, fent servir com introducció per part del pacient, a les seves frases: *“tinc consciència de..”* per tal de que observi el “com” de la seva conducta perceptiva i les auto interpretacions, ja que moltes vegades aquesta està disfressada o emmascarada pel “per què”.

3. **“Principi de Responsabilitat”**, el que implica assenyalar al pacient com a responsable de les seves decisions i actuacions. Utilitzant

frases com: “*jo em faig responsable*” se li posa en contacte amb la implicació personal a l'hora de crear sensacions.

4. **Enfocament de polaritats** per resoldre conflictes mitjançant la representació del conflicte intern en una situació concreta. Amb un diàleg extern de les polaritats presents en ell, se li facilita la presa de consciència de la varietat de factors implicats i de la relació entre sí i la seva organització en relació amb la personalitat total. Mentre que la persona en una situació concreta percep com a figura emergent de la mateixa un determinant aspecte de la experiència total, mitjançant el diàleg deixa que aparegui també el pol oposat i amagat del fons del camp perceptiu. La figura cobra un altre sentit al explicar-se mitjançant la relació existent amb la que apareix ara en primer pla: la persona s'adona (“awareness”) de la relació figura/fons i del significat en la relació.

5. **Enfocament d'allò que s'està evitant:** Es tracta de desviar l'atenció del pacient de la figura i dirigir-la cap al fons. D'aquesta forma es posen de manifest alguns dels elements de les fòbies i dels mecanismes d'evitació. Les preguntes claus serien Què estàs fent?; Què sents?; què vols? que evites? què esperes? (Perls, 1973)

6. **Exagerar actuacions** que estan tenint lloc a la vida del pacient, mitjançant la repetició d'una frase, bé ampliant un moviment o un so. Això pot ajudar a captar significats d'aspectes impulsius curiosament atenuats en la vida quotidiana, que passen desapercebuts o als que se'ls hi resta importància i als que es pot recórrer com a font segura d'eixamplament del camp perceptiu.

7. **Treball amb somnis:** al llarg dels quals el somiant es torna apropiat dels aspectes projectats en el somni mitjançant imatges distanciades de si mateix, a través del joc amb la identificació de les diferents persones o objectes que en ell apareixen (Perls, 1969)

8. **Treball amb la fantasia** amb quatre finalitats: a) establir contacte amb un esdeveniment, sentiment o característica personal que es resisteix; b) restablir contacte amb una persona que no està disponible o amb una situació inconclusa; c) explorar el que és desconegut i d) explorar els aspectes nous o desacostumats d'un mateix. Destaquem la tècnica de la

cadira buida o tècnica de les dues cadires, mitjançant la qual es practica el diàleg gestàltic.

6. Dues perspectives de la Bulímia nerviosa

Al Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns mentals (Apa, 1994) es distingeixen dos grups ben diferenciats en els problemes sobre l'alimentació: l'anorèxia restrictiva i la bulímia. Si bé tots dos coincideixen en simptomatologia (fòbia a engreixar, alteració de la percepció de la imatge corporal i del pes), es diferencien tant en els símptomes referents al comportament alimentari com en el pes en el que es poden mantenir les persones que el pateixen.

També existeixen altres trastorns "lleus" d'anorèxia i bulímia que han estat denominats com "Trastorns alimentaris no especificats" perquè no compleixen de forma rigorosa els criteris establerts en el DSM-IV-TR (2001) text revisat. Es tracta per exemple de la Bulimarexia, que es caracteritza perquè els pacients pateixen una anorèxia nerviosa crònica i al mateix temps han desenvolupat símptomes coincidents amb els bulímics (mengen i vomiten en secret, senten terror davant el fet de guanyar pes però presenten ànsia pel menjar). Les conseqüències metabòliques del vòmit estimulen el comportament d'ingestió perpetuant el cicle. Sovint s'utilitzen laxants o hi ha abús d'alcohol pels seus efectes sedatius, així com fumar en excés.

Tot i la diferenciació de les característiques entre les patologies, en l'actualitat existeix una tendència força generalitzada a abandonar postures dicotòmiques a l'hora d'abordar els estudis alimentaris, basant-se en la suposició de que el procés patogènic és el primer "En ambdós condicions, ja sigui anorèxia o bulímia, la quantitat de menjar i la grandària corporal son manipulats en un esforç inútil de resoldre o camuflar l'estrès intern o ajustar-se a les dificultats" (Brunch, 1972 citat en García, 2013).

Amb aquesta introducció al desenvolupament que segueix, pretenem deixar constància de que les diferències entre la TCC i el model Humanista, no venen donades per la perspectiva respecte als símptomes o conducta manifesta de les persones que pateixen un Trastorn alimentari, sinó en la influència de la concepció del símptoma en ambdós models i per tant, en el procés de Intervenció que cada model proposa. Ens basem en les diferències més rellevants entre les dos perspectives, en cas de la Bulímia nerviosa.

6.1. Model Cognitiu-Conductual

Des de les TCC existeixen més de 30 estudis controlats, realitzats per diferents investigadors en diferent països, que mostren l'eficàcia de les seves teràpies per el tractament de la bulímia nerviosa (BN a partir d'ara) (Saldanya, 2013, p 144)

Els objectius terapèutics (Apa, 2001) es focalitzen en:

1. Reduir o eliminar els episodis d'afartaments i conductes purgatives
2. Millorar les actituds relacionades amb el trastorn alimentari
3. Minimitzar la restricció alimentaria
4. Incrementar la varietat d'aliments que mengen
5. Potenciar la pràctica moderada d'exercici físic i saludable
6. Tractament dels trastorns i característiques associades
7. Abordar les àrees problemàtiques subjacents al trastorn, i les relacionades amb la preocupació per la imatge corporal, el pes i la figura o estratègies d'afrontament en la solució de problemes
8. Prevenir les recaigudes

En l'actualitat la teràpia cognitiva-conductual de Fairburn (citada per Roca, 2013) es considera el tractament d'elecció per la BN (Leitenberg, 1994 citada en Saldanya, 2013). Aquesta modalitat de teràpia va ser descrita per Fairburn a principis dels 80 i publicada en un manual que s'ha utilitzat com a guia de la teràpia en els estudis d'eficàcia.

El tractament es fa de forma individual, té una duració de 5 mesos aproximadament i consta de les següents fases:

1. S'ofereix al pacient **psicoeducació** sobre el trastorn, les conseqüències del vòmit i de la utilització de laxants, així com la prescripció d'un patró d'alimentació regular que inclou la planificació de la compra d'aliments. Se li demana monitoritzar la conducta alimentaria portant un registre diari i construir una llista d'alternatives que incloguin activitats plaenteres, que serveixin com a substitutes de la conducta patològica. Normalment es sol·licita l'ajuda d'algun amic o familiar durant el procés terapèutic.

2. Es focalitza en l'eliminació de la **dieta** que afavoreix els afartaments i en la substitució d'aquesta per altres permesos, que es disposen de forma jeràrquica. Es passa també a la reestructuració cognitiva en la qual s'exposen els pensaments problemàtics, posant en marxa de forma estandarditzada la tècnica de teràpia racional emotiva de Ellis.

Fairburn recomana estructurar-los en quatre etapes:

- A. Reduir el pensament en essència
- B. Analitzar els arguments il·lògics.
- C. Recercar arguments lògics i empírics que puguin rebatre els distorsionats
- D. Buscar una conclusió raonable que serveixi per regir la seva conducta i que reemplaci les actituds irracionals.

En un pas posterior es passa a tractar les distorsió sobre la autoimatge corporal, amb l'exposició davant les seves distorsions, actuant contra el seu esquema disfuncional

3. Treball amb la tècnica de **solució de problemes** per trobar altres vies d'afrontament que no estiguin relacionades amb les conductes patològiques alimentàries.

4. **Entrevistes** amb la pacient per deixar constància dels resultats assolits, així com establiment de pautes per evitar recaigudes.

6.2. Model Humanista

Des de la perspectiva humanista qualsevol TCA, en aquest cas, el que exposem, la BN és un símptoma en si mateix.

La tasca més difícil ve donada pel bloqueig del "awareness" o adonar-se de com les pacients estan utilitzant el pensament obsessiu cap al seu cos i el menjar, la seva conducta ritualista de control/descontrol a nivell alimentari i les seves emocions al voltant del trastorn per fugir d'un altre tipus de dificultat de la que no poden fer-se càrrec.

El model Humanista està d'acord amb la TCC en que en la primera fase terapèutica s'actua amb psicoeducació, donant unes pautes de reestructuració mínima (considerades com urgents) per tal de normalitzar un mínim d'hàbits que permetin a les pacients sentir-se més fortes físicament, la qual cosa és indispensable per començar el procés terapèutic i en qualsevol cas, la primera prioritat, ja que tractem no només amb problemes emocionals, sinó físics i per tant en la majoria de casos existeix un risc de salut.

Com a símptoma més, aquest esdevé fruit d'una necessitat no resolta en el cicle gestàltic, que no ha pogut confluir en la dicotomia figura-fons i que per tant, és la que el terapeuta en primera instància ha de treballar.

El que es pretén amb el vòmit, es una demanda d'afecte i de ser cuidat, però evidentment un tant disfuncional ja que la demanda afectiva s'estableix mitjançant l'explotació d'un símptoma (BN) que origina una dificultat de comunicació.

Els factors que poden desencadenar i mantenir el símptoma no són diferents als contemplats per la TCC: problemes en les relacions socials, problemes en l'adolescència que es perpetuen fins arribar a convertir el símptoma en crònic, canvis en les relacions familiars, o problemes sexuals. Aquests últims són d'especial rellevància pel model Gestàltic. Segons l'experiència en la pràctica clínica, per moltes dones els problemes sexuals es paguen menjant. Els desitjos frustrats, la por a les relacions sexuals, la por a iniciar-se en el sexe (introjectes rebuts), etc.. fan de la Bulímia un refugi segur.

Un altre aspecte que es té en consideració especial des de les teràpies humanistes és el valor simbòlic dels aliments. Si en la TCC es disposa de jerarquies disposades per calories, des de la teràpia gestàltic es va una mica més enllà i a part de les qualitats alimentàries que puguin tenir, s'analitza el valor simbòlic i emocional que poden tenir per la persona. Molts d'aquests aliments apareixen associats a situacions negatives o positives, a certes persones estimades, rebutjades, a etapes específiques de la vida. L'aliment pot estar relacionat amb un ésser estimat perdut (ex. el que comprava l'avi, el que cuinava la mare), era consumit com a premi (reconeixement de l'entorn), era consumit per la persona de major estatus familiar (distinció social), ha estat consumit en cas de amenaça, perillositat, angoixa (associat a un alleujament). S'estudia doncs el simbolisme que evidentment és únic i individual, i que ens dóna pistes del problema. Aquí ens uníem en el criteri de les TCC per establir

un llistat dels aliments prohibits durant el procés terapèutic, tot i que no només basat en calories, sinó com expliquem, en el simbolisme.

L'anàlisi dels mecanismes de defensa que està utilitzant el pacient, és un dels aspectes més importants en Gestalt, ja que es considera que juguen un paper molt important en el cicle d'experiència. S'estudien des del moment que el pacient seua al costat del terapeuta: "¿"S'ha empassat tot el que li han dit o pel contrari ha expressat les seves emocions i si les ha expressat ha estat de forma eficaç o contra ell mateix, utilitza la deflexió, s'evadeix del que succeeix o conflueix; es diferencia o no de l'altre?"

Si entenem que saciar-se representa separar-se de l'objecte anhelat, estem parlant doncs del cicle de necessitats, ja que el menjar i no sentir-se mai plens es relacionaria amb un intent d'omplir un buit interior sense límits. Normalment el seu origen ve derivat per experiències infantils de soledat i abandonament. La voracitat es converteix en l'impuls d'incorporar quelcom massivament i indiscriminadament en un curt plac de temps. Aquesta voracitat es manifesta amb els aliments, però també es normal observar aquestes conductes voraces en altres aspectes de la seva vida, a la feina, en les relacions, en definitiva, en l'ambient que els envolta. Les persones amb bulímia verbalitzen "*Tinc gana de menjar, tinc una mena de buit que no s'omple*".

El que principalment importa doncs al terapeuta és entendre el transfons d'aquest buit. Quan més evita el impuls, més es convida a que aparegui i si no l'acceptem i el reconeixem, no estarem en condicions per modificar-lo.

En la conducta bulímica es veu clarament el mecanisme d'interrupció de contacte de la conducta voraç. El pacient es defensa desfent-se de l'acte voraç, vomitant o utilitzant laxants per anular l'acte alimentari.

El treball més important dins del procés terapèutic passa per omplir aquest buit estèril en fèrtil. Aquest buit es manifesta per carències afectives i/o una autoestima danyada.

Des de la teràpia es pretén que el pacient:

1. Connecti amb les sensacions corporals (gana, sacietat, dolor físic)
2. Relacioni aquestes sensacions amb el registre de les seves emocions (por, ràbia, tristesa, etc..) i les pugui manifestar

Tant la TCC com les teràpies humanistes coincideixen en la importància de treballar des de la modalitat de teràpia grupal, combinant-se amb individuals per fer un seguiment més acurat d'aspectes específics.

Es considera al grup per la importància d'interacció amb els demés, ja que potencia el "awareness" de les dificultats que es presenten al relacionar-nos amb els altres. Suposa estar amb persones amb les que no es necessita dur cap màscara. Implica recolzament i ajuda amb persones "iguals", el que facilita veure's en els demés com si aquests fossin un mirall..

El treball principal en teràpia és:

1. **Treball amb polaritats** mitjançant les dos cadires o la cadira buida: Els pacients que pateixen trastorns alimentaris solen tenir una actitud cap a sí mateix auto agressora, es polaritzen cap a si mateixos i orienten cap a sí l'agressió. Per aquest motiu és important que puguin establir un tipus de diàleg conciliador amb les seves tendències autodestructives.

Mitjançant la cadira buida es treballa la supressió de les necessitats i la negació de les carències. Es col·loquen dues cadires on una d'elles simbolitza el cos i a l'altre es col·loca el propi subjecte. El subjecte es va canviant de cadira i va establint el diàleg amb el cos, mitjançant el qual tracta d'entendre els motius que té el cos per comportar-se d'aquesta forma impulsiva i incontrolable. S'intenta doncs fer aflorar els problemes subjacents.

2. **Artteràpia**: Aquesta tècnica es posava en pràctica ja als anys 40, coincidint amb el interès pel surrealisme de l'època.

S'introdueix als hospitals psiquiàtrics com a forma d'expressió pels malalts mentals, per tal d'intentar descodificar les seves expressions artístiques, ja que no era possible mantenir comunicació verbal.

Jung (1975-1961) va ser el precursor d'aquesta tècnica en l'humanisme.

L'artteràpia afavoreix la presa de consciència dels conflictes subjacents sota els símptomes i els bloquejos que impedeixen a la persona relacionar-se de forma sana amb el menjar. El major benefici consisteix en que el pacient pugui contactar amb allò que no pot expressar de forma verbal, el que fomenta un canvi d'actitud davant del símptoma i facilita el contacte amb les seves emocions i realitats.

Mitjançant la pintura, el ball, la narració, la música, contes, etc.. resulta més fàcil alliberar l'expressió de les emocions bloquejades, ja que el pacient es

regeix per l'espontaneïtat i la fluïdesa, el que augmenta 'autoconeixement i l'acceptació.

3. Treball corporal des de la Bioenergètica: Les gestalts inconcluses mantingudes pels bloquejos energètics i els mecanismes de defensa, conformen la cuirassa caracterològica. Ens focalitzem doncs en el cos i especialment en els músculs.

Des de la Gestalt com sabem el cos funciona com a font d'informació i com a mitjà d'expressió. Es treballa per aconseguir que l'organisme s'expressi amb el moviment, les postures, les actituds i els gestos.

El cos ens fa sentir força o debilitat i mostra les necessitats. Quan la homeòstasi no s'aconsegueix, percebem malestar i dolors físics. Son les sensacions i sentiments els que es connecten en el "aquí i ara". Mitjançant el cos doncs arribem al "awareness" de la necessitat que tenim per poder completar la Gestalt (figura-fons).

Es treballa el cos per segments, que coincideixen amb el sistema energètic dels xacres: ocular, boca, cervical, toràcic, diafragmàtic, abdominal i pelvià.

4. Psicodrama: on es juga en grup a escenificar amb humor exagerant el ridícul de les escenes temudes pels subjectes. S'afavoreix a la creativitat i a la disminució de les defenses, permetent una major expressió corporal i emocional.

5. Tècniques de respiració: per permetre al cos que pugui obrir-se i "parlar" .

L'activitat dels tallers es tanca amb una roda on cada integrant explica al grup quin ha estat el seu "awareness" i es finalitza redactant un compte. Aquest és analitzat per la terapeuta per comprovar quins aspectes són necessaris treballar en les sessions individuals.

7. El Humanisme de les Teràpies de Tercera Generació

Hem volgut oferir una visió general de la convivència en el Panorama Psicològic de dos models terapèutics com son el Cognitiu-Conductual i el

Humanista. Hem de remarcar, que la Teràpia Cognitiva-Conductual s'ha convertit en aquestes tres últimes dècades, en l'orientació psicoterapèutica que ha obtingut major evidència empírica i experimental sobre la seva eficàcia i efectivitat en una gran diversitat de problemes i trastorns psicològics. És per aquest motiu, que es troba completament acceptada pel món acadèmic i que gaudeix del cognom de "científica".

Per un altre banda, la Psicologia Humanista, pel fet de considerar sobrevalorat la importància del mètode científic, per concebre l'ésser humà amb característiques no quantificades, i per no mostrar un interès especial per les psicopatologies, sinó per les persones sanes, mai s'ha apropat ni tan sols a la intenció de voler oferir alguna demostració que reveli els resultats d'eficàcia de les seves pràctiques.

Aquesta decisió conscient i reflexionada de no seguir pel camí científic, ni de seguir els exàmens de l'APA, els hi suposa pagar un preu: La manca de reconeixement.

No és difícil trobar avui en dia a persones, inclús professionals de la Disciplina, que associen la Psicologia Humanista amb el "coaching" i tampoc es gaire improbable comprovar com en les llibreries, els manuals de Teràpia gestàltica, inclús obres magistrals de Perls, es disposen al costat dels llibres d'autoajuda.

Així, no és d'estranyar tampoc que la manca de reconeixement es tradueixi en una manca de visibilitat. Una prova d'això, són les dificultats que jo mateixa he tingut a l'hora de trobar publicacions humanistes, per realitzar aquest treball.

Tots aquests aspectes estan entesos i acceptats, inclús pels propis terapeutes humanistes que porten més de 40 anys en l'exercici de la pràctica –ens atrevim a dir, perquè així ho considerem "clínica"- .

Un tema ben diferent, és aquell que fa relació als fonaments teòrics, la concepció de l'ésser humà, ja que si és cert que els dos models al llarg de la història, han mostrat les seves discrepàncies, sembla que fa deu anys aproximadament va aparèixer en escena el que podem denominar com un "mediador" un intermediari entre ambdós perspectives que seguint mantenir com a progenitors a la Teràpia Cognitiva-Conductual, sembla mostrar certes "afinitats" i "afecte" cap el model Humanista. Ens estem referint a les Teràpies de Tercera Generació.

7.1. Les Teràpies de Tercera Generació

La Tercera Generació de la teràpia de conducta (TTG a partir d'ara) o "Tercera Ona", com també se la denomina, entra a formar part del Panorama Psicològic a l'any 1990, tot i que no va ser fins a l'any 2004 on queden totalment reconegudes, gràcies a Hayes i a la publicació d'un article al respecte, en la revista Behavior Therapy.

L'emergència d'aquesta nova generació es deu a les limitacions que mostra la teràpia cognitiu-conductual (Hayes, 2004). Aquestes limitacions venen donades especialment per certs buits en el sentit contextual i idiogràfic, així com a problemes relacionats amb l'eficàcia, deguts a l'estandardització dels tractaments en perjudici d'aplicacions més ajustades al cas i no al quadre ni al protocol. Un cert empatx cognitiu, en detriment del que en realitat resulta "digerible" que no seria sinó pròpiament la conducta (verbal i no verbal).

El replantejament contextual ve donat per considerar que la Psicologia cognitiva conductual està massa propera al model mèdic, el qual també considera que un trastorn mental suposa una disfunció psicològica i per tant el terapeuta sembla convertir-se en una mena d'imitador del psiquiatra. Es tracta doncs amb aquest replantejament de desmedicalitzar els tractaments psicològics. Sembla que existeixen certes conveniències entre professionals de la medicina i les indústries farmacèutiques en cronificar les malalties, en inventar trastorns, ja que medicalitzar a la societat els hi reporta un gran benefici.

Una de les teràpies de tercera generació proposada per desmedicalitzar la depressió, és la denominada "teràpia d'activació conductual" (Jacobson, Martell i Dimidjian, 2001).

Respecte a la consideració sobre la patologia, la tercera generació aporta altres alternatives, com és el cas del Trastorn d'evitació experiencial (Wilson i Luciano, 2002), a l'avaluació amb un anàlisi funcional apte també per esdeveniments privats.

Les teràpies de tercera generació impliquen un canvi de lògica de la psicologia clínica. *"Es tracta de l'abandonament de la lluita contra els símptomes i en el seu lloc, l'orientació de la vida"*. (Pérez, 2006).

Enlloc de focalitzar-se en els símptomes, es proposa l'acceptació i la reconstrucció de l'horitzó de vida, tal i com proposa la Teràpia d'Acceptació i Compromís (Luciano, 2001).

Com veiem, no podem negar les similituds amb les concepcions humanistes. El símptoma passa a acceptar-se i a integrar-se en el subjecte, i es posa l'èmfasi en la construcció d'un nou horitzó de vida, el que seria el mateix dir en veus humanistes: Creixement personal.

De les TTG, volem destacar les dues teràpies que es consideren amb fonaments més sòlids i que la seva pràctica ha rebut major interès per part de la investigació:

1.- **La Teràpia d'Acceptació i compromís (ACT):** Consisteix en obrir-se a l'experiència dels pensaments, sentiments, emocions i sensacions sense fer res per a que desapareguin. És a dir, el mateix que s'intenta des de la teràpia gestàltica. Donar pas a tots aquests elements, ja que del contrari, es crea un bloqueig en una de les fases del cicle gestàltic que produeix la interrupció de l'experiència i per tant impedeix el creixement.

En l'ATC es treballa amb l'exposició als estímuls temuts, que si bé podem associar a tècniques conductuals com la DS, la diferència és que des de les primeres no es pretén l'extenuació o l'habitució, sinó obrir-se pas al patiment en la persecució dels propis valors i objectius en detriment dels perjudicis que puguin causar els estímuls temuts. Podríem dir que en el cas de la Gestalt o en la filosofia de les tècniques terapèutiques humanistes, es tracta igualment de poder integrar les dos polaritats, el que és temut, odiat i rebutjat, amb el que és necessitat i desitjat.

2.- **Teràpia de Conducta Dialèctica** (Linehan, Dimeff, Reynolds, Comtois, Welch i Heagerty, 2002): Té com a base l'anterior i esta dirigida a modelar formes adients d'expressió emocional en persones amb dèficit en aquest àmbit. Pren com a referència l'activitat terapèutica desenvolupada en les sessions amb el psicòleg. El terapeuta treballa amb el pacient per a que accepti els seus punts febles, ja que això suposa validar la seva experiència, entendre el que sent i fa, i no fa cap retret dels seus errors, ja que considera que ha estat l'ambient qui li ha transmet que la seva forma de pensar, comportar-se i sentir, sigui equivocada.

Com podem observar sembla que el pacient esta mantenint un mecanisme de defensa, proposat per Perls, quan ens parlava de la introjecció i dels seus efectes.

Altres Teràpies menys reconegudes “científicament”, però que també formen part d'aquest ventall de les TTG són: La psicoteràpia Analítica Funcional (FAP) (Kohlenberg i Tsai, 1987); Teràpia integral de parella (Jacobson i Chirstensen, 1996), Teràpia d'activació conductual (Jacobson, Martell i Dimidjian, 2001) i la Teràpia cognitiva amb base en Mindfulness (Segal, Teadsdale i Williams, 2002).

Ens agradaria remarcar aquesta última, el Mindfulness, que s'entén com atenció i consciència plena, com presència atenta i reflexiva en el moment actual.

L'objectiu és que la persona es centri en el moment present d'una forma activa. Al procés terapèutic es busca fer aflorar els aspectes emocionals i que aquests siguin acceptats i viscuts en la seva pròpia condició, sense ser evitats i ser controlats.

Com veiem, les valoracions són pròpies dels valors orientals, i al sentit d'autoregulació, fonament Humanista. També coincideix amb aquest model en el fet de la no evitació, lluita o eliminació de respostes estressants o que puguin ser en certa manera aversives, sinó deixar-les fluir sense exercir cap control.

El Mindfulness es considera com una filosofia de vida o forma de conduir-se a ella. La filosofia humanista, també es considerada com una forma de sentir que a més és innata, no s'aprèn, s'aprofundeix en ella, però se sent.

Es considera també un mètode de meditació inserta en la cultura oriental i en el budisme en particular (Germer, 2005 citat en Monyivas, 2013), orígens compartits amb l'humanisme, ja que les dues comparteixen també el ideal “Zen”, és a dir, viure el present “aquí i ara”.

Destacar com hem vist, el paper que en les TTG se li dóna a les emocions, a l'igual que al humanisme, especialment a la teràpia gestàltica. La diferència entre l'emoció de les TTG i l'emoció de les TTC és que des de la Tercera Ona s'entén l'emoció no com una entitat disruptiva del funcionament de l'individu que han de ser controlades, sinó com a conducta legítima amb un sentit adaptatiu. (Ruiz, Diaz i Villalobos, 2012). Segons els enfocaments Cognitiu-Conductuals clàssics es considera l'emoció des d'una perspectiva racional i de control.

Aquesta nova tercera generació no esta exempta de crítiques i aquestes crítiques també es relacionen amb les mateixes que rep la Psicologia Humanista. Evidentment si comparteixen perspectives, també han de

compartir problemes. Aquests radiquen en el fet de que es considera que existeix en les TTG una carència de sistematització, que no presenten procediments molt sistematitzats ni un procés d'intervenció molt detallat i específic, sinó que més bé depèn de variables del terapeuta i client. No hi ha guies específiques per la seva dificultat de poder manualitzar el procés de intervenció, com si que ho han aconseguit altres teràpies cognitivo-conductuals més clàssiques (Beck, 1995).

Per un altre banda, hi ha autors, com Hayes, que manifesten que la teràpia d'acceptació i de compromís esdevé de la Teràpia conductual, per la seva relació sobre conducta verbal (Hayes, 1995 citat en Luciano, 2013).

Pensem que és improbable que existeixi aquesta derivació, sinó una reformulació de diferents aspectes terapèutics i del comportament humà que els conductuals van deixar de banda. Quan se li pregunta a Hayes, sobre la raó per la qual, l'ACT si existia en les premisses de Skinner, no va ser publicada doncs fa vint anys, aquest argumenta que en aquella època el model no estava ben desenvolupat i que la seva fonamentació era feble.

“Volíem dedicar anys a desenvolupar la seva filosofia, teoria bàsica, mesures i aplicació abans de publicar aquest apropament en un llibre al 1999. Com vam esperar i vam treballar en la fonamentació, ara les persones poden veure tot el treball realitzat en les bases”. (Hayes, 2004).

Des del respecte a les argumentacions de l'autor, manifestem una certa incredulitat, no ja en una possible relació entre la conducta verbal de Skinner i l'ATC, sinó evidentment en les empremtes Humanistes que es reflecteixen en el seu treball, i que semblen invisibles al reconeixement de l'autor.

Per un altre part també s'observen problemes metodològics en els estudis d'eficàcia i s'adverteix de l'escassetat d'estudis controlats i l'absència dels principis que mostrin una evidència clara dels canvis assolits.

8. Altres novetats en teràpia: La Psicologia Positiva

Seguint la línia de les novetats en Psicologia, i molt lluny d'establir qualsevol tipus de comparació amb els fonaments de la TTG, a l'any 2000 surt a escena de la mà de Seligman, el que es denomina Psicologia Positiva (PsP a partir d'ara).

La intenció es presentar el que es suposa un “nou” enfocament de la Psicologia basat en l'estudi de l'experiència subjectiva positiva, dels trets individuals positius i l'assoliment de la felicitat i benestar, com objectiu vital.

El propòsit la PsP és continuar amb la tradició científica però promovent una psicologia que es focalitzi en els aspectes positius de les persones, i no en les patologies. Com a legat humanista podem remarcar la posició davant la part positiva de l'ésser humà i l'allunyament en la focalització de la patologia.

Resulta molt curiós com la PsP va sortir a escena. Segons desvela el propi Seligman en el primer capítol del seu llibre “La vida que floreix” (2011), quan l'autor va ser triat com a president de l'APA a l'any 1997 va rebre entre els diversos correus de felicitació, una carta signada amb un parell d'inicials, d'un home que li demanava reunir-se amb ell a Nova York. Seligman va comprovar en la seva trobada, que es tractava de Charles Feeney, fundador de Atlantic Philanthropies, fundació dedicada a finançar projectes filantròpics.

Aquesta fundació estava interessada en “guanyadors” i el senyor Feeney va estendre un xec de 1,5 milions de dòlars per a que el Senyor Seligman comencés a posar en marxa el que considerava “una iniciativa” (Seligman, 2011)

Sens dubte, s'albirava un negoci potent darrera de les teories de Seligman.

Al seu llibre, l'autor explica que amb la PsP, neix una nova teoria. Presenta com a conceptes fonamentals, el benestar, centrat en el creixement personal, el qual es compon de cinc elements: l'emoció positiva, l'entrega (el fluir entregant-se al moment present); el sentit (el significat de la vida pel propi subjecte), els assoliments (valors per un mateix) i les relacions amb els demés.

Com si tot allò no tingués una base humanista clara, l'autor proclama la PsP com un nou descobriment: “ *Ara considero que el nucli de la psicologia positiva, és el benestar, que el patró d'or per mesurar el benestar és el creixement personal i que l'objectiu de la psicologia positiva és augmentar aquest creixement*” (Seligman, 2011 p. 22)

La PsP s'ha estès a l'àmbit educatiu, al de salut, al de la política i inclús a l'exèrcit.

Si ens centrem en els fonaments teòrics en els que es recolza la PsP, podem convenir que molt en contra del que propugnen els seus precursors, res és nou. El propi nom de “Psicologia Positiva” ja va sorgir en el context de la psicologia humanista, en un llibre de Abraham Maslow a l'any 1954 titulat “Toward a Positive Psychology” (Froh, 2004). Seligman i Csikszentmihaly, si bé reconeixen un

antecedent en la psicologia humanista, també afirmen que “*aquesta no es va ocupar molt de la seva base empírica i es va escampar en moviments d'autoajuda*” (Seligman i Csikszentmihalyi, 2000 p. 7)., el que ens sembla un menyspreu a coneixements i perspectives, catalogades de magistrals i en les que es continua aprofundint des dels anys 40. Si és ben certa la manca d'empirisme (al menys l'establert per la tradició conductista i les normes de l'APA), també seria al menys “prudent” reconèixer una similitud en els fonaments. No estaria de més mostrar una mica d'agraïment per tots els fruits econòmics que estan donant, el que semblen conceptes humanistes maquillats i industrialitzats.

Com a mostra d'això, disposem d'un ventall de literatura que es deriva de la PsP publicada pels seus propis líders: Seligman, amb “l'autèntica felicitat” (2002); “la vida que floreix” (2011) amb el subtítol de “Este libro ayudará a crecer a nivel personal” ; a l'any 2005 Csikszentmihalyi publica el seu llibre “fluir” (Flow) i altres autors com Sonja Lyubomirsky en “la ciència de la felicitat” que ofereix un “mètode provat per aconseguir la felicitat (Lybomirsky, 2008).

Evidentment no pensem que als Humanistes els hi provoqui un sentiment d'enveja, ni que es sentint plagiats, més bé es podria tractar d'una mostra “descafeïnada” del que són veritables principis i concepcions de l'ésser humà i del seu funcionament.

Seria preferible que els autors d'aquesta “nova doctrina” es desmarquin del moviment humanista. Sentir qualsevol tipus d'identificació amb ells seria com sentir-nos esquitxats pel desig de formar part de la rentable indústria d'autoajuda. Imaginem com es sentiria Perls o el mateix Rogers si veiessin com deriva la concepció respecte als potencials innats de l'ésser humà.

Per un altre banda, el fet de presumir d'una base científica, sembla que no és més que una forma de diferenciar-se del Humanistes, tot i que no ni ha bases sòlides que recolzin tal ostentació.

La PsP com a ciència ha estat criticada per les seves flaqueses científiques. Experiments sense fonament teòric ni controls desafiants, troballes de sentit comú, que no van més enllà de demostrar que estar bé és més satisfactori per l'ésser humà que estar malament (Fernández-Ríos i Cornes, 2009; Fernández-Ríos i Novo, 2012; Kristjánsson, 2010; Miller, 2008; Prieto-Ursúa, 2006).

Tampoc han tingut més èxit els estudis que s'han basat en “l'esperit de lluita” en relació amb el càncer (Coyne i Tennen, 2010). Els autors assenyalen que en els

estudis es demostra que "l'esperit de lluita" no té un valor com a factor pronòstic pel càncer i molt menys que la manca d'aquest, sigui un factor causal.

Evidentment, sense treure valor al que significa tenir "esperit de lluita", associarlo a la clau màgica de la curació del càncer resulta força dolorós. En primer lloc per voler que el malalt maquilli sota l'alegria, emocions com la ràbia i la por i en segon lloc per l'esforç que se li demana de mantenir un to vital animat que evidentment no té perquè esta contribuint a la prolongació de la seva vida.

Sembla que no hi hauria cap estudi definitiu de moment, que demostrés científicament els resultats decisoris i nous sobre els efectes de la PsP. Més bé sembla que la PsP té de positiu el mateix que tindria el parlar de temes agradables enlloc de desastres i catàstrofes.

Tampoc estem d'acord amb la PsP al considerar que trets com l'optimisme, la capacitat de perdonar i la bondat condueixen a la persona al benestar. Aquests "processos positius" poden ser beneficiosos a l'hora que perjudicials, tot depèn del context, de les circumstàncies i del subjecte: *"Un enteniment cabal de la condició humana requereix reconèixer que els trets i processos psicològics no son inherentment positius o negatius –si tenen implicacions positives o negatives- depèn del context en el que operen. La Psicologia no és positiva ni negativa, la Psicologia és Psicologia"* (McNulty i Fincham, 2012).

Si per tant sembla que no hi ha trets positius, ni negatius i tot depèn del context i com lo positiu i lo negatiu afecta al subjecte, ens trobem doncs no amb la PsP, sinó amb la Psicologia de sempre.

Sota el nostre punt de vista, el que és positiu en la Psicologia positiva és tot allò que qualsevol terapeuta, ja sigui cognitiu-conductual o humanista, consideraria com positiu a l'hora d'afrontar els problemes, és a dir, la necessitat de mantenir una actitud oberta, reflexiva per entendre la situació i aprofitar els recursos que té a mà. El matís vindria donat per constatar que segons la TCC, és el terapeuta qui ofereix aquests recursos i segons el Humanistes, l'Ésser humà ja disposa de suficients recursos de forma innata i és el terapeuta qui li ajuda a obrir els ulls i mirar que els té allà, disponibles.

De totes formes, si la PsP té tant èxit i els seus continguts es tradueixen en xecs milionaris pels seus autors, no hem d'obviar que alguna importància han de tenir.

Fent un exercici de reflexió, podria estar relacionat amb el temps de desànim que viu la societat, on semblen no quedar més sortides que el consumisme emocional. Davant de la impossibilitat d'oferir noves vies de sortida, la responsabilitat de dotar a l'individu com a posseïdor de les claus que li conduiran a la felicitat, sembla ser la més idònia. Segurament la PsP ens mostri un símptoma del moment que des de fa una dècada estem travessant.

9. La necessitat de flexibilitzar els criteris APA

Com sabem una divisió de l'American Psychological Association (APA) és l'encarregada d'establir els criteris per determinar l'eficàcia d'un determinat tractament. És considera eficaç si presenta millors resultats comparat amb un altre tractament o amb el placebo. Es segueix una metodologia concreta (Nathan i Gorman, 1998) com dissenys amb un grup control i assignació de clients a l'atzar i els grups han de tenir al menys 30 individus. També han de tenir la capacitat de poder ser manualitzats (descriure'ls operacionalment) i ser aplicats de forma específica i amb un problema concret (fent referència a les classificacions del DSM-IV-TR).

D'aquesta forma els tractaments comencen a etiquetar-se com empíricament validats i per tants aptes pel que podríem denominar el "consum terapèutic". Aquesta etiqueta implica construir una realitat: l'aspiració de qualsevol model en psicoteràpia.

Des de la Psicologia Humanista ja hem mencionat, que aquesta no ha estat mai l'aspiració, però des del meu punt de vista particular, no hauríem d'obviar la barrera que això suposa, ja que el primer perjudici és el no beneficiar-se de les repercussions que "l'aval APA" té per a tots aquells professionals de la psicologia, serveis de salut o centres de formació en psicoteràpia.

Com és d'esperar, els criteris que segueixen aquest "aval" no estan exempts de crítica. Assumir el que ve des de fora, sense més, sense reflexionar i meditar sobre la seva conveniència, no és acceptat. Les llistes de tractaments i les guies protocol·làries que els acompanyen es publiquen en el col·legi de psicòlegs, sense que hi hagi existit un debat previ i un consens respecte a la filosofia en la que s'emmarquen (Labrador, Echeburúa i Beconya, 2003).

Adoptant una perspectiva Humanista, considerem que a tothom li agradaria veure reconegut el seu treball i les seves investigacions. El fet que els humanistes continuïn amb la seva dinàmica de no voler assolir el títol que els proporcioni la visibilitat formal dins del panorama psicològic, podria ser degut a una sèrie de dificultats que venen donades per diferents factors a tenir en compte: en primer lloc l'objectiu final d'un tractament és produir un canvi, ja sigui que permeti eliminar el símptoma, com sustenta la TCC o bé sobrepassar un obstacle que impedeix que el subjecte pugui seguir amb el desenvolupament del creixement personal, parlant des de la veu Humanista. En conseqüència, cada model disposa d'hipòtesis diferents sobre quins son els mecanismes i el procés que s'ha de seguir des de la teràpia per a que el subjecte pugui assolir el canvi que li proporcioni assolir el benestar: objectiu comú independentment del model. Per tant, no tenim una psicoteràpia, sinó diferents psicoteràpies que provenen de diferents perspectives o models. Sembla però que en cas de voler aconseguir la validació empírica, tot queda restringit a un mateix model o mateixa filosofia: la TCC.

Els tractaments empíricament validats (TEV a partir d'ara) es centren en el trastorn, en la patologia, i en els símptomes de les persones que la pateixen (Henry, 1998), la qual cosa s'allunya totalment de les concepcions humanistes. Aquestes consideracions comporten doncs, l'ús del sistema de classificació que categoritza una sèrie de símptomes en el DSM el que possibilita arribar al diagnòstic. Aquesta classificació requereix de sistemes d'avaluació "objectius". Si tenim en compte que parteixen de la filosofia de la TCC es perd per tant l'objectivitat, ja que la visió dels problemes, de l'avaluació i la classificació, no és compartida per tots els models de psicoteràpia, com per exemple, per la Psicologia Humanista.

Des de la psicoteràpia basada en l'evidència, la tècnica és l'objecte d'anàlisi, i client i terapeuta es deixen en un segon pla. Tot i amb això hi ha diferents estudis que demostren com l'eficàcia d'una tècnica no ve donada per les característiques inherents de la mateixa, sinó per l'habilitat dels terapeutes i per les característiques del client.

Establir què vol dir habilitats del terapeuta de forma científica pot resultar difícil a simple vista, però no ho serà tant si tenim en compte que els elements necessaris del que ha de gaudir tot terapeuta són precisament els establerts per Rogers. Prova d'això, és que les habilitats terapèutiques descrites per l'autor per assolir un vincle òptim en teràpia formen part de la Intervenció terapèutica en la TCC.

A part d'aquestes habilitats que afavoreixen l'adherència del pacient al tractament, hem de tenir en compte la capacitat que tingui el terapeuta per poder ajustar el tractament a les característiques del propi pacient, considerant els seus recursos i no tant les classificacions psicològiques.

Potser que sigui necessari preguntar-nos si al pacient que tenim davant li resultaria més còmode dur a terme una DS per combatre una fòbia o bé establir un diàleg gestàltic per intentar comunicar-se amb ella.

Aquestes supòsits es recolzen en investigacions com "factors comuns" que tenen el seu origen en els estudis metaanalítics de Lambert (1992). Segons l'autor, les variables relacionades amb el client expliquen un 40% de la milloria que s'experimenta en psicoteràpia (Lambert i Anderson, 1996; Lambert i Asay, 1984). La relació terapèutica i les variables més contextuals explicarien un altre 30% de la variància dels resultats; un altre 15% de la variància del canvi té a veure amb les expectatives que es generen en torn al tractament i el 15% restant a la tècnica utilitzada (Hubble, ducan i Miller, 1999)

La conclusió és que la tècnica al menys com variable aïllada, no sembla ser l'element central del procés terapèutic. L'heroï aquí, com manifesta Ducan i Miller (2000) és el pacient; mentre que els aspectes que semblen dependre més dels terapeutes son el fet de poder establir un bon vincle i la seva expectativa per generar el canvi i l'encert en la tècnica.

Un altre aspecte que és difícil d'entendre és el llenguatge utilitzat per l'APA. Sembla que els seus membres tenen un contracte exclusiu amb el que "és científic" i segueixen imposant que "empíricament validats" són només aquells models que compleixen els seus criteris. "Criteris APA establerts per membres APA".

Si cerquem al diccionari Real de l'acadèmia Espanyola el significat d'empíric, trobem "relatiu a l'experiència o fonamentat en ella", amb la qual cosa, hauria de quedar clar que una cosa son les llistes APA i un altre cosa son les evidències empíriques. Aquestes llistes son inferiors si les comparem amb les evidències empíriques "fundades en l'experiència" sobre l'eficàcia d'algunes psicoteràpies, com les que provenen de l'humanisme, en las que ja Perls des dels seus principis va treballar.

