

La intervenció psicològica com a procés

Guillem Feixas Viaplana
Aida Aguilera Martínez

PID_00153084



Universitat Oberta
de Catalunya

www.uoc.edu

Índex

Objectius	5
1. Definició i objectius	7
1.1. La intervenció psicològica: definició i objectius	7
1.1.1. Objectius de la intervenció psicològica	7
2. Relació terapèutica	10
2.1. La relació terapèutica	10
2.1.1. Característiques de la relació terapèutica	10
2.1.2. L'aliança terapèutica	11
2.2. Components de la relació terapèutica: el terapeuta	13
2.2.1. Acceptació positiva incondicional	13
2.2.2. Autenticitat	13
2.2.3. Empatia	14
2.3. Components de la relació terapèutica: el client	14
3. Les fases del procés de canvi	17
3.1. Fase de precontemplació	18
3.2. Fase de contemplació	19
3.3. Fase de determinació	19
3.4. Fase d'acció	19
3.5. Fase de manteniment	19
3.6. Fase de recaