

La intervenció en diferents àmbits d'aplicació

Guillem Feixas Viaplana
Meritxell Pacheco Pérez

PID_00153079



Universitat Oberta
de Catalunya

www.uoc.edu

Índex

Objectius	5
1. Intervenció en famílies	7
1.1. Enfocaments de teràpia familiar	7
1.1.1. Models conductuals	8
1.1.2. Models psicoeducatius	8
1.1.3. Models psicodinàmics	10
1.1.4. Models cognitius	10
1.1.5. Models experiencials	10
1.2. L'entrevista familiar	11
2. Intervenció en grups	14
2.1. Introducció	14
2.2. Apropament històric a la teràpia de grups	14
2.2.1. L'origen: els grups psicopedagògics	14
2.2.2. Els grups terapèutics	15
2.2.3. Els grups de creixement personal	15
2.2.4. L'expansió i la consolidació de les tècniques grupals	16
2.3. Concepte de teràpia de grup	17
2.4. Modalitats i aplicacions de la teràpia de grup	18
2.4.1. La teràpia en grup	18
2.4.2. La teràpia de grup	19
2.4.3. Coteràpia grupal	20
3. Intervenció en la infància i l'adolescència	22
3.1. Introducció	22
3.2. Factors relacionals i contextuals específics de la demanda de teràpia amb nens i adolescents	22
3.2.1. En la construcció de la demanda, consideració del sistema mixt	22
3.2.2. La relació terapèutica: actitud del terapeuta	24
3.3. La intervenció psicoterapèutica en la infància i l'adolescència ..	26
3.3.1. Motius de demanda habituals en la teràpia amb nens i adolescents	26
3.3.2. Adaptació de les tècniques a l'etapa evolutiva del nen	27
3.3.3. Diferents modalitats d'intervenció psicoterapèutica en la infància i l'adolescència	29
3.4. És eficaç la intervenció psicoterapèutica en la infància i l'adolescència?	33

4. Intervenció en la vellesa	35
4.1. És viable la intervenció psicoterapèutica en la vellesa?	35
4.1.1. Adaptacions de la intervenció psicoterapèutica per a aplicar-la en la vellesa	37
4.2. Presència de la intervenció psicoterapèutica en la vellesa i els resultats de la recerca	39
4.3. El treball amb la reminiscència i la revisió vital	40
4.3.1. Què és la reminiscència?	40
4.3.2. En què consisteix la revisió vital?	40
4.3.3. Per a què és útil una psicoteràpia de reminiscència i revisió vital?	41
4.3.4. Grups d'autobiografia guiada	41
Bibliografia	43

Objectius

El següent material us permetrà assolir aquests objectius:

- 1.** Familiaritzar-vos amb les dificultats i problemàtiques que comporta el treball clínic amb famílies.
- 2.** Familiaritzar-vos amb les dificultats i problemàtiques que comporta el treball clínic en el format grupal.
- 3.** Familiaritzar-vos amb les dificultats i problemàtiques que comporta el treball clínic en la infància i l'adolescència.
- 4.** Familiaritzar-vos amb les dificultats i problemàtiques que comporta el treball clínic en la vellesa.

1. Intervenció en famílies

1.1. Enfocaments de teràpia familiar

Com comentàvem en presentar el model sistèmic, la teràpia familiar va néixer essent sistèmica. Tanmateix, en l'actualitat hi ha altres enfocaments de teràpia familiar: conductual, psicoeducatiu, psicoanalític, cognitiu i experiencial.

La teràpia familiar, dita inicialment també *teràpia familiar conjunta*, és un format que inclou diversos membres de la família en el tractament. Habitualment es convoca la família nuclear que conviu amb el portador del símptoma, però de vegades pot incloure només la seva parella, o els seus pares, la família extensa o membres seleccionats d'aquests sistemes, segons el cas.

Com veiem, la teràpia de parella es considera una de les possibles variants de la teràpia familiar. Des de la perspectiva sistèmica, tinguin fills o no, constitueixen un sistema relacionat amb els sistemes de les famílies d'origen de tots dos. Tanmateix, altres enfocaments el distingeixen emprant categories diferents per a la teràpia de parella i la teràpia familiar.

El model sistèmic, sens dubte el més estès en la teràpia familiar, ha arribat a ser en els últims anys un dels models més populars, no únicament entre els psicoterapeutes, sinó també en el camp de l'assistència i el benestar social, les organitzacions i xarxes socials, la salut i els problemes escolars. I això no és per atzar. El seu camp d'aplicació característic, el treball amb la família, se situa en el centre de la vida social. Poques coses succeeixen independentment de la família, en les seves múltiples i renovades formes, entesa com a grup socioafectiu primari.

I és que el model sistèmic es distingeix clarament dels altres models d'intervenció psicològica perquè la seva unitat d'anàlisi és el sistema i no l'individu, ni la persona, tan enaltits per la psicologia tradicional i la civilització occidental. Efectivament, les seves bases conceptuals no són ni la personalitat i les seves característiques, ni la conducta individual, sinó el sistema familiar com un tot, com un organisme estructurat i interdependent que es comunica amb unes pautes d'interacció, i en les quals l'individu només és un dels components, el seu valor té a veure amb la funció i posició en el sistema.

Els símptomes, des d'aquesta perspectiva, són vistos com a part d'aquest patró comunicacional i, per tant, una característica del sistema i no únicament de qui el pateix. Per tant, es tendeix a treballar amb tota la família i orientar la intervenció a alterar els patrons d'interacció familiar en què el símptoma tenia el seu sentit. Desapareix així el pacient com a objecte de la intervenció i també el terapeuta, ja que se sol treballar en equip. La relació terapèutica, l'eix de la psicoteràpia per a alguns models, no és ja una cosa que succeeix entre terapeuta i client, sinó entre un equip i una família. Les sessions de teràpia, entre sis i vint segons els formats, solen ser una mica més llargues però també més espaciades en el temps.

En el mòdul "Intervencions sistèmiques" s'ha descrit amb una certa extensió la manera de treballar sistèmica, que és la que inspira en gran part aquest apartat. Tanmateix, a continuació veurem com enfoquen la teràpia familiar els altres models.

1.1.1. Models conductuals

Des dels anys setanta, el model conductual també treballa amb famílies, essencialment per a regular els reforços que s'administren recíprocament, principalment els pares en l'educació dels fills amb problemes. En moltes ocasions, aquests pares són definits com a "coterapeutes" que apliquen a casa un programa de reforçament dissenyat pel terapeuta. Últimament, també s'han desenvolupat programes de tractament per a parelles o per a adolescents amb problemes (per exemple, delinqüents).

1.1.2. Models psicoeducatius

Als anys setanta es van desenvolupar una sèrie de programes de tractament basats en l'estudi de la vasta literatura sobre la influència dels esdeveniments vitals (*life events*) com a pressió ambiental en l'esquizofrènia.

Els programes de tractament basats en el paradigma d'estrès/vulnerabilitat es defineixen pel seu caràcter psicoeducatiu, i tenen l'objectiu de disminuir el nivell emocional de la família i altres fonts d'estrès per al pacient. Són aspectes comuns a les seves diverses variants:

- a) Proporcionar informació sobre l'esquizofrènia com a trastorn, el seu curs i el seu pronòstic.
- b) Informar sobre el paper important i el maneig de la medicació.
- c) Modificar les expectatives dels familiars d'acord amb les possibilitats reals de recuperació simptomàtica i social del pacient.
- d) Ús de grups de suport multifamiliar.

- e) Entrenament en solucions de problemes.
- f) Entrenament en el maneig de les crisis simptomàtiques del pacient.
- g) Selecció d'alguns casos per a una teràpia familiar més completa.

Una de les línies de recerca (i tractament) més rellevants és la dels britànics Brown, Leff, Vaughn i col·laboradors (per exemple, Brown *et al.*, 1962; 1972; Vaughn i Leff, 1976; Vaughn *et al.*, 1984) sobre el paper del nivell emocional de la família com a font d'estrès per al pacient esquizofrènic. En aquest sentit, s'ha encunyat el terme d'**emoció expressada** (EE) per a referir-se a les actituds crítiques i hostils dels membres familiars, i també la seva sobreinvolucració. Segons aquests estudis, els pacients que retornen a llars amb índexs alts d'EE (mesurats mitjançant el Camberwell Family Interview, CFI, una forma d'entrevista familiar semiestructurada) presenten recaigudes en els nou mesos següents a l'alta hospitalària en més del 50% dels casos, mentre que aquest percentatge no arriba al 15% en les famílies amb índexs baixos d'EE (en tots dos casos es va administrar la medicació regularment). La variable EE va resultar la de més valor en la predicció de recaigudes, seguida de la variable sobre el grau de contacte del pacient amb els seus familiars, i van resultar menys afectats els que tenen menys contacte amb els familiars alts en EE (menys de trenta-cinc hores setmanals). També els estudis de Wynne i col·laboradors (vegeu Wynne *et al.*, 1982 per a una revisió) sobre "comunicació desviada" iniciats els anys seixanta van servir d'inspiració per a aquests enfocaments.

El programa de Goldstein *et al.* (1978) desenvolupat a la UCLA (Universitat de Califòrnia a Los Angeles) és breu (sis setmanes), concret i focalitzat. S'orienta a la identificació dels esdeveniments que van resultar estressants per al pacient i a evitar-ne la recurrència o atenuar-ne el poder destructiu. Una vegada identificats aquests agents causants d'estrès, el terapeuta ajuda la família a desenvolupar estratègies per evitar-los. Els resultats d'aquest programa van ser molt positius. Als sis mesos els pacients del grup en la condició de no-tractament familiar havien patit un 48% de recaigudes, mentre que en els de la condició de tractament familiar no se n'havia donat cap. Encara que els resultats amb períodes més llargs de seguiment no són tan impressionants, aquest programa terapèutic va resultar prometedori i va inspirar altres aportacions. En l'actualitat hi ha almenys dos "manuals" per al tractament psicoeducatiu de la família de l'esquizofrènic (Anderson *et al.*, 1986; Falloon *et al.*, 1954), que ja han generat una recerca considerable. Tant Falloon *et al.* (1982) com Leff *et al.* (1982) revelen una taxa de recaigudes d'entre el 6% i el 9% als nou mesos, en comparació amb la taxa d'entre el 44% i el 50% del grup control sense tractament familiar. Potser l'estudi més meticulosament conduït va ser el d'Anderson *et al.* (1986), en què només es van incloure famílies amb índexs alts d'EE i en què es va comparar la condició de tractament individual (entrenament en habilitats socials) amb el familiar.

Com conclouen aquests autors, l'efecte principal del tractament familiar és el retard (i una certa disminució) de les recaigudes i les rehospitalitzacions. L'enfocament psicoeducatiu de la família permet guanyar un temps als pacients i les seves famílies que pot resultar essencial per a la recuperació, en alleujar el seu malestar i agitació, ajudar-los a ajustar les expectatives, entendre la naturalesa del seu trastorn, i promoure el desenvolupament d'estratègies d'afrontament. A més, un seguiment més qualitatiu dels casos permet advertir que la seva millora no es limita simplement a una reducció simptomàtica, sinó que es produeix un cert ajust i adaptació social a la comunitat.

Actualment hi ha programes psicoeducatius per a múltiples problemes mentals (per exemple, depressió, ansietat) i també per a problemes de salut física (per exemple, diabetis, hipertensió), en què també s'intenten objectius similars amb aquest format familiar.

1.1.3. Models psicodinàmics

Com vèiem en el mòdul "Intervencions psicoanalítiques", la psicoanàlisi no se centra en la dinàmica actual de la família. Tanmateix, en els anys vuitanta han aparegut alguns autors, relativament aïllats, que plantegen un format de teràpia familiar amb base psicoanalítica, especialment en el cas d'adolescents; la seva influència en el camp psicoanalític és testimonial i, pel que fa al treball familiar, com a màxim el que arriben a fer és entrevistar els pares dels nens que tracten.

1.1.4. Models cognitius

A mitjan anys vuitanta alguns autors cognitius van desenvolupar programes de teràpia de parella basats en el model cognitiu. Aquests enfocaments analitzen els supòsits disfuncionals, errors cognitius o creences irracionals amb què les persones es plantegen la relació de parella. També hi ha algunes aportacions en teràpia familiar però no són gaire nombroses, i en la majoria de casos comporten una certa integració amb el sistèmic.

1.1.5. Models experiencials

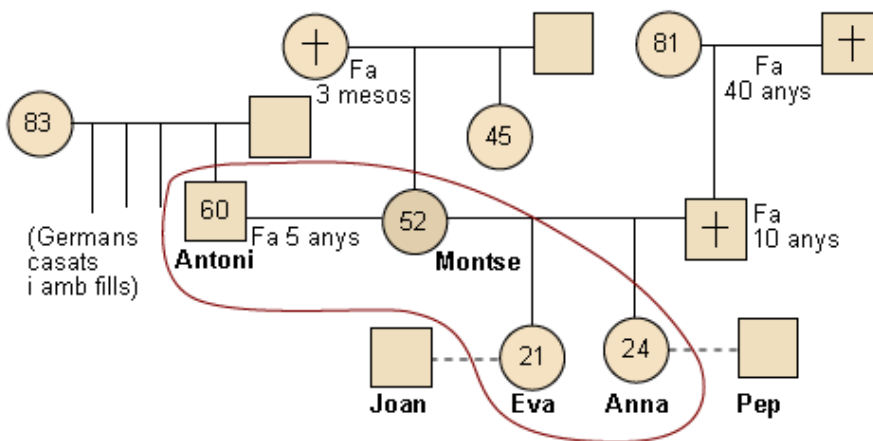
El mateix Rogers ja va treballar amb grups de parelles en el format dels seus grups de trobada dels anys seixanta. Tanmateix, els formats de teràpia de parella de base rogeriana o gestàltica no van arribar fins als anys vuitanta. Aquests enfocaments emfatitzen l'expressió emocional en la sessió de la ràbia, els ressentiments, odis, etc., i també les mostres expressives d'amor i afecte, de vegades molt inhibides fins i tot en la intimitat familiar.

La teràpia familiar sol treballar amb la família nuclear del pacient, però pot incloure només alguns dels membres, o també altres parents o persones pròximes.

Encara que l'enfocament sistèmic és el més practicat, també hi ha teràpia familiar des dels enfocaments conductual, psicoeducatiu, cognitiu i psicoanalític.

1.2. L'entrevista familiar

L'admissió d'un cas en un context de teràpia familiar sistèmica és un procés que s'inicia en la mateixa trucada d'algun membre de la família sol·licitant ajuda terapèutica. En aquell moment (o en una trucada o trobada posterior per part d'algun membre de l'equip terapèutic, treballador social, etc.) s'emplena una fitxa inicial que essencialment conté les dades següents:



- derivació (la persona o servei que ha indicat teràpia familiar),
- dades (nom, edat, ocupació) dels membres de la família nuclear i dels avis per a poder fer un genograma trigeneracional,
- convivència (qui són els que viuen a la mateixa casa),
- descripció del problema,
- també es pregunta per l'existència de tractaments psicològics o psiquiàtrics actuals o anteriors dels membres de la família i per la disponibilitat horària.

A més, s'informa de les condicions del treball terapèutic:

- preu de les sessions (si és un servei privat o concertat),

- treball en equip,
- freqüència de les sessions (al principi quinzenal i després mensual),
- la durada (entre 80 i 120 minuts),
- la primera sessió és una consulta per a veure si es pot fer la teràpia familiar.

En aquest contacte previ, que sol durar entre 10 i 20 minuts, sovint l'informant de la família explica també la seva visió i potser el que opinen els altres membres.

Amb aquestes dades l'equip terapèutic es reuneix, en el que es coneix com a *fase de presessió*, i elabora unes hipòtesis sistèmiques, molt provisionals, que ajuden a formular determinades preguntes orientades a la verificació o a la refutació. Alhora l'entrevista inicial o sessió de consulta serveix per a recollir informació addicional que permetrà completar les hipòtesis inicials o generar-ne d'altres de noves. Una de les funcions principals d'aquesta fase és decidir qui es convoca.

S'ha de tenir en compte que l'enfocament no se centra en l'individu que presenta símptomes, al qual es considera pacient identificat, atès que és el que el sistema ha designat com a pacient. La teràpia se centra en el sistema, els que participen en els seus patrons d'interacció. És per això que es convoca la família (sempre que sigui possible) encara que el problema aparegui com a individual.

D'altra banda, de vegades és el PI qui no vol venir o no està disponible (problemes psicòtics, drogoaddicció, delinqüència, conflictes familiars greus), i tot i així es convoca la família. Aquesta és una de les poques modalitats de teràpia que permet treballar encara que el pacient no col·labori. El que es necessita és que ho faci la família. Si ells canvien el patró interaccional, això afectarà el pacient. Qui sí que sol ser imprescindible és el **demandant**, almenys en una primera sessió; és a dir, la persona que demana fer teràpia. També s'estudia el paper del **derivant** o persona (o professional) que indica la necessitat de fer psicoteràpia, o concretament teràpia familiar.

L'entrevista sistèmica és conduïda per un terapeuta i, molt sovint, per un coterapeuta. És observada amb un mirall unidireccional (o circuit tancat) per altres membres de l'equip i gravada en vídeo per a analitzar-la posteriorment.

Els terapeutes fan una pausa una vegada recollida la informació i es reuneixen amb els col·legues que han presenciat la sessió per elaborar una devolució. En la consulta inicial aquesta devolució inclou essencialment la indicació o no de teràpia familiar i, en cas afirmatiu, la proposta de treball centrada en uns objectius negociats. La devolució també sol incloure formes inicials d'intervenció (reformulacions, prescripció de tasques, intervencions paradoxals, etc.). En les sessions següents es revisa el compliment o efecte d'aquestes intervencions.

El genograma com a instrument d'avaluació i generació d'hipòtesis clíniques

Es tracta d'un esquema gràfic de la situació de la família pel que fa a membres (nom, edat, sexe), parentesc, convivència i altres fets vitals significatius (mort, divorci, migracions, etc.). Les pautes més habituals són les següents:

- Les dones es dibuixen amb rodones i els homes, amb quadrats.
- A dins se n'escriu l'edat, excepte quan han mort (en aquest cas s'escriu al marge la data de la mort).
- Els vincles de parella es representen amb una línia que uneix dos membres (si és un prometatge, en línies de guions).
- Les separacions s'indiquen amb un segment inclinat que encreua la línia de parella (dos segments en cas de divorci).
- Els que conviuen junts s'agrupen dins un cercle.

Activitat

Elaboreu el genograma (en tres generacions) de la vostra pròpia família.

Abans de la sessió l'equip treballa amb la informació prèvia recollida en la fitxa telefònica per formular hipòtesis inicials que guïïn la sessió.

Després d'entrevistar la família, fan una pausa en què preparen la devolució amb una proposta de treball per a la família.

2. Intervenció en grups

2.1. Introducció

En la pràctica clínica, utilitzar grups s'ha consolidat com una tècnica terapèutica, s'ha estès més enllà d'una orientació psicològica concreta, i ha arribat a traspasar l'àmbit de la psicoteràpia. Així, trobem diverses modalitats d'intervenció grupal, segons aspectes com l'orientació teòrica (psicodinàmica, sistèmica, gestàltica, etc.), la finalitat terapèutica (formativa, suport social, reivindicativa, etc.) o la forma de gestió del grup (autogestionats o heterogestionats).

Seguidament, intentarem respondre a preguntes bàsiques com què és una teràpia de grup, quins beneficis pot aportar aquest tipus de tractament respecte a un de més personalitzat o les diverses classes de teràpia de grup que hi ha.

Per tant, a continuació presentem un breu esbós històric que donarà pas a la conceptualització de la teràpia de grup i, finalment, a les seves modalitats i aplicacions bàsiques. El treball de Villegas (1997) ha servit de guia per a orientar-nos en aquest recorregut.

2.2. Apropament històric a la teràpia de grups

La història de la teràpia de grups es desenvolupa al llarg de tot el segle XX. Té el seu origen en l'any 1905, amb els grups de pacients tuberculosos de Pratt, però no s'acabarà consolidant fins al principi dels anys vuitanta. En aquesta gènesi i evolució destacariem els fets següents.

2.2.1. L'origen: els grups psicopedagògics

La primera persona coneguda per utilitzar el grup com a recurs terapèutic és Pratt, que l'any 1905 va juntar pacients tuberculosos amb la finalitat d'educar-los (en la higiene i el tractament de la malaltia), implicar-los (aconseguir l'adherència al tractament), integrar-los socialment i accelerar-ne la recuperació física. Per a aconseguir aquests objectius va utilitzar les emocions del grup, i el terapeuta va adquirir el rol de figura parental idealitzada.

Més endavant, el mateix Pratt i altres metges com Chapel i Buck van estendre aquest mètode a altres col·lectius de malalts amb trastorns orgànics. Es va procedir de la mateixa manera amb els pacients esquizofrènics d'hospitals psiquiàtrics: destaca el mètode de Lazell, que consistia a fer conferències als pacients i implicar tot el grup en la discussió posterior.

En aquests moments de gestació, s'aprecia com a denominador comú que el treball dut a terme amb aquests malalts, orgànics o psiquiàtrics, és de caire didàctic i el metge exerceix el rol de líder benèvol, que obre un camí en què els pacients se senten compresos i senten que es donen suport entre ells.

2.2.2. Els grups terapèutics

La primera experiència amb grups, de caire més terapèutic, apareix amb J. L. Moreno quan, encara estudiant, va treballar els problemes de marginació d'un grup de prostitutes. Moreno (1889-1974) és una figura de gran rellevància per a la psicologia dels grups i destaca, entre altres aspectes, per ser el creador de la tècnica del psicodrama. D'altra banda, encara que Freud no va treballar mai amb grups terapèutics, altres autors psicoanalistes, com Wender i Schilder, també van emprar aquest recurs en la teràpia.

Moreno i les tècniques psicodramàtiques

Moreno va fundar, l'any 1921, el "teatre de l'espontaneïtat", en què els actors recitaven guions extrets de la vida quotidiana. Aviat comprovà que aquesta representació produïa un efecte catàrtic, cosa que va portar al sorgiment, dos anys després, del denominat *teatre terapèutic*. Amb el temps, Moreno va anar desenvolupant les tècniques psicodramàtiques i, finalment, l'any 1936, va crear una clínica amb el primer teatre de psicodrama.

És destacable la connexió que va intuir entre psicodrama i psicoteràpia de grup, i també que considerés la família de l'individu com un grup amb què es pot treballar terapèuticament.

La psicoanàlisi grupal

Freud no va tractar mai amb grups, per tal d'evitar la influència despersonificadora que podien exercir. Malgrat tot, altres psicoanalistes van donar suport a aquesta tècnica (com, per exemple, Adler) i, de fet, una situació d'urgència com és la guerra va portar a la utilització de la psicoanàlisi en la teràpia de grups. Així, autors com Simmel i Foulkes van tractar grups de pacients amb neurosi traumàtica.

Altres autors destacables són Slavson i Bion. Slavson va publicar, el 1950, el primer manual de psicoteràpia analítica de grups (*Analytic group psychotherapy*), mentre que Bion (1961) va ser pioner en la conceptualització d'una mentalitat i cultura de grup.

2.2.3. Els grups de creixement personal

Els grups de "creixement personal" o "trobada" neixen a la dècada dels seixanta com a evolució dels denominats *grups T*. Aquests darrers, d'orientació lewiniana, eren uns grups d'entrenament, no terapèutics, en què es posava èmfasi

en el material emocional i l'aquí i ara de les sessions. A partir d'aquest punt, es constata que hi ha una sèrie de problemes (soledat, apatia, inseguretat, etc.) com a conseqüència de les limitacions que imposa la societat a l'individu i, d'aquesta manera, amb l'objectiu d'afavorir el creixement personal, van sorgir els grups de trobada.

Les tècniques del moviment del potencial humà anaren encaminades a assolir aquesta finalitat. Es crearen els centres de creixement personal, amb la intenció de propiciar la reeducació i el renaixement de les persones. La comunicació verbal esdevingué un obstacle per a expressar les pròpies emocions i es donà importància a tècniques que permetessin connectar l'individu amb les seves emocions: l'expressió corporal, l'art, els exercicis bioenergètics, etc. L'expressió directa i sincera dels sentiments, centrant-se en l'aquí i ara, va esdevenir un aspecte bàsic que encaminaria la persona cap al seu creixement personal i, en últim terme, al màxim exponent d'aquest creixement: l'autorealització.

Val a dir que alguns d'aquests grups evolucionaren, progressivament, cap a una dimensió més transpersonal i, en certs casos, també religiosa. Això va donar lloc a dues tendències diferents, però no contradictòries: una més mística, amb autors com A. Watts o S. Grof (que empraren tècniques com el zen o el ioga), i l'altra més laica, amb autors com E. Fromm (més inspirada en el socialisme humanista).

Finalment, cal advertir que, en aquesta època, hi va haver altres tècniques de teràpia de grup (diferents de les del moviment del potencial humà o la psicologia transpersonal) com els grups de trobada de Rogers, l'anàlisi transaccional de Berne o la teràpia gestàltica de Perls.

2.2.4. L'expansió i la consolidació de les tècniques grupals

En les últimes dècades, treballar amb grups és un recurs terapèutic present en pràcticament totes les orientacions terapèutiques. Fins i tot les orientacions cognitives, conductuals i cognitivoconductuals han assolit aquesta modalitat i la utilitzen en nombrosos àmbits d'intervenció, com, per exemple, els grups d'autocontrol per a addiccions, els grups d'entrenament per a pares o els grups constituïts per persones amb ansietat davant de situacions socials, entre d'altres.

La història de la teràpia de grups s'origina l'any 1905, amb els grups de pacients tuberculosos de Pratt, i es desenvolupa i es consolida al llarg de tot el segle XX.

Recordeu les principals característiques de la història de la teràpia de grups:

En els primers moments, la teràpia de grups és de caire psicopedagògic, no terapèutic, i es desenvolupa en pacients amb trastorns orgànics i psicòtics. El pas de grups pedagògics a terapèutics té lloc a partir de figures com Moreno (psicodrama) i psicoanalistes com Adler, que donaren suport a l'efecte beneficiós d'una teràpia en grup. Els grups de creixement personal neixen arran de les concepcions humanistes d'aquell moment, i esdevenen grups d'entrenament, no terapèutics.

Avui en dia la teràpia de grup s'ha estès àmpliament i es considera en els diversos models teòrics.

2.3. Concepte de teràpia de grup

L'element definidor d'un grup terapèutic és la seva finalitat. És un instrument que permet fenòmens experiencials diferents d'una relació terapeuta-client, amb la qual cosa, en certs casos, permetrà una millor consecució d'objectius determinats o la satisfacció d'unes necessitats específiques.

El fet d'utilitzar una teràpia de grup no significa necessàriament descartar la teràpia individual, sinó que, en determinats casos, serà necessari portar a terme totes dues modalitats. Però, realment, quins són els criteris d'elecció entre teràpia de grup o individual? Certament, la teràpia de grup permet un estalvi de temps i personal en la consecució de la teràpia, però, d'altra banda, la teràpia individual és més personalitzada.

Reflexió

Per quina modalitat de teràpia us decantaríeu? Quins avantatges i inconvenients veieu en la teràpia de grup respecte a la individual? Creieu que és possible tractar una persona per mitjà d'un grup sense portar, paral·lelament, una teràpia més personalitzada?

Bàsicament, a l'hora d'escollir entre una modalitat o una altra, s'han de considerar els beneficis que podria reportar depenent del cas, considerant si a aquella persona en particular li resultarà més positiu un tractament personalitzat o grupal. Les preferències, limitacions o necessitats del terapeuta no són criteris adequats a l'hora d'escollir la modalitat terapèutica, ja que podrien arribar a perjudicar enormement el client.

A continuació destaquem alguns trets diferencials bàsics entre teràpia individual i grupal:

- Les persones que componen el grup terapèutic exerceixen una influència destacable que és utilitzada com a eina terapèutica, cosa que en la teràpia individual no es produeix.
- En la teràpia de grup, tots els components construeixen la realitat i, a més, comparteixen els sentiments (va més enllà de la transferència i la contra-transferència de la relació diàdica entre terapeuta i client).
- El grup presenta determinades forces no controlades (per exemple, els estats d'humor) que en la teràpia individual no es produeixen.

L'element definidor de la teràpia de grup és la seva finalitat.

Recordeu que, més enllà dels interessos o les limitacions del terapeuta, el més important és considerar què pot resultar més adequat i beneficiós per al client a l'hora d'escollir entre un tipus de teràpia individual o grupal.

2.4. Modalitats i aplicacions de la teràpia de grup

Els tipus de teràpia grupal són diversos tenint en compte aspectes com la classe de grup (primari/secundari, autogestionat/heterogestionat, etc.), el paper del terapeuta o el protagonisme que adquireix el pacient. Per tant, partint d'aquesta base, podríem distingir tres modalitats bàsiques: la teràpia en grup, la teràpia de grup i la coteràpia grupal.

2.4.1. La teràpia en grup

Es considera una teràpia en grup quan la persona és la figura principal (el grup actua com a fons) i el terapeuta adquireix el rol de conductor del grup. En aquest cas, considerem el psicodrama, la teràpia gestàltica i l'anàlisi transaccional.

El psicodrama

El psicodrama és una part important del sistema teòric de Moreno i consisteix en la utilització de la representació d'un rol com a eina terapèutica. Però val a dir que el rol representat és una continuació de la mateixa vida del pacient, amb la qual cosa la persona pot reviu els seus problemes sense els obstacles que apareixen en la vida quotidiana.

El psicodrama impulsa la lliure expressió dels sentiments de l'individu i l'espontaneïtat en un ambient positiu i satisfactori per al pacient, guia l'acció i li atorga una significació psicològica gràcies al paper que exerceixen el director (terapeuta) i altres components del grup.

D'altra banda, han esdevingut evolucions del psicodrama de Moreno ("clàssic"), com és la integració del psicodrama en la psicoanàlisi, en què certs aspectes bàsics són modificats: per exemple, els grups són més petits (asseguts en cercle), no hi ha recursos escenogràfics, s'utilitza la transferència i la contratransferència, etc.

La teràpia gestàltica

La teràpia de la *Gestalt* és una evolució del psicodrama morenià que permet un abast més gran com a tècnica terapèutica respecte al psicodrama clàssic: ja no calen recursos escenogràfics, sinó que l'únic material necessari són una o dues cadires.

- La tècnica de la "cadira calenta" consisteix a impulsar el pacient a explorar les seves fantasies, somnis, expectatives, trets personals, etc. i a teatralitzar-los davant la resta del grup. El terapeuta participa com a coordinador i la resta del grup observa i, si és necessari, participa d'una manera auxiliar en la interacció entre coordinador i pacient.
- La tècnica de la "cadira calenta" i la "cadira buida" segueix la mateixa dinàmica. L'existència de la cadira buida és un recurs que s'utilitza perquè el pacient parli amb figures representatives o parts de si mateix; és a dir, és ocupada pels personatges imaginaris del pacient.

L'anàlisi transaccional (AT)

L'anàlisi transaccional és un tipus de teràpia directa i activa en què les metes terapèutiques són pactades per mitjà d'un contracte entre terapeuta i client. El creador d'aquesta modalitat, Berne, afirma que es podria definir en cinc paraules: *pare, adult, nen, joc i guió*.

El grup característic es compon d'unes vuit persones i, atès que cadascuna pot interactuar amb els estats de l'ego (pare, adult, nen), el resultat és de vint-i-set persones. Això permet treballar amb institucions com matrimonis, família o organitzacions.

2.4.2. La teràpia de grup

En aquest cas, el terapeuta exerceix un paper d'analista grupal, i el grup és el pacient i l'agent terapèutic. Per tant, s'inclouen les diverses modalitats de grupanàlisi.

El grupanàlisi

Bibliografia

J. Rojas Bermúdez (1997). *Teoría y técnica psicodramáticas*. Barcelona: Paidós.

Una obra molt actualitzada sobre el treball psicodramàtic en grup.

El grupanàlisi parteix d'un enfocament de l'aquí i ara en la teràpia –és a dir, es treballa en el present, en la mateixa dinàmica de grup–, per a descobrir el passat de cadascun dels membres que el componen –és a dir, les seves arrels familiars, culturals i socials.

En aquesta modalitat de teràpia s'utilitzen recursos tant verbals com paralingüístics (posturals, expressivofacials, etc.) i, al contrari que en els grups de trobada, s'evita el contacte corporal. El treball ja no es desenvolupa en el pla de la realitat, sinó a partir del món simbòlic de cadascun dels subjectes, el qual es posa de rellevància en la interacció amb els altres membres del grup.

Val a dir que aquesta tècnica, per les seves característiques, pot resultar inadequada en determinats casos: personalitats paranoiques, histriònics o depressius greus de tipus psicòtic.

2.4.3. Coteràpia grupal

En aquest tipus de teràpia, tots els membres del grup actuen de terapeutes, amb la qual cosa el professional o no existeix o exerceix un paper purament auxiliar. Aquest és el cas dels grups de trobada i els grups d'autoajuda.

Els grups de trobada

Es tracta de grups heterogestionats (el terapeuta té certa responsabilitat sobre el grup), d'entre sis i vint persones, que treballen les emocions a partir de la conducta de la persona en el grup en el moment present (enfocament de l'aquí i ara). La intenció bàsica és afavorir l'expressió lliure i sincera dels sentiments, que la persona s'arrisqui i es presenti als altres tal com és.

Les regles essencials en aquesta modalitat de teràpia són les següents: responsabilitzar-se dels propis pensaments i sentiments; expressar les emocions tal com són (desagradables o agradables, sense censures ni exageracions) i proporcionar/rebre realimentació. La realimentació, o manifestació de la reacció interna que la persona ha provocat en els altres membres del grup, és un aspecte rellevant a tenir en compte, no solament en aquesta modalitat terapèutica, sinó també en la teràpia de grup en general.