¿Quantes vegades hem escoltat alguna comparació entre tècniques per treballar amb un problema o un altre? És part de la nostra feina, descobrir tècniques es basin en l'evidència empírica (segons el significat de la RAE i no de l'APA) i compartir-les amb els nostres col·legues de professió, de forma que el coneixement es vagi estenent.

En aquest treball parlem de TCC i models humanistes, però evidentment això aplicaria a tot el panorama psicològic i a tots els models. No podem obviar els tractaments en teràpia familiar i els models sistèmics, per exemple. (Carr, 2000a, 2000b; Friedlander, 2001; Shadish i cols., 1993, 1995 Sprenkle, 2003a, 2003b)

Per un altre part hem de tenir en compte la metodologia utilitzada per l'APA a l'hora de decidir l'eficàcia o no d'un tractament. Posem com exemple un cas de depressió: Si utilitzem proves estandarditzades basades en creences, evidentment el resultat beneficiarà a la tècnica provinent de la TCC, però en canvi, un informe directe del pacient que li permeti expressar els canvis assolits en els seus pensaments, emocions i formes d'actuar, beneficiaria a la tècnica humanista.

La conclusió de quin triaran és clara. El APA optarà per escollir el test estandarditzat que suposadament és més objectiu, tot i que el informe verbal del client reculli millor l'experiència d'aquest. La validació empírica passa doncs per acceptar aquesta "objectivitat" que mencionaven anteriorment, en la qual sembla que no hi ha una postura imparcial i per tant beneficia a uns mentre perjudica als altres.

Respecte a la "manualització" dels tractaments, ens agradaria dir que un manual no aconsegueix "fotografiar" els aspectes més rellevants del procés terapèutic. Tot i que com hem vist en el cas de la Bulímia, el model humanista esta d'acord amb la TCC respecte a la conveniència de seguir una sèrie de passos que engloben un contingut psicoeducatiu del problema, les fases que prossegueixen no haurien de ser tant protocol·làries, al menys no de forma tant restringida com ofereixen les guies. Seria més convenient flexibilitzar les posicions i disposar de més opcions terapèutiques.

El terapeuta pren decisions al llarg del procés d'intervenció. Pot ser sigui més adient treballar amb una tècnica narrativa, o pot ser amb una dramatització o inclús convidar a un familiar a una de les sessions per intentar resoldre un conflicte viu en el present que representa un obstacle pel progrés del pacient.

Per tot el que acabem d'exposar sembla que els Humanistes han tingut clars motius per no ocupar el pòdium dels reconeguts, ja que sembla que el joc no és mateix per tothom i no han estat disposats al que podríem dir de forma col·loquial a "passar pel tub": "Assumeix la meva visió de l'home, dels seus problemes (psicopatologies), del terapeuta, de la ciència i raonant amb els meus propis arguments, demostra l'eficàcia del treus tractaments..". A més, "jo

inici al joc i poso les regles que m'interessen i la primera és que ningú pot abstenir-se de jugar”.

Tot i que pot semblar que la meua posició és força contundent, el propòsit no és un altre que el d'intentar trobar raonaments que recolzin l'opció de no optar pel cognom “científic” dels humanistes i en la mesura que sigui possible, influenciar positivament cap a les teràpies no reconegudes per l'APA, desmitificant alguns tòpics que desafortunadament es manifesten de forma més sovint, com “el que és científic APA val i si no, com succeeix amb el cas de les teràpies humanistes, no haurien de formar part de la psicologia clínica, sinó de promocionar-se sota el títol de coaching o de material suculent pels llibres d'autoajuda”.

Sembla un menyspreu i no mostra més que un desconeixement de la història de la Disciplina i de les aportacions dels seus creadors i desenvolupadors.

Amb més de 400 models terapèutics que actualment trobem al panorama Psicològic, no val tot, però si una part. Per aquest motiu, és necessari que els professionals s'uneixin per construir criteris més flexibles que els que es deriven de l'APA i que es fonamentin en:

1. Permetre la investigació de resultats en els diferents models sense que aquests tinguin que renunciar a les seves peculiaritats: la seva visió de l'home, dels problemes i dels mecanismes de canvi, sense imposar classificacions diagnòstiques o eines d'avaluació tot i que entenem la necessitat de tenir un llenguatge comú per tal de facilitar l'enteniment entre els professionals.

2. Apropar la investigació als contextos de la pràctica clínica i la formació: La validació dels tractaments s'ha de fer en contextos naturals, no en universitats ni en condicions allunyades de la realitat quotidiana de la psicoteràpia.

S'haurien d'estudiar els dissenys metodològics i si és necessari fer un “llistat de dissenys acceptables”, permetent diferents idees sobre els aspectes per mesurar el canvi en actuacions, emocions i processos, així com eines de mesura adients a les característiques del tractament proposat.

La flexibilització respecte a la diversitat dels criteris afavoriria sens dubte la pràctica clínica i com a conseqüència, al pacient, que és l'objectiu comú.

10. El futur de la psicoteràpia

Com diu Kristeva (1993) al seu llibre "noves malalties de l'ànima", d'aquesta societat i de la seva evolució s'obtidran molts beneficis per la major part dels ciutadans, però també esdevindran problemàtiques específiques que alhora generaren demandes d'atenció particulars. No ens trobarem amb les mateixes patologies amb vestidures diferents, sinó amb noves patologies.

En cada època històrica les dificultats i canvis han provocat desequilibris que afecten a la societat del benestar i com a conseqüència directament a la població.

El panorama desolador que desafortunadament sembla anar en augment des de fa aproximadament cinc anys ens dóna una bona mostra de la necessitat d'actuar al menys de forma individual en la mesura que ens sigui possible.

Pot ser sigui una visió un tant pessimista i no esta en el meu ànim descoratjar al lector, sinó oferir una perspectiva que considero realista, i que tot i mantenir un raig esperançador de la possibilitat de que el futur pugui recuperar la fertilitat del passat, sembla que el més adient, és avaluar el "aquí i ara".

La seguretat laboral ha desaparegut i el fet d'adquirir una professió és un triomf personal al que cada cop menys persones es poden permetre i que implica recórrer un laberint del que es desconeix la sortida.

Els nostres adolescents ens veuen com éssers prehistòrics davant el nostre intent de continuar fomentant les relacions familiars i personals de forma convencional. Estan creixent lligats al cordó umbilical de la tecnologia, en la qual es recolzen principalment per establir les seves relacions interpersonals.

Pares i mares conviuen sota el mateix sostre tot i el seu desig de conviure de forma separada, degut a la falta de recursos econòmics que ofereixi la independència dels progenitors.

Per un altre banda, la societat exigeix més del que pot donar. Ens demana estar saludables degut a la manca de recursos per poder atendre les nostres malalties, ens demana canviar els aparell tecnològics tot i la incapacitat econòmica de les famílies, ens demana ser fructífers i pensar amb creativitat, quan els camins per sembrar s'estan esgotant.

Tot això sense anar més enllà i aprofundir en la quantitat de situacions caòtiques en les que famílies s'han vist privades de qualsevol fruit que han pogut donar les terres que durant anys han estat sembrant.

Davant d'aquestes situacions, la resposta de la població sembla la submissió en un estat anhedònic i en la desafectació.

Si fa una dècada parlàvem de la societat de consum, ara parlem de la societat de la supervivència.

Davant d'aquesta situació, els psicoterapeutes ens trobem amb un desafiament: tractar l'ànima.

Ja no és suficient, sigui des d'un model terapèutic o des d'un altre, oferir diferents alternatives al pacient com a objectiu de canvi, perquè desafortunadament cada cop hi ha menys alternatives.

És per això que no ens estranya que tornem a les arrels del panorama psicològic on els fonaments humanistes ja predicaven per l'acceptació i el compromís tal i com han adoptat des de fa una dècada les teràpies de tercera generació.

“Conviu amb el teu símptoma, accepta't i integra'l a la teva vida, al igual que ho has de fer amb la situació econòmica i social en la que et trobes actualment”. ¿Quina sortida donem al pacient davant la impossibilitat de trobar una feina, on dir-li que trobi la dignitat perduda davant la impotència que sent de no poder mantenir a la seva família ni oferir-los un sostre o una matrícula universitària als fills? La sortida més plausible podria ser buscar alè a l'interior de “pròpia ànima”. Treballar amb conflictes de decisions quan no les opcions s'esvaeixen, és una tasca força difícil.