Els grups d'autoajuda

Aquests grups d'autogestió es formen per fer front a problemes psicològics o de comportament addictiu (com és el cas d'Alcohòlics Anònims, per exemple). Proporcionen un espai en què la persona expressa els seus sentiments, escolta i és escoltada pels altres companys, i rep suport i ajuda.

Així mateix, s'han generat diversos grups d'autoajuda en què les persones comparteixen una problemàtica determinada. Seria el cas de grups de persones amb algun tipus de malaltia (sida, càncer, etc.) o d'altres que comparteixen una determinada condició social (grups feministes, de separats, veterans de guerra, etc.). Aquests tipus de grups també poden rebre el nom de *grups d'ajuda mútua*.

Les modalitats de teràpia de grup són diverses, segons el tipus de grup i el paper que exerceixen tant el client com el terapeuta.

Podem distingir tres modalitats bàsiques: la teràpia en grup, la teràpia de grup i la coteràpia grupal.

Recordeu els aspectes bàsics de cadascuna de les modalitats i els autors més rellevants.

Bibliografia

M. Villegas (1997). Grupos en la clínica. A P. González (Comp.), *Psicología de los grupos: Teoría y aplicación*. Madrid: Síntesis.

En aquest treball podeu trobar d'una manera resumida gran part dels continguts d'aquest apartat. La bibliografia en grups és molt extensa, per la qual cosa ens sembla que aquesta obra pot ser una bona guia orientadora.

S. Vinogradov i I. Yalom (1990). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.

Una obra breu i concisa que planteja els principis bàsics del treball grupal sense decantar-se gaire per cap model o orientació.

3. Intervenció en la infància i l'adolescència

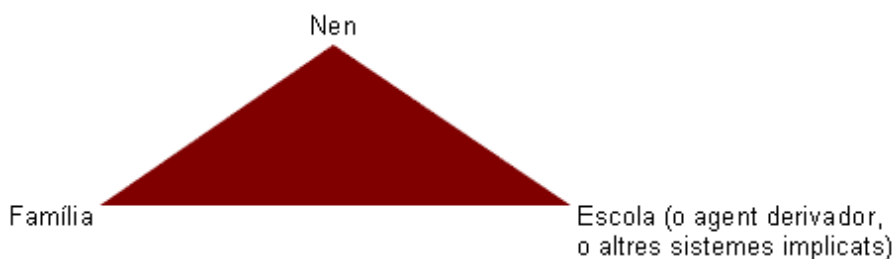
3.1. Introducció

Per a abordar el tema de la intervenció psicoterapèutica en la infància i l'adolescència intentarem oferir una perspectiva prou àmplia alhora que sintètica, combinant la reflexió sobre els factors contextuais i relacionals que incideixen en aquesta pràctica amb la presentació d'algunes formes d'intervenció útils per al treball psicoterapèutic amb nens i adolescents. Acabarem l'exposició del tema examinant breument les dades empíriques que avalen la pràctica clínica de la psicoteràpia amb nens.

3.2. Factors relacionals i contextuais específics de la demanda de teràpia amb nens i adolescents

Una de les característiques més específiques del treball psicoterapèutic amb nens i adolescents és la quantitat de persones o col·lectius implicats en la demanda. Aquest és un factor que considerarem amb deteniment, ja que l'evolució del procés psicoterapèutic tindrà molt a veure amb la gestió dels factors relacionals i contextuais del cas.

3.2.1. En la construcció de la demanda, consideració del sistema mixt



Durant tot el procés psicoterapèutic, tant la família del nen i el mateix nen com el personal de l'escola o altres sistemes implicats en la vida del nen són una font de dades summament valuosa. Això és així atès que el nen es pot anar desenvolupant i deseixint d'una manera molt diferent en un context relacional (per exemple, família) i en un altre (per exemple, escola), fins al punt que hi pot haver símptomes que es manifestin molt clarament en un context, per exemple a l'escola, i que no es manifestin en altres contextos relacionals del nen.

A continuació considerarem el tipus d'informació que generalment podem obtenir de l'escola, del nen i dels pares:

Informació procedent de l'escola	Útil per a conèixer el comportament del nen amb relació a les normes pròpies del seu grup d'edat (per exemple, funcionament acadèmic, interacció social amb els companys i amb adults externs a la família del nen, estil de comunicació social, etc.).
Informació procedent dels pares	Útil per a conèixer les conductes problema del nen (per exemple desobediència, agressivitat, negativisme, hiperactivitat, impulsivitat, etc.) i quin paper tenen en el sistema familiar.
Informació procedent del nen	La millor via per a la comprensió de l'estil de pensament i de les emocions del nen (per exemple, autoestima, autoconcepte, ansietat, depressió, solitud, etc.).

Però què passa quan la derivació prové de l'entorn escolar i la demanda de l'escola i la de la família no coincideixen? En aquest cas és **important que intentem conciliar la demanda de la família i la de l'escola**, atès que si ens aliam amb una de les dues parts i ignorem o rebutgem l'altra, és molt probable que es produeixin desencontres o friccions entre els pares i l'escola, o amb el mateix psicòleg, que interfereixin negativament en el procés terapèutic del nen. Com més consensuada sigui la demanda entre les persones significatives per al nen, més probable és que els èxits que vagi aconseguint en teràpia es validin relacionalment; això facilitarà que els èxits es consolidin i que es generalitzin als diferents àmbits de la vida del nen.

A continuació proposem una sèrie d'interrogants que és útil que ens plantegem a l'inici de cada procés terapèutic amb nens i adolescents, sobretot en els casos que la derivació provingui de l'entorn escolar:

- Quina és la demanda de l'escola? Quina percepció tenen del nen i del seu problema les persones que duen a terme la derivació en l'àmbit escolar? En cas que hi hagi una queixa centrada en el nen o en l'estil de parentalitat dels pares, intentarem contextualitzar i especificar el problema plantejat.
- Quina és la demanda dels pares? Quina percepció tenen del nen i del seu problema? En cas que hi hagi una queixa centrada en el nen o en les accions de l'entorn escolar, intentarem contextualitzar i especificar el problema plantejat.
- Què sap el nen de la demanda que fan els pares o l'escola? Quina percepció té de si mateix i del seu problema?
- Fins a quin punt coincideixen la demanda de l'escola i la de la família? En quins punts coincideixen i en quins no hi ha consens? Es dona una lluita simètrica en què cada sistema defensa la seva posició i els matisos tenen

tendència a desaparèixer? Com es pot afavorir una relació de col·laboració entre el sistema parental i l'escolar?

En conclusió, quan la demanda de la família i la de l'escola no coincideixen, és important que el terapeuta sigui sensible al context relacional del nen i que en lloc de prendre partit en la lluita simètrica entre l'escola i els pares, intenti fomentar la col·laboració entre ells. Són tasques importants del terapeuta infantil situar les dificultats del nen en el seu context (escolar o familiar) i focalitzar la mirada de l'escola sobretot en el que hi succeeix, i la de la família sobretot en la família i en el que hi succeeix, per a evitar acusacions mútues.

Reflexió

- Com es pot afavorir una relació de col·laboració entre el sistema parental i l'escolar?
- Com ha de respondre el terapeuta a la invitació de certes institucions, per exemple escoles, a actuar d'una manera determinada?
- El terapeuta hauria d'anar a reunions en què s'exclou el nen de la discussió sobre la seva pròpia vida?
- En cas que ho fes: quin rol seria preferible que hi tingués? Com podria propiciar que la veu del nen estigués present en aquestes reunions?

3.2.2. La relació terapèutica: actitud del terapeuta

Considerant la psicoteràpia bàsicament com una forma de relació, a continuació veurem algunes de les particularitats d'aquest tipus de relació quan es desenvolupa amb nens i adolescents.

Un tret diferencial de la teràpia amb nens i adolescents és el fet que durant el procés terapèutic farem necessàriament una o més entrevistes amb els pares, com a mínim una entrevista a l'inici del procés terapèutic i una altra al final. Amb aquestes entrevistes coneixerem la visió que tenen els pares del seu fill, de la seva pròpia família i del problema. També podrem avaluar si fixen límits raonables a la conducta del nen i es posen d'acord entre ells sobre aquests límits. És important identificar si hi ha situacions familiars conflictives que podrien afectar el nen. Però un dels objectius principals d'aquestes entrevistes és construir una relació de confiança i seguretat amb els pares que n'incentivi el suport al procés terapèutic, tant si el tractament d'elecció és individual com familiar. L'establiment d'una bona aliança amb els pares potenciarà l'adhesió al tractament i afavorirà l'increment i la generalització dels èxits del nen en la teràpia quan es produeixin.

Però, com afirma Brandell (1992), **el que més afavoreix l'adhesió al tractament i l'èxit de la teràpia és la qualitat de la relació terapèutica amb el mateix nen**. Els nens van a la teràpia perquè els hi porten, però no hi continuaran tret que els caigui bé el terapeuta i es diverteixin en les sessions. Si el nen s'avorreix, no es pot expressar còmodament, o si el terapeuta no aconsegueix estimular la seva curiositat, motivació i participació, el nen abandonarà

la teràpia (Kazdin, 1988; Ronen, 1997). Així, en nom de fomentar la relació terapèutica amb el nen, és important que tinguem en compte els principis bàsics següents:

1) El nen no ha fet la demanda, per tant serà necessari que en fomentem la implicació en el procés terapèutic:

- És important que expliquem al nen per què se l'entrevista i preguntar-li l'opinió sobre això. Està d'acord amb el motiu de demanda que plantegen els seus pares? Què li agradaria aconseguir venint a la teràpia? Per a facilitar les respostes del nen, també se li poden oferir una sèrie d'opcions perquè triï.
- És habitual que els nens tinguin una idea equivocada del que és un psicoterapeuta. Solen confondre el rol de psicòleg amb el de professor o metge, i fins i tot el poden veure com una espècie de policia al qual es duu els nens que no es porten bé. És molt important que a l'inici de la teràpia expliquem al nen què pot esperar de nosaltres com a psicoterapeutes i què n'esperem. És important crear un context de col·laboració en què quedi clar que totes les parts implicades poden contribuir d'alguna manera al fet que les coses millorin.
- Atès que, com hem vist, és imprescindible que el nen se senti bé en les sessions, és necessari que les activitats que es facin en teràpia el divertixin, que es creï un clima de confiança, i que s'estableixi una relació afectiva significativa entre el nen i el terapeuta.

2) Si volem conèixer bé algú, hem d'explorar les àrees en què és expert i en què se sent relativament segur.

- Sobretot a l'inici de la teràpia, ja que el nen encara no ens coneix ni té gaire clar què se suposa que farà en les sessions, és important que li preguntem per les àrees que més domina: escola, família, aficions, programa preferit de televisió, personatge preferit, música, etc. El terapeuta ha de ser summament honest i evitar fer preguntes massa tancades.

3) És important que siguem cautelosos en assumir el que se sap dels significats d'un nen per les seves etiquetes descriptives.

Exercici vivencial

Situeu-vos en la vostra infantesa i penseu en algun adult que sentíssiu que us apreciava, que sabia reconèixer les vostres millors qualitats i les valorava. Algú que us fes sentir que éreu especial. Què creieu que aquesta persona veia d'especial en vosaltres? Com notàveu que s'interessava per vosaltres, us valorava i us respectava? Ho apreciàveu en la seva expressió facial, en el que us deia? Si no heu pogut recordar ningú que us fes sentir així, considereu la pregunta següent:

Si essent la persona que sou en aquest moment us trobéssiu amb el vostre si mateix de nen, com us podríeu demostrar que us aprecieu i el que veieu d'especial en vosaltres?

- Hem de preguntar i preguntar, per evitar imposar els nostres significats adults i poder arribar a una comprensió profunda dels significats del nen en els seus propis termes. Es tracta de conèixer la història de construcció d'esdeveniments.

Després d'exposar alguns dels factors contextuals i relacionals específics de la demanda de teràpia amb nens i adolescents, a continuació sintetitzarem alguns aspectes relacionats amb la intervenció en aquest àmbit.

3.3. La intervenció psicoterapèutica en la infància i l'adolescència

3.3.1. Motius de demanda habituals en la teràpia amb nens i adolescents

- Dificultats a l'escola (d'aprenentatge / de relació).
- Malsons o terrors nocturns.
- Trastorns de la ingesta i de la conducta alimentària.
- Trastorns de l'eliminació (enuresi/encopresi).
- Problemes psicològics del nen derivats de la relació entre els pares i amb els pares.
- Trastorn negativista desafiador.
- Dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) o sense.
- Estat d'ànim trist o irritable (de vegades diagnosticable com a depressió).
- Trastorns d'ansietat (sobretot ansietat de separació, fòbia social i fòbia a l'escola).

Atès que la descripció dels trastorns psicològics en la infància i l'adolescència no forma part dels objectius d'aquest mòdul, no ens aturarem a fer una descripció de cada un dels motius de demanda enumerats. Això no obstant, en cas que us interessi ampliar el tema podeu consultar la bibliografia següent:

Bibliografia

L. Ezpeleta (2001). *La entrevista diagnòstica con niños y adolescentes*. Madrid: Ed. Síntesi (Serie Guías Técnicas).

En aquest llibre, l'autora inclou els criteris diagnòstics de cada trastorn i una breu explicació de cada un fonamentada en la pràctica psicoterapèutica. Presenta nombrosos exemples pràctics i models d'entrevista diagnòstica.

Bibliografia

L. Ezpeleta (2001). *La entrevista diagnòstica con niños y adolescentes*. Madrid: Ed. Síntesi (Serie Guías Técnicas).

Amb aquest llibre podeu ampliar la informació sobre l'entrevista amb nens i adolescents. És especialment interessant el quadre 1.3, "Guía para hablar con los niños" (p. 27-28).

F. X. Méndez (2000). *Miedos y temores en la infancia: Ayudar a los niños a superarlos* (2a. ed.). Madrid: Pirámide.

F. X. Méndez (2001). *El niño que no sonríe: Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil* (2a. ed.). Madrid: Pirámide.

En aquests dos llibres l'autor, amb un enfocament eminentment pràctic, ofereix una descripció detallada de les pors i de la depressió infantil, respectivament. Inclou nombrosos exemples pràctics i la descripció de tècniques d'avaluació i d'intervenció.

3.3.2. Adaptació de les tècniques a l'etapa evolutiva del nen

Com veurem, la psicoteràpia amb nens i adolescents és eficaç independentment de l'orientació teòrica i del problema motiu de demanda. Això fa que, amb independència de l'orientació teòrica des de la qual treballem, hàgim de pensar en la manera en què cal adaptar la tècnica al nen i no el nen a la tècnica. Una de les possibilitats, potser la més òbvia, consisteix a adaptar el procediment terapèutic al nivell evolutiu del nen de tal manera que en les primeres etapes les seves capacitats no permeten un treball terapèutic fins i tot quan és viable, i passen per adaptar el llenguatge i els elements terapèutics al seu moment evolutiu.

Etapa evolutiva (Piaget, 1964)	Tècniques
<p>Període sensoriomotor (0-2 anys)</p> <ul style="list-style-type: none"> Les habilitats cognitives i verbals del nen són molt limitades, i per això exploren l'entorn mitjançant les seves percepcions, sensacions i moviments, i els organitzen en esquemes d'acció. Inicialment, el nen no entén que un objecte físic té una existència separada de la seva percepció sensorial i de la seva manipulació. Al final d'aquest estadi (final del primer any) es fonamenten les principals categories de tot coneixement: categoria d'objecte, espai, temps i causalitat, cosa que permetrà començar a objectivar el món exterior respecte al propi cos; inici d'un "descenrament" respecte al jo. El nen serà capaç de considerar l'objecte com una cosa independent del seu propi moviment (accions complexes com girar-se per a aconseguir un objecte, utilitzar objectes per a assolir els seus objectius, etc.). 	<p>La teràpia es durà a terme preferiblement amb persones de l'entorn en lloc de fer-la amb el nen en teràpia individual.</p>

Etapa evolutiva (Piaget, 1964)	Tècniques
<p>Període preoperacional (2-7 anys)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Possibilitat de representacions mentals (les accions i percepcions es coordinen interiorment; desenvolupament conceptual i del llenguatge) • A mesura que es desenvolupen la imitació i la representació, apareix la funció simbòlica (capacitat d'utilitzar símbols per a representar coses). Com que encara és incapaç de separar acció pròpia i pensament, reproduceix en les activitats lúdiques les situacions que l'han impressionat, ja que no hi pot pensar. • El pensament: inicialment és plenament subjectiu, i es denomina egocentrisme intel·lectual. Incapacitat de considerar la perspectiva dels altres. • Sentiments de reciprocitat davant dels qui responen als seus interessos i el valoren. 	<p>El nen serà un bon candidat a la teràpia individual sempre que el terapeuta tingui en compte l'ús del llenguatge simbòlic i la forma il·lògica del nen d'aquesta edat de pensar sobre conceptes concrets.</p> <p>Ús creatiu de l'espai terapèutic (dibuix, pintura, música, ball, representacions de teatre o amb figures, etc.).</p>
<p>Període de les operacions concretes (8-11 anys)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gràcies a l'intercanvi social, es dona un gran avenç quant a la socialització i l'objectivació del pensament, cosa que representa una descentralització progressiva. Coordina els diferents punts de vista i adquireix consciència del seu propi pensament respecte al dels altres. Evolució de la conducta en el sentit de la cooperació. • Mitjançant un sistema d'operacions concretes (estructures d'agrupament) el nen distingeix per mitjà del canvi el que continua invariable (conservació de la matèria), fet pel qual el món es fa ara més ordenat i previsible. Això no obstant, són operacions concretes en el sentit que només arriben a la realitat susceptible de ser manipulada, apliquen principis lògics a situacions concretes (reals). Per tant, el nen té una capacitat d'afrontament reduïda, ja que és limitat en les seves previsions (pensar en termes hipotètics) i les seves habilitats personals i socials encara no estan prou desenvolupades. • Inici de la causalitat objectivada i espaiada en el temps. Respecte a les explicacions sobre fenòmens físics, ja no es refereix exclusivament a la seva pròpia acció, sinó que considera alguns dels diferents factors que entren en joc i la seva relació. 	<p>La teràpia verbal és plenament adequada a aquesta edat, sempre que es basi en les experiències quotidianes del nen (no en conceptes universals ni abstractes).</p>

Etapa evolutiva (Piaget, 1964)	Tècniques
<p>Període de les operacions formals (des dels 11 anys)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparició del pensament formal: capacitat de prescindir del contingut concret per a situar l'actualitat en un esquema de possibilitats més ampli (poden manejar abstraccions, comprovar hipòtesis i considerar possibilitats infinites). • Increment de les habilitats d'afrontament i resolució de problemes. • No busca únicament solucions immediates, sinó que es projecta en el futur, fa hipòtesis i planifica. • Els canvis en la manera de pensar de l'adolescent, i la seva inserció en la societat adulta, el porten a una reconstrucció de la personalitat (aspectes intel·lectuals, afectius i socials). • Autèntica cooperació i autonomia. 	<p>L'adolescent pot considerar la teràpia verbal individual com un repte interessant.</p> <p>En canvi, podria considerar insultant la teràpia no verbal, ja que vol ser tractat com un adult.</p>

Bibliografia

Si voleu "refrescar" les principals teories sobre psicologia del desenvolupament, el llibre següent proporciona una visió completa alhora que sintètica i clara:

P. Castellví (2001). *Psicología del desarrollo*. Barcelona: Editorial Pòrtic, Biblioteca Universitària.

A continuació veurem els principals objectius de diferents models d'intervenció psicoterapèutica amb nens i adolescents. Això no significa que els models que presentem siguin les úniques possibilitats d'intervenció en l'àmbit que ens ocupa, perquè les possibilitats són infinites. Els models que presentem són els que en la pràctica clínica ens resulten més útils i que, a més, majoritàriament no s'aborden en mòduls anteriors d'aquesta assignatura. Com veureu, cada un dels models que presentem persegueix objectius diferents, i des de cada model es farà ús de tècniques diferents segons aquests objectius. Conjuntament amb l'explicació necessàriament breu de cada model, se suggereix bibliografia específica perquè els qui ho vulgueu pugueu ampliar el contingut que se us ofereix.

3.3.3. Diferents modalitats d'intervenció psicoterapèutica en la infància i l'adolescència

La intervenció per al tractament de la depressió en la infància i l'adolescència: la teràpia cognitiva

Igual que succeeix en la psicoteràpia amb clients adults, **en el treball amb nens i adolescents la teràpia cognitiva ha demostrat empíricament la seva eficàcia per al tractament de la depressió** (Reinecke, Dattilio, i Freeman, 1996). El seu objectiu principal és el canvi de pensaments negatius per altres de més adaptatius. Habitualment el procediment terapèutic es duu a terme a partir de la seqüència següent:

- Educació emocional:
 - Ensenyar el nen a diferenciar els diferents tipus d'emocions i a reconèixer que una persona pot experimentar dues emocions diferents o contradictòries simultàniament.
 - Ensenyar el nen que diferents situacions provoquen diferents emocions.
 - Ensenyar el nen que la intensitat de les emocions varia depenent de les situacions.
- Reestructuració cognitiva:
 - Ensenyar el nen que els pensaments són els responsables de les emocions.
 - Ensenyar el nen a identificar distorsions cognitives i a discutir els pensaments depressius.
- Ajudar el nen perquè sigui més tolerant amb els seus propis errors.
- Ajudar el nen a desenvolupar la seva capacitat per a la perspectiva social.
- Ajudar el nen a adquirir conductes socials més adaptatives.
- Ajudar el nen perquè desenvolupi activitats agradables.

Com en el cas de la teràpia amb clients adults, per a abordar aquests objectius en teràpia cognitiva amb nens i adolescents s'intervé habitualment mitjançant l'ús de fitxes de treball i autoregistres. Haurem d'adaptar el format i la presentació de les fitxes de treball i dels registres al nivell evolutiu del nen i als seus interessos personals.

La psicoteràpia dels constructes personals (PCP)

El màxim exponent del treball amb nens i adolescents des de la PCP és Tom Ravanette (1999), que ha treballat i investigat sobretot en l'àmbit de la psicologia de l'educació. Com afirmen Botella i Feixas (1998), quan George A. Kelly (1955) va desenvolupar la PCP va partir del postulat filosòfic segons el qual el significat de l'experiència és una construcció personal i no se'ns revela directament amb la simple observació de la realitat externa. D'aquesta manera, sempre són possibles noves interpretacions de l'experiència. Seguint aquestes premisses, els objectius principals del treball amb nens i adolescents des de la PCP serien els següents:

- Avaluar les construccions mitjançant les quals el nen dona sentit a si mateix i als altres.