El desànim de la població no passa inadvertit per uns quants, d'aquí que molts autors es focalitzin en tenyir amb el color del negoci, el benestar o la felicitat. Relacionada amb el contingut de la PsP però evidentment no amb els mètodes, crec que hem d'estar preparats des de la butaca del terapeuta per tractar depressions que s'aniran cronificant de forma progressiva i per treballar les emocions de forma que el dolor, la ràbia i la por no es perpetuïn infinitament en els pacients.

Sembla necessari tornar a confirmar la necessitat de flexibilitzar la perspectiva científica de l'APA, ja que nous “trastorns” es sumen als ja existents. Els terapeutes podrien doncs trobar-se una mica perduts dins el remolí en el que

estem immersos. A més no hem de perdre de vista que els terapeutes també formen part de la població i que per tant ens beneficiem i ens perjudiquem de la societat de benestar, de la mateixa forma que ho fa el pacient, al que tenim al davant o al costat.

Per tant, no es tracta només d'ajustar les teràpies als pacients i a les noves situacions que estan emergint, sinó adaptar al terapeuta a fer front a les mateixes.

Possiblement els terapeutes ens haurem d'adaptar a suportar un ritme on els dols es succeiran de forma vertiginosa, a conversar un espai mental on preservar la serenitat per no ser engolits per la desesperança.

Possiblement la principal tasca sigui aprendre a gestionar la incertesa i per això es necessita aprendre capacitats creatives i comunicatives

Respecte a la creativitat els terapeutes hauríem de ser capaços de generar recursos per les exigències contradictòries de la societat. Per una banda, mantenir el desig d'ajuda reduint les aspiracions econòmiques, especialment des de l'àmbit privat, i revisant possibilitats de subvencions estatals (tot i que sembli irrisori) que permetin l'atenció altruista.

Per un altre banda, no podem deixar al marge les noves tecnologies i ens hem de disposar de capacitat per poder atendre als nostres pacients des de l'espai virtual, fora del despatx. L'objectiu no és només arribar a un nombre més gran de població sinó poder disposar de facilitats de cara al pacient, per a que continuï la demanda terapèutica. Com sabem en aquests últims anys, si parlem amb col·legues de la professió, la teràpia s'ha convertit en un luxe solament assolible per uns quants. La teràpia online podria ser una alternativa més assequible a la presencial.

Per un altre part, remarcar la necessitat dels terapeutes de continuar ampliant el coneixement sent flexibles per poder transitar pels diferents models sense prejudicis i mantenint la fidelitat que devem a la conducta responsable. Estar alerta als nous models terapèutics i aprendre processos nous que especialment estiguin relacionats amb el moment social actual. Les demandes socials d'assistència són múltiples i creixents. Es necessiten terapeutes "no ancorats" sinó habituats al contacte social i a la urgència de poder donar respostes adients a les demandes que van més enllà d'un quadre simptomatològic estandarditzat.

Degut a la falta de recursos econòmics de les Institucions trobem que la funció psicoterapeuta esta cada cop més sent exercida per persones que no han

estat especialment preparades per aquesta de forma acadèmica. Trobem educadors, personal d'infermeria, assistents socials o metges de família. Això ens porta a que el nostre exercici pràctic quedi relegat a un segon pla i a l'aventura d'aquells afortunats que disposin de recursos econòmics per fer front a la teràpia privada o bé, a aquells afortunats que hagin estat capaços de saltar tots els entrebancs amb el que es troben aquells psicòlegs clínics que volen optar per aconseguir una plaça en una Institució pública.

El treball individual està a les nostres mans, però és insuficient per assolir bones perspectives en el futur de la psicoteràpia.

Una de les exigències passaria per la creació d'associacions professionals de psicoterapeutes, o millor dit, d'Associacions de professionals de la salut mental. A l'igual que al 1990 es va crear la FEAP (Federació Espanyola d'Associacions de Psicoterapeutes), s'han de crear noves associacions professionals per garantir la comunicació i el diàleg entre diferents orientacions, compartir el coneixement, treballar en la selecció de nous criteris amb la col·laboració de membres esdevinguts de diferents disciplines i aconseguir un sistema de mutualitats que permetin accedir a la psicoteràpia a capes més àmplies de la població.

Nosaltres, futurs terapeutes, com agents de canvi ens hem de sentir responsables i actuar en conseqüència per treballar a favor de satisfer totes aquestes necessitats, pel bé dels pacients i pel nostre propi. La nostra contribució és sens dubte indispensable per incidir de forma positiva en el futur de la psicoteràpia.

11. Conclusions

La maduresa comporta una certa tendència a abandonar algunes postures inflexibles que es van construir des de la nostra infantesa, solidificant a l'adolescència, practicant amb perseverança durant la joventut i abandonant en l'etapa caracteritzada per la reflexió, després de valorar les conseqüències que ens ha reportat mantenir una actitud o un altre. Quan em refereixo a actitud, aquesta engloba no només el comportament, sinó els pensaments i per tant els processos de decisió que l'acompanyen.

Aquest treball de final de grau, coincideix amb aquesta etapa personal i és per això que tot i que la carrera de Psicologia s'ha centrat principalment en l'estudi

de la Psicologia Cognitiva-Conductual, la meua capacitat d'obertura cap a l'adquisició de coneixements esdevinguts d'altres models terapèutics, m'han ofert la possibilitat de conèixer la Psicologia Humanista i aprofundir en ella.

No he pretès treure rellevància a un model i donar-li a un altre, sinó intentar desfer els estigmatismes que semblen que encara a data d'avui existeixen respecte a l'Humanisme.

Etiquetar un model com "no vàlid" sense aprofundir en ell, és com deixar al marge a totes aquelles persones que es creuen a la nostra vida i que releguem al costat de la ignorància, per pensar que "no tenen a veure amb nosaltres", sense que ni tan sols haguem fet l'exercici de, com diria Rogers: l'escolta activa.

En contra del que molts autors poden considerar com un perill o un error per l'exercici professional, la integració és una bona opció per sumar coneixement, i augmentar les possibilitats del treball terapèutic. Això significa que ja sigui partint d'una base teòrica humanista, o cognitiva-conductual, es manté una posició d'acollida de diferents tècniques que siguin útils en la pràctica terapèutica. "Útils" no vol dir "eficàcia APA", sinó a que siguin eficaces i efectives segons la pràctica exercida pels col·legues de la professió i les teories de les quals estiguin desenvolupades per autors que es mantinguin fidels al propi model base. No es tracta només de fidelitat acadèmica, sinó de sumar-li a aquesta les pròpies afinitats que sentim amb el model base escollit.

Les intervencions terapèutiques necessiten sumar-se a la innovació. Aquesta és una professió dinàmica que requereix nodrir-se de forma continua de coneixement i una bona forma de fer-ho seria no girar la mirada davant de propostes que en principi puguin semblar allunyades de les nostres. Escoltar, aprofundir i meditar, són habilitats que hauríem d'afegir a les ja consagrades en el nostre rol de terapeutes.

Amb aquest treball "mirades diferents cap el símptoma" hem pretès donar la possibilitat de reflexionar sobre aquest aspecte amb l'objectiu de mantenir una posició on les nostres mirades es puguin creuar en algun moment, ja que indiscutiblement i independentment de cap on mirem, al final, tots ens dirigim al mateix horitzó.

12. BIBLIOGRAFIA

1. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1994). (4a. ed., text rev; DSM-IV-TR; Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2001).
2. Alford, B. A. y Beck, A. T. (1997) *The Integrative Power of Cognitive Therapy*. London: Guilford Press.
3. Allport, G. (1963). *La personalidad, su configuración y desarrollo*. Barcelona: Herder
4. Beck, A. (1995). The Empirical Status of Cognitive-behavioral Therapy: A review of meta-analyses. *Elselvier* (26), 17-31
5. Bertalanfly, L.(1968). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
6. Cabanas, E. i Sánchez, J. C. (2012). Las raíces de la psicología positiva. *Papeles del Psicólogo*, 33(3), 172-182.
7. Carr, A. (2000a) Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation. I: Child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 22, 29–60.
8. Carr, A. (2000b) Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation. II: Adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 22, 273–295.
9. Coyne, J.C., y Tennen, H. (2010). Positive psychology in cancer care: bad science, exaggerated claims, and unproven medicine. *Annals of Behavioral Medicine*,39, 16-26.
10. Csikszentmihalyi, M. (2005). *Fluir (Flow): Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairós.
11. Davis, M., McKay, M. i Eshelman, E. (1982). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca

12. Dobson, K.S. (1998). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York: Guilford Press
13. Duncan, y Miller, S. (2000). *The heroic client*. San Francisco: Jossey Bass.
14. Fernandez-Ríos, L. i Cornes, J. M. (2009). A critical review of the history and current status of positive psychology. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 7-13.
15. Fernandez-Ríos, L. i Novo, M. (2012). Positive psychology: Zeigeist (or spirit of the times) or ignorance (or disinformation) of history? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 333-346.
16. Friedlander, M. (2001). The scientific basis of couples and family therapy research. En M.P.Nichols y R.C.Schartz, *The essentials in family therapy*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
17. Froh, J. (2004). The history of positive psychology: truth to be told. *Psychologist*, 18-20
18. Gondra, J.M. (1978). *La Psicoterapia de Carl R. Rogers*. (2ª Ed.) Bilbao: Desclée de Brower
19. Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. En S.C. Hayes, M. Sato I K. Ono (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*, 1-29. Nova York: The Guilford Press.
20. Henry, W. P. (1998). Science, politics, and the politics of science: The use and misuse of empirically validated treatment research. *Psychotherapy Research*, 8, 126-136.
21. Hubble, M. L., Duncan, B. L. y Miller, S. D. (1999). *The heart & soul of change : what works in therapy* (1st ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

22. Jacobson, N., Martell, C. i Dimidjian, S. (2001). Behavioral Activation for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270
23. Kelly, G. (1995). *The psychology of Personal Constructs*. Nova York: Norton & Company
24. Kristeva, J. (1995). *Las nuevas enfermedades del alma*. Madrid: Cátedra
25. Kristjánsson, K. (2010). Positive Psychology, Happiness, and Virtue: The Troublesome Conceptual Issues. *Review of General Psychology*, 14, 296–310.
26. Labrador, F., Echeburúa, E. i Beconya, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dyckinson.
27. Labrador, F., Vallejo, M., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A. y Fernández Montalvo, J. (2000). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *Infocop*, 17, 25-30
28. Lambert, M. J. (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychotherapies. In J. C. Norcross & M. V. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. Basic Books: New York
29. Lambert, M. i Anderson, E. (1996). Assesment for the time-limited psychoterapies. *Annual Review of Psychiatry*, 15, 23-47.
30. Lambert, M. I Asay, T. (1984). Patient characteristics and their relationship to psychotherapy outcome. En M. Herson, L. Michelson y A.S. Bellack (Eds.), *Issues in psychotherapy research*, 313-359. Plenum Press: New York
31. Leitenberg, H., Rosen, J.C., Wolf, J., Vara, L., Detzer, M. i Srebnik, D. (1994). Comparison of cognitive-behavioral therapy and desipramine in the treatment of bulímia nervosa. *Behavior Research and Therapy*, 32, 37-46

32. Levitsky, A. i Perls, F. (1970). "Las reglas y juegos de la terapia gestáltica". En Fagan J. i Shepherd, I (eds). *Teoría y técnica de la terapia gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu
33. Linehan, M., Dimeff, L., Reynolds, S., Comtois, K., Welch, S. i Heagerty, P. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
34. Luciano, M.C. (2001). Sobre el trastorno de evitación experiencial (TEE) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). En C. Luciano (Ed.), *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Libro de casos 3-18. Valencia: Promolibro
35. Maslow, A. H. (1954). *Motivación y personalidad*. (2ª Ed.) Barcelona: Sagitario
36. May, R. (1985.) *Amor y Voluntad. Las fuerzas que dan sentido a la vida*. Barcelona: Gedisa
37. McKay, M., Davis, M. i Fanning, P. (1981). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca
38. McNulty, J.K., i Fincham, F.D. (2012). Beyond positive Psychology? toward a contextual view of psychological processes and well-being. *American Psychologist*, 67, 101-110.
39. Meichenbaum, D. (1978). *Cognitive-Behavior Modification. An Integrative Approach*. Nova York: Plenum Press
40. Miller, A. (2008). A Critique of Positive Psychology: The New Science of happiness. *Journal of Philosophy of Education*, 42, 591-608
41. Misiak, H. i Sexton, V. (1973). *Phenomenological, existential and humanistic psychologies*. Grune Stratton: Nova York

42. Nathan, P.E. y Gorman, J.E. (1998). *A guide to treatments that work*. Oxford University Press: Nova York.
43. Orueta, L. F. (2003). El síntoma es la brújula que nos apunta directamente al corazón del ser. *AEGT*, 23.
44. Pérez, M. (2003). *Las cuatro causas de los trastornos psicológicos*. Madrid: Editorial Universitas, S.A
45. Pérez, M. (2006). La Terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé* (5) 2, 159-172
46. Perls, F. (1969). *Sueños y existència*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
47. Perls, F. (1973). *El enfoque gestáltico. Testimonios de terapia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
48. Prieto-Ursúa, M. (2006). Psicología positiva: una moda polémica. *Clínica y Salud*, 17, 319-338.
49. Ruiz, M.A., Díaz, M. i Villalobos, A. (2012). *Intervención Cognitivo Conductuales*. (2ª Ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer
50. Saldanya, C. (2013). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. En Pérez, M., Fernández, J.M., Fernández, C. i Amigo, I. (Cords). *Guía de Tratamientos psicológicos eficaces I*, 141-215.
51. Seligman, M. i Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55, 4-14.
52. Seligman, M. (2002). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B.
53. Seligman, M. (2011). *La vida que florece*. Barcelona: Ediciones B.
54. Shadish, W. R., Montgomery, L. M., Wilson, P., Bright, I. y Okwumabua, T. (1993) Effects of family and marital psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 992-1002.

55. Shadish, W. R., Ragsdale, K., Glass, R. R. y Montgomery, L. M. (1995) The efficacy and effectiveness of marital and family therapy: a perspective from meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 345–360.
56. Sprenkle, D. H. (2003a) Effectiveness research in marriage and family therapy: Introduction. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 85-95.
57. Sprenkle, D. H. (2003b) Effectiveness research in marriage and family therapy. American Association for Marriage and Family Therapy.
58. Wilson, K. i Luciano, M. (2002). Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Pirámide.

13. WEBGRAFIA

1. Barragán M, O. (2008). ¿Por qué Thomas Kuhn escribe una postdata a su libro 'La Estructura de las Revoluciones Científicas'. *Revista Colombiana de Filosofía de la Ciencia*, (18-19) 23-28. Recuperat el 10 de Diciembre de 2013, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41411852002>
2. Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*. 13 (3), 442-446. Recuperat el 2 de Diciembre de 2013, de: <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/7897>
3. Freud (1915) Los caminos de la formación de síntoma. 23º conferencia expuesta en las obras de S. Freud (1993). Buenos Aires: Amorrutu Editores. Recuperat el 10 de Diciembre de 2013, de: http://www.edipica.com.ar/archivos/leandro/psicoanalisis/general/freud_4.pdf
4. García, A. Vulnerabilidad cognitiva a la anorexia nerviosa. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*. Recuperat el 5 de Diciembre de 2013, de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000730&a=Vulnerabilidad-cognitiva-a-la-anorexia-nerviosa>
5. Luciano, M.C. (2013). La conducta verbal a la luz de recientes investigaciones. Su papel sobre otras conductes verbales y no verbales. Recuperat el 19 de Diciembre de 2013, de: http://scholar.google.es/scholar_url?hl=es&q=http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/download/7168/7032&sa=X&scisig=AAGBfm2TZy-t3DA-NpCly_7jez_57VZd_Q&oi=scholarr&ei=D6W8UqXuK5CA7Qb8uIDYAQ&ved=0CC8QgAMoADAA
6. Monyivas, A., Die, G I de Silva, R (2013). Mindfulness (Atención plena): Concepto y teoría. Recuperat el 20 de Diciembre de 2013, de: <http://www10.ujaen.es/sites/default/files/users/factra/Congreso/39.pdf>

7. Nadal, C. (1999). El Síntoma: Una acción. Recuperat el 2 de Novembre de 2013, de: <http://www.aulagestalt.com/el-sintoma-una-accion/>
8. Roca, E. i Roca, B. (2013). La Bulímia Nerviosa y su Tratamiento: Terapia Cognitivo Conductual de Fairburn. Recuperat el 10 de Diciembre de 2013, de: <http://www.cop.es/colegiados/pv00520/pagina5.htm>
9. Seligman (1995). La Efectividad de la Psicoterapia. El Estudio del Consumer Reports. American Psychologist. Vol. 50, No. 12, 965–974. Recuperat: <http://es.scribd.com/doc/13269624/Seligman-La-Efectividad-de-La-psicoterapia>
10. William James (1965). Pragmático Primitivo. En Siete Sabios y una filosofía. Itinerario del pragmatismo, Franklin, Emerson, James, Dewey. En Van Wesep, H.B. Editorial Sudamericana: Buenos Aires. Recuperat el 15 de Novembre de 2013, de: <http://www.unav.es/gep/WesepJames.html>