Bibliografia

En el llibre següent trobareu un bon resum sobre la teràpia cognitiva per a la depressió infantil. L'autor proporciona, a més, nombrosos models de fitxes de treball i autoregistres que us poden resultar sumament útils en la vostra pràctica clínica.

F. X. Méndez (2001). *El niño que no sonríe: Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil* (2a. ed.). Madrid: Pirámide.

- Facilitar que el nen descobreixi nous significats personals que li siguin més útils i que el facin sentir millor.

Es persegueixen aquests objectius explorant diferents aspectes de la vida del nen:

- Exploració del sentit de si mateix.
- Exploració de si mateix en relació.
- Exploració dels problemes del nen.
- Elaboració de sentiments.

Les tècniques dissenyades per a abordar els objectius terapèutics són invitacions perquè el nen pensi sobre si mateix i sobre la seva manera de donar sentit a la vida; es caracteritzen per tenir una mínima estructura i incitar a una màxima llibertat d'expressió. A més, cada exercici conté la possibilitat de generar noves alternatives de construcció.

Exemple

Exemple d'exercici (extret de Ravenette, 1999):

Exploració de problemes personals

- a) Doblegueu un full de paper en sis parts i feu una marca en cinc.
 - b) Demaneu al nen que dibuixi cinc situacions (una en cada espai marcat) en què estaria preocupat o trist.
 - c) Demaneu-li que dibuixi en el sisè espai una situació en què tot va bé, en què se sent bé i la gent sembla feliç.
 - d) Quan hagi acabat els dibuixos, demaneu-li que expliqui què succeeix en cada un.
- Quan la implicació del nostre client en l'exercici sigui elevada i el seu nivell de maduració cognitiva ho permeti, podem afegir altres fases a l'exercici.
- e) Demaneu-li que doni tres descripcions d'un nen que no estaria preocupat en aquestes mateixes situacions.
 - f) En quines situacions estaria preocupat aquest "nou personatge"?
 - g) En alguna ocasió el nen s'ha assemblet a aquest "nou personatge"?

T. Ravenette (1999). *El constructivismo en la psicología educativa*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2002.

La psicoteràpia narrativa: la conversa externalitzadora

Des de la psicoteràpia narrativa es considera la narrativa com l'element central de la construcció del coneixement (Gonçalves, 2002). És a dir, organitzem el coneixement sobre nosaltres mateixos i el que vivim en històries o narratives. Atès que sempre hi ha més d'una manera d'explicar la pròpia història (Pacheco i Botella, 2001), la psicoteràpia narrativa té dos objectius principals:

- S'ajuda el nen a trobar maneres més satisfactòries d'explicar la seva pròpia història.

- Es pretén que la identitat del nen no es defineixi pel seu problema. Com afirmen Freeman, Epston, i Lobovits (2001, p. 29), "el problema és el problema, la persona no és el problema". És en aquest sentit que parlem d'externalització del problema: es dóna al problema entitat pròpia, es cosifica o personifica, i es convida el nen i la seva família a preveure'l com una cosa externa a ells mateixos. Així, partint del coneixement de les habilitats i els interessos particulars del nen, s'incidirà en les excepcions a la influència del problema i en la cocreació de noves possibilitats de relació funcional (solucions) entre el nen i el problema.

Però **com es duu a terme una conversa externalitzadora?** A continuació veurem alguns tipus d'intervenció útils per a externalitzar el problema:

1) Preguntes d'influència relativa (White, 1986): són útils perquè el nen no s'identifiqui amb el problema i senti que té o pot tenir cert control sobre ell.

a) Preguntes sobre la influència del problema en la vida/relacions del nen, per exemple: "Com aconsegueix la ràbia que t'enfadis amb la teva mare?, què et fa fer?".

b) Preguntes que incitin a la descripció de la influència del nen sobre la vida del problema, per exemple: "Què fas per aconseguir que la ràbia desaparegui?".

2) Preguntes invitacionals. Són útils per a generar experiència de relacions preferides amb el problema, no solament per a aconseguir informació:

a) Preguntes sobre interessos (aficions, personatges favorits de la tele i dibuixos animats, jocs que prefereixen, etc.), habilitats especials (intuïció, imaginació, jocs de màgia, tocar música, ser un bon esportista, etc.) i altres característiques particulars del nen que podrà utilitzar per a enfrontar-se al problema, igual que potser ja les ha utilitzat per a superar altres problemes.

b) Preguntes per a generar experiència de relacions preferides amb el problema. Conviden a la consideració de l'efecte de veure el problema des de diversos punts de vista més avantatjosos, per exemple: "Pots pensar en una cosa que et va funcionar en el passat per aconseguir una cosa que volies?".

3) Ús de la metàfora: és útil per a descriure la relació entre una persona (o més) i un problema. Així, podem parlar, per exemple, de la paret de la ràbia, girar l'esquena al problema, domar-lo, destruir-lo, llençar-lo a les escombraries, etc. La metàfora canvia a mesura que la relació amb el problema canvia. S'escull amb el client, utilitzant el seu propi llenguatge; sempre se'n negocia el significat.

Reflexió

Exercici vivencial: de petits teníeu cap do o habilitat especial? Alguna vegada us va ser útil per a superar els vostres problemes? Si encara manteniu aquesta habilitat, quin paper

té en la vostra vida? La intenteu potenciar d'alguna manera? Està present aquest do o habilitat especial en el vostre treball psicoterapèutic amb nens o amb adults?

També podem personificar el problema per poder-hi negociar: per exemple, demanar al nen que li doni un nom, el dibuixi, que li escrigui cartes, etc.

En aquest últim apartat heu vist que cada un dels models que presentem persegueix objectius diferents, i des de cada model es fa ús de tècniques diferents d'acord amb aquests objectius. Això no obstant, que hi hagi diferents models i que cada un persegueixi objectius diferents no significa que necessàriament hàgim de triar per a la nostra pràctica clínica un model d'intervenció o un altre i treballar exclusivament des d'aquest model. Alguns professionals trobem que és molt més enriquidor per a nosaltres com a psicoterapeutes, i útil per als nostres clients, treballar des d'una modalitat d'intervenció o una altra, dependent de l'objectiu que pretenem amb cada client en concret i en cada moment. I fins i tot treballant des d'una modalitat d'intervenció és important que ens esforcem a adaptar els procediments tècnics a l'estil personal del nen que atenem. Per exemple, si a un nen l'apassiona el dibuix, utilitzarem tècniques en què hagi de dibuixar; si un altre gaudeix fent obres de teatre al col·legi, podem utilitzar la dramatització en les sessions. Com dèiem anteriorment, és necessari adaptar la tècnica al nen i no el nen a la tècnica. Aquest procediment demana molta versatilitat i creativitat per part del psicoterapeuta però, precisament, això és el que a molts terapeutes ens apassiona més del treball amb nens.

3.4. És eficaç la intervenció psicoterapèutica en la infància i l'adolescència?

La rigorosa metaanàlisi de Casey i Berman (1985) sobre psicoteràpia amb nens i adolescents és la primera revisió bibliogràfica que demostra l'eficàcia de la psicoteràpia amb nens. Els autors van revisar setanta-cinc estudis publicats entre 1952 i 1983 sobre l'efectivitat de la psicoteràpia amb nens de tres a quinze anys, i en què es comparen els resultats entre un o més grups de tractament i un grup de control. Aquests autors van arribar a les conclusions següents:

- Eficàcia global de la psicoteràpia infantil: la psicoteràpia amb nens és més eficaç que la remissió espontània i que el tractament placebo.
- Equivalència entre diferents tipus de teràpia: el grau d'eficàcia de la psicoteràpia no varia dependent de les diferents orientacions teòriques. Els autors conclouen que no hi ha diferències quant a eficàcia entre teràpies conductuals i no conductuals, teràpies que incloguin el joc en sessió com a part constituent del tractament o no l'incloguin, teràpies individuals o grupals, o entre teràpies que incloguin els pares o no.
- L'eficàcia global de la psicoteràpia amb nens i adolescents és independent del motiu de demanda i de l'experiència o gènere del terapeuta.

Bibliografia

- J. Freeman, D. Epston i D. Lobovits (1997). *Terapia narrativa para niños*. Barcelona: Paidós, 2001.
- M. Pacheco i L. Botella (2001). El constructivismo relacional en la psicoterapia con niños y adolescentes: una propuesta para la liberación de nuevos espacios dialógicos. *Revista de Psicoterapia*, 44, 5-26.
- M. White i D. Epston (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

- Es dona una correlació negativa significativa entre la durada del tractament i l'eficàcia de la teràpia. És a dir, les teràpies de més durada són les menys eficaces.

Així, la psicoteràpia amb nens i adolescents és eficaç independentment de l'orientació teòrica i del problema motiu de demanda (Kazdin, 2000; Shirk i Russell, 1996). En aquest sentit, cal incrementar la recerca sobre els processos de canvi comuns en les diferents orientacions teòriques i investigar sobre els processos (cognitius, emocionals o interpersonal) subjacents als problemes infantils (estudis que relacionin el procés amb el resultat de la teràpia). D'aquesta manera es podran desenvolupar intervencions dirigides al canvi en aquests processos patològics, independentment de l'orientació teòrica i del motiu de demanda.

La psicoteràpia amb nens i adolescents és eficaç independentment de l'orientació teòrica i del motiu de demanda.

Quan en teràpia amb nens i adolescents la demanda de la família i la d'altres sistemes implicats (per exemple l'escola) no coincideixen, és important que el terapeuta intenti fomentar la col·laboració entre tots dos sistemes i consensuar-hi els objectius de la teràpia.

El que més afavoreix l'adhesió al tractament i l'èxit de la teràpia és la qualitat de la relació terapèutica amb el nen.

L'ansietat de separació, la fòbia social i la fòbia a l'escola són els trastorns d'ansietat més freqüents en infància i adolescència.

L'objectiu principal del treball amb nens i adolescents des de la PCP consisteix a ajudar-los a descobrir nous significats personals que els siguin més útils.

Des de la psicoteràpia narrativa s'ajuda el nen a trobar maneres més satisfactòries d'explicar la seva pròpia història; es pretén que la identitat del nen no es defineixi pel seu problema.

És important per al procés i el resultat de la teràpia que ens esforcem a adaptar els procediments tècnics al grau evolutiu i a l'estil personal del nen que atenem.

En el treball amb nens i adolescents la teràpia cognitiva ha demostrat empíricament la seva eficàcia per al tractament de la depressió. El seu objectiu principal és el canvi de pensaments negatius per altres de més adaptatius.

4. Intervenció en la vellesa

4.1. És viable la intervenció psicoterapèutica en la vellesa?

Quan ens plantegem la intervenció psicoterapèutica amb ancians hem d'intentar adaptar els procediments habituals a les característiques específiques d'aquest grup d'edat, i un dels aspectes que hem de tenir en compte és l'alentiment general dels processos cognitius que es produeixen, en més o menys grau, durant aquesta etapa de la vida. Si considerem les característiques següents del procés psicoterapèutic, independentment del grup d'edat en què es dugui a terme, i els processos cognitius implícits en aquest procés, sembla lícit que ens plantegem la viabilitat de la psicoteràpia en la tercera edat:

- La major part d'intervencions psicoterapèutiques es fonamenten en la relació interpersonal entre terapeuta i client; en la relació terapèutica hi té un paper fonamental la comunicació, tant verbal com no verbal.
- Un dels processos que caracteritzen la psicoteràpia reeixida és el foment de la reflexivitat (Angus i Hardtke, 1994; Rennie, 1992). En aquest últim punt cal considerar, a més, la recerca de Watson i Rennie (1994), que conclou que quan es pregunta als clients sobre què és el que els resulta de més utilitat en el seu procés psicoterapèutic, responen que és l'exploració de reaccions problemàtiques per a comprendre's millor. Watson i Rennie (1994) defineixen el concepte "exploració de reaccions problemàtiques com a categoria nuclear" que, segons l'anàlisi resultant de les respostes proporcionades pels clients, es dividiria en les subcategories següents: reflexió, qüestionament, representació simbòlica de l'experiència, autoexamen reflexiu, percepció de novetats i revisió del si mateix. Així, sembla que els processos cognitius tenen un paper fonamental en la psicoteràpia, entesa com "una forma única de conversa que intenta alterar les teories personals dels clients [...] de manera que permetin incrementar la consecució de metes i la resolució o afrontament de problemes i preocupacions personals" (Martín, 1994, p. 98). En conseqüència, i tenint en compte els canvis cognitius generalment associats amb l'envelliment, ens podríem plantejar si la psicoteràpia és adequada per al treball amb persones d'edat avançada. Yost, Beutler, Corbishley, i Allender (1986) presenten evidència empírica del deteriorament cognitiu durant la vellesa i conclouen el següent com a norma general:

L'envelliment s'acompanya d'un decrement de l'habilitat per a analitzar i sintetitzar material abstracte, de més dificultat per a focalitzar l'atenció durant llargs períodes de temps i de més distractibilitat. A més, les persones grans necessiten més temps per a organitzar els pensaments abans de parlar i poden tenir dificultat per a retenir informació d'una setmana a l'altra.

Més optimista és Lehr (1994) que, sense negar que l'envelliment normal vagi acompanyat d'un cert deteriorament cognitiu, aporta algunes dades sobre la capacitat d'aprenentatge en els ancians que hem de tenir en compte en el tracte amb les persones grans, especialment durant la planificació i la intervenció psicoterapèutica. Aquestes dades prenen una rellevància especial en el cas de la intervenció en psicoteràpia cognitiva tradicional, de la qual el factor aprenentatge és clarament constitutiu:

- Els ancians de vegades mostren una falta de tècniques d'aprenentatge que queda compensada amb l'entrenament en aquest àmbit.
- La velocitat de la presentació del material perjudica els ancians, i per això els podem facilitar l'aprenentatge reduint la velocitat de presentació del material.
- Menys rendiment en tasques d'aprenentatge en el cas d'alguns ancians no és tant una mostra de dèficit cognitiu com d'inseguretat. De fet, sense límit de temps les persones grans obtenen resultats equiparables als dels joves en els tests d'intel·ligència.
- Els ancians aprenen amb més facilitat quan se'ls presenta el material ordenat.
- Les pauses freqüents durant un aprenentatge perjudiquen més els ancians que els joves.
- Les aptituds inicials de la persona expliquen que hi hagi més variabilitat en el procés d'aprenentatge que el factor edat.
- La pràctica freqüent de les habilitats cognitives, la salut física i la motivació respecte a la tasca que es desenvolupi són factors determinants respecte al procés d'aprenentatge.

Per la seva banda, i en la mateixa línia que Lehr (1994), Botella (1994, p. 413) sintetitza les característiques principals dels processos cognitius en la tercera edat a partir d'aquestes categories: processament de la informació, capacitat d'aprenentatge i estil de pensament.

- **Processament de la informació:** un dels resultats més estesos en la recerca sobre envelliment cognitiu és l'alentiment de la velocitat de processament de la informació. Aquest alentiment s'incrementa a mesura que la informació es fa més complexa, si bé pot ser contrarestat per diversos factors (per exemple, la pràctica).
- **Capacitat d'aprenentatge:** les recerques sobre coneixement expert indiquen que, en l'etapa adulta, aquest coneixement esdevé: a) automatitzat; b) intuïtiu; c) autoconstruït, i d) actiu. En absència de patologies orgàniques que afecten el rendiment cognitiu, les diferències en la capacitat d'aprenentatge semblen degudes a variables com l'entrenament o la formació inicial, més que a l'edat en si mateixa.
- **Estils de pensament:** el pensament adult ha estat caracteritzat com a postformal (Alexander i Langer, 1990; Botella i Gallifa, 1995; Commons, Richards, i Armon, 1984). El pensament postformal es caracteritza per la capacitat de síntesi dialèctica, de relativitzar i de contextualitzar, i representa un avenç respecte al pensament formal adolescent, atès que facilita la resolució dels problemes "mal definits" que caracteritzen la vida adulta.

L'envelliment normal implica un alentiment general dels processos cognitius, que sol ser contrarestat per una base més gran de coneixements i experiències construïdes per la persona, i per estils de pensament més adequats a la complexitat d'aquestes experiències. Per tant, podem adoptar una actitud d'optimisme prudent davant la viabilitat de la psicoteràpia en la vellesa (Botella, 1994; Knight, 1986).

4.1.1. Adaptacions de la intervenció psicoterapèutica per a aplicar-la en la vellesa

Hem vist que una lleugera disminució de l'habilitat cognitiva no significa que la persona gran sigui incapaç de comprendre conceptes abstractes ni de pensar amb claredat. En aquest sentit és interessant la vivència que comparteixen Yost *et al.* (1986) de la seva experiència en psicoteràpia cognitiva de grup amb ancians. Diversos membres ancians d'un grup de teràpia van valorar molt positivament el fet que se'ls brindés l'oportunitat d'"utilitzar la ment de maneres diferents" i el respecte que mostraven els terapeutes en assumir que els membres del grup tenien l'habilitat de comprendre idees noves.

No obstant això, malgrat que hi ha moltes persones grans amb un nivell elevat de funcionament cognitiu i que no requereixen una ajuda especial per a concentrar-se ni per a comprendre el que es diu, ens pot ser d'una gran utilitat tenir en compte algunes recomanacions que ofereixen Yost *et al.* (1986) perquè els ancians puguin treure el màxim profit de les sessions de teràpia. Encara que aquestes indicacions són aplicables a qualsevol tipus de teràpia,

són màximament útils en el cas de la psicoteràpia grupal, atès que en aquest format apareixen un nombre més gran d'estímul i és més fàcil que els clients es puguin distreure i perdre l'atenció:

- Per a mantenir l'atenció del client les sessions s'haurien de dividir en diversos segments breus, cada un amb un inici i un final clarament definits i acompanyats d'indicadors verbals o visuals.
- Durant les sessions el terapeuta s'ha d'esforçar a guiar l'atenció i els records del client.
- És útil explicar anticipadament al client les tasques que se li demanaran en cada sessió, de manera que tingui prou temps per a organitzar els seus pensaments.
- És útil proporcionar tècniques que ajudin el client a retenir les idees més importants de cada sessió i animar-lo a posar en pràctica entre sessions allò de què s'ha parlat durant la sessió.

A més, Yost *et al.* (1986), en resposta a la crítica freqüent que la teràpia cognitiva pot ser massa complicada per a la intervenció amb persones grans, afirmen que l'elevat nivell d'estructura de la teràpia cognitiva tradicional la fa particularment adequada per a treballar amb persones el funcionament mental de les quals va canviant. En aquest sentit, Garrido, Andrés, Ojeda, i Rodríguez (1998, p. 13) afirmen que el fet que la teràpia cognitiva desenvolupi "un format amb plans específics, objectius limitats i encaminats a incrementar el nivell d'actuació de l'individu" la converteix en molt pertinent en els ambients residencials. De fet, Yost *et al.* (1986), en un intent de desmitificar les suposades dificultats associades a la intervenció psicoterapèutica amb persones d'edat avançada, afirmen que la principal diferència entre qualsevol tipus de psicoteràpia amb clients ancians i clients més joves radica en les **àrees de contingut** en què se centren les sessions:

Temàtiques més freqüents en la psicoteràpia amb clients ancians	La viduïtat, la jubilació, el temor de la soledat, la mort i el dol, la malaltia crònica, les discapacitats, el significat de l'envelliment, les transicions vitals, etc.
Objectius psicoterapèutics més freqüents en l'ancianitat	Aspectes emocionals i de revisió vital: suport emocional, determinació de metes vitals per a remotivar-se i reactivar-se, optimització dels processos d'envelliment satisfactori, revisió vital en si mateixa, etc.

Així, un cop establerta la viabilitat de la psicoteràpia en la vellesa i algunes de les seves característiques específiques, en l'apartat següent exposarem una síntesi dels resultats més destacables de la recerca sobre l'efectivitat de la intervenció psicoterapèutica en la vellesa.

4.2. Presència de la intervenció psicoterapèutica en la vellesa i els resultats de la recerca

A mesura que s'incrementa el nombre de recerques sobre psicoteràpia en general, també trobem més referències empíriques a la intervenció psicoterapèutica en la vellesa. Si bé això és així, també és cert que la recerca sobre la psicoteràpia en la vellesa avança a un ritme molt més lent que l'efectuada sobre població general. Això pot ser degut al fet que la intervenció psicoterapèutica en la tercera edat és molt menys freqüent que la que es duu a terme en altres grups d'edat. Encara que aquesta tendència es comença a invertir, Garrido *et al.* (1998) proposen dos motius principals que explicarien que les intervencions psicoterapèutiques en la vellesa siguin menys freqüents:

- L'actitud nihilista de molts dels professionals que consideren que la persona d'edat té una capacitat de canvi escassa.
- La tradició de considerar les malalties en el vessant estrictament somàtic i de recórrer principalment al metge.
- La visió estigmatitzant dels trastorns mentals.

Tanmateix, en els anys venidors es pot incrementar la demanda de psicoteràpia en la tercera edat a causa, sobretot, de la lenta però progressiva popularització de la psicoteràpia, de l'envelliment demogràfic gradual i de l'increment de l'esperança de vida. Es calcula que l'any 2020 el 22% de la població europea serà més gran de seixanta-cinc anys. A més, Garrido *et al.* (1998, p. 14) assenyalen que l'increment de l'esperança de vida es produeix a costa de l'aparició de malalties cròniques i incapacitants, i això ha ocasionat que "un dels principals temes d'estudi relacionats amb la psicogeriatria sigui el paper exercit pel cònjuge i els altres familiars com els cuidadors d'aquests patiments".

En definitiva, com ha anat passant amb la psicoteràpia en general, a mesura que es vagi incrementant la demanda d'atenció psicoterapèutica en la tercera edat es farà cada vegada més necessari continuar proliferant en la recerca en aquest àmbit. En aquest sentit, Botella (1994) extreu les conclusions següents de la revisió que fa sobre l'eficàcia de la psicoteràpia en la vellesa, conclusions que continuen vigents en la rigorosa metaanàlisi duta a terme per Pinquart i Soerensen (2001):

1) La psicoteràpia individual o grupal amb clients ancians és eficaç. Garrido *et al.* (1998, p. 25), en la seva revisió de les recerques sobre psicoteràpia familiar amb ancians, conclouen també que "la intervenció terapèutica familiar amb els grans és factible i útil", i que "la psicoteràpia amb les persones d'edat avançada millora d'una manera notòria les relacions del nucli familiar i de les parelles".

2) El tractament psicoterapèutic de determinats trastorns associats a l'envelliment patològic (per exemple, qualsevol tipus de demència) no ha demostrat ser eficaç, perquè no tenen una etiologia psicològica.

3) Els models de tractament psicoterapèutic que hi ha són aplicables als clients ancians, amb l'excepció esmentada en el punt 2, però requereixen adaptacions. S'han de tenir presents els canvis psicofisiològics deguts a l'envelliment normal, i les temàtiques diferencials que caracteritzen la vellesa en la nostra cultura.

4) En la recerca en psicoteràpia, a més de demostrar-se l'efectivitat de la intervenció des de la majoria d'orientacions teòriques i sobre un gran nombre de motius de demanda (sobretot demandes de depressió), trobem un nombre de recerques creixent sobre la intervenció mitjançant la reminiscència i la revisió vital. Generalment aquestes intervencions són de format grupal i de modalitat constructivista com, per exemple, els grups d'autobiografia guiada (Birren i Deutchman, 1991; Botella, 1991; Botella i Feixas, 1990; 1991). Aquest tipus de grups, pel seu èmfasi en l'evocació i la reconstrucció d'aspectes autobiogràfics, tenen molt de sentit en el context de les demandes que solen plantejar els clients ancians.

Atès que les psicoteràpies de reminiscència i de revisió vital són particularment útils en el treball amb ancians, a continuació esbossarem algunes idees generals sobre aquest tipus d'intervencions.

4.3. El treball amb la reminiscència i la revisió vital

La reminiscència i la revisió vital són modalitats de psicoteràpia útils per a la intervenció amb clients ancians (Botella i Feixas, 1990; 1991). Vegem de què es tracta:

4.3.1. Què és la reminiscència?

És el procés d'evocació narrativa del contingut de la memòria remota que conté informació emmagatzemada durant el curs de la vida i retinguda d'una manera més o menys indefinida.

4.3.2. En què consisteix la revisió vital?

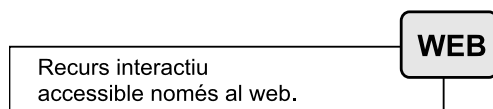
La revisió vital és el procés estructurat (i habitualment grupal) de foment de la reminiscència. És un procés universal, natural, que es caracteritza pel retorn a la consciència d'experiències del passat i, particularment, pel ressorgiment de conflictes no resolts o temes inacabats. Els esdeveniments i les accions dutes a terme en el passat no solament es tornen a tenir en compte, sinó que també es treballen amb la finalitat d'assolir una reconstrucció en què s'aconsegueixi una sensació de "pau" amb aquest passat.

4.3.3. Per a què és útil una psicoteràpia de reminiscència i revisió vital?

- Per a fomentar la consecució d'un sentit d'integritat (enfront de desesperació), tal com la va anomenar Erickson (1963). És a dir, les persones que són capaces d'acceptar la vida passada i les persones que han estat significatives per a elles en el passat també són més capaces d'acceptar el final de la seva vida. Tanmateix, les persones que senten ressentiment, culpabilitat o queixes en portar a terme la revisió vital s'adonen que potser no els queda gaire temps per a assolir segons quin tipus de canvis, i poden tenir dificultats per a acceptar la mort.
- Per a tractar la confusió i l'aïllament social.
- Per a incrementar la satisfacció vital i el benestar psicològic.
- Per a incrementar el sentiment de dignitat personal de l'ancià.
- Per a resoldre conflictes pendents.

4.3.4. Grups d'autobiografia guiada

Els grups d'autobiografia guiada (GAG) són un exemple de psicoteràpia de revisió vital (Birren i Deutchman, 1991; Botella, 1991; Botella i Feixas, 1990; 1991).



Encara que l'envelliment normal comporta un alentiment general dels processos cognitius, aquest alentiment sol ser contrarestat per la base més gran de coneixements i experiències construïts per la persona.

La psicoteràpia és viable en la vellesa, però podem ajudar els ancians a obtenir el màxim profit de les sessions de teràpia aplicant estratègies que ajudin a mantenir l'atenció, a organitzar els pensaments i a retenir les idees més importants de cada sessió.

La psicoteràpia individual, familiar o grupal amb clients ancians és eficaç.

Els models de tractament psicoterapèutic que hi ha són aplicables als clients ancians, però requereixen adaptacions relatives als canvis psicofisiològics deguts a l'envelliment normal i les temàtiques diferencials que caracteritzen la vellesa en la nostra cultura.

La principal diferència entre qualsevol tipus de psicoteràpia amb clients ancians i amb clients més joves radica en les àrees de contingut en què se centren les sessions (freqüentment apareixen temàtiques i objectius psicoterapèutics específics).

En la literatura apareix un nombre creixent de recerques sobre la intervenció en la vellesa amb teràpies grupals de reminiscència i de revisió vital. Aquest tipus de grups, pel seu èmfasi en l'evocació i la reconstrucció d'aspectes autobiogràfics, tenen molt de sentit en el context de les demandes que solen plantejar els clients ancians.

Bibliografia

Bibliografia recomanada

Asen, K. i Tomson, P. (1991). *Intervención familiar: Guía práctica para los profesionales de la salud*. Barcelona: Paidós, 1997.

Es tracta d'una obra molt pràctica, útil i de lectura assequible.

Fita 1

Anderson, C. M., Reiss, D. J., i Hogarty, G. E. (1986). *Schizophrenia and the family*. Nova York: Guilford.

Brown, G. W., Monck, E. M., Carstairs, G. M., i Wing, J. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16, 55-68.

Brown, G. W., Birley, J., i Wing, J. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychology*, 121, 241-258.

Espina, A. *et al.* (1988). Sobre la investigación clínica en terapia familiar: La evaluación del cambio. A J. L. Linares (ed.). *Libro de ponencias de las VIII Jornadas de Terapia Familiar* (p. 245-276). Barcelona.

Falloon, I., Boyd, J., i McGill, C. (1984). *Family care of schizophrenia*. Nova York: Guilford.

Falloon, I. *et al.* (1982). Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 306, 1437-1440.

Goldstein, M. J. *et al.* (1978). Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 1169-1177.

Leff, J. P. *et al.* (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.

Vaughn, C. i Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Psychology*, 15, 157-165.

Vaughn, C. *et al.* (1984). Family factors in schizophrenic relapse: Replication in California of British research on expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1169-1177.

Wynne, L. C. *et al.* (1982). Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, 21, 205-220.

Fita 2

Villegas, M. (1997). Grupos en la clínica. A P. González (Comp.), *Psicología de los grupos: Teoría y aplicación*. Madrid: Síntesis.

Fita 3

Botella, L. i Feixas, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.

Brandell, J. R. (1992). Psychotherapy of a traumatized 10-year-old boy: Theoretical issues and clinical considerations. *Smith College Studies in Social Work*, 62, 123-138.

Casey, R. J. i Berman, J. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98, 388-400.

Freeman, J., Epston, D. i Lobovits, D. (1997). *Terapia narrativa para niños*. Barcelona: Paidós, 2001.

Gonçalves, O. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa: Manual de terapia breve*. Bilbao: Desclée de Brouwer (Biblioteca de Psicología).

Kazdin, A. (1988). *Child psychotherapy: Developing and identifying effective treatments*. Nova York: Pergamon Press.

Kazdin, A. E. (2000). *Psychotherapy for children and adolescents: Directions for research and practice*. Nova York: Oxford University Press.

Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* (vols. 1 i 2). Londres: Routledge, 1991.

Pacheco, M. i Botella, L. (2001). El constructivismo relacional en la psicoterapia con niños y adolescentes: una propuesta para la liberación de nuevos espacios dialógicos. *Revista de Psicoterapia*, 44, 5-26.

Piaget, J. (1964). *Six études de Psychologie*. Ginebra: Gauthier.

Ravenette, T. (1997). *Tom Ravenette: Selected papers. Personal Construct Psychology and the practice of an educational psychologist*. Farnborough, Hampshire: EPCA Publications.

Reinecke, M. A., Dattilio, F. M., i Freeman, A. (ed.). (1996). *Cognitive therapy with children and adolescents*. Nova York: The Guildford Press.

Ronen, T. (1997). *Cognitive developmental therapy with children*. Anglaterra: Wiley.

Shirk, S. i Russell, R. (1996). *Change processes in child psychotherapy: Revitalizing treatment and research*. Nova York: Guilford Press.

White, M. (1986). Negative explanation, restraint and double description: A template for family therapy. *Family Process*, 25, 169-184.

Fita 4

Alexander, C. N. i Langer, E. J. (ed.). (1990). *Higher stages of human development*. Nova York: Oxford University Press.

Angus, L. i Hardtke, K. (1994). Narrative processes in psychotherapy. *Canadian Psychology*, 35, 190-203.

Birren, J. E. i Deutchman, D. E. (1991). *Guiding autobiography groups for older adults*. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Birren, J. E. i Hedlund, B. (1987). Contributions of autobiography to developmental psychology. A. N. Eisenberg (Ed.), *Contemporary topics in developmental psychology*. Nova York: Wiley.

Botella, L. (1991). Psychoeducational groups with older adults: An integrative personal construct rationale and some guidelines. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 4, 397-408.

Botella, L. (1994). *Tratamientos psicoterapéuticos en la vejez*. A. J. Buendía (ed.). *Envejecimiento y psicología de la salud* (p. 411- 429). Madrid: Siglo XXI.

Botella, L. i Feixas, G. (1990). El grupo autobiográfico como modelo constructivista de intervención gerontológica primaria. *Anuario de Psicología*, 44, 47-60.

Botella, L. i Feixas, G. (1991). *La reconstrucció autobiogràfica: un enfocament constructivista de treball grupal en gerontologia*. Barcelona: La Llar del Llibre.

Botella, L. i Gallifa, J. (1995). A constructivist approach to the development of personal epistemic assumptions and worldviews. *Journal of Constructivist Psychology*, 8, 1-18.

Commons, M. L., Richards, F. A., i Armon, C. (ed.). (1984). *Beyond formal operations: Late adolescent and adult cognitive development*. Nova York: Praeger.

Erikson, E. (1963). *Childhood and society* (2a. ed.). Nova York: Norton.

Garrido, M., Andrés, M., Ojeda, M. P., i Rodríguez, J. F. (1998). Terapia familiar y de pareja de ancianos. *Redes*, 4, 11-29.

Knight, B. (1986). *Psychotherapy with older adults*. Beverly Hills, CA: Sage.

Lehr, U. (1994). La calidad de vida de la tercera edad: Una labor individual y social. A. J. Buendía (ed.). *Envejecimiento y psicología de la salud* (p. 353-371). Madrid: Siglo XXI.

Martin, J. (1994). *The construction and understanding of psychotherapeutic change*. Nova York: Teachers College Press.

Pinquart, M., i Soerensen, S. (2001). How effective are psychotherapeutic and other psychosocial interventions with older adults?: A meta-analysis. *Journal of Mental Health and Aging*, 7, 207-243.

Rennie, D. L. (1992). Qualitative analysis of the client's experience of psychotherapy: The unfolding of reflexivity. A. S. G. Toukmanian i D. L. Rennie (ed.). *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches* (p. 211-233). Newbury Park, CA: Sage.

Watson, J. C. i Rennie, D. L. (1994). Qualitative analysis of client's subjective experience of significant moments during the exploration of problematic reactions. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 500-509.

Yost, E. B., Beutler, L. E., Corbishley, M. A., i Allender, J. R. (1986). *Group cognitive therapy: A treatment approach for depressed older adults*. Oxford: Pergamon Press.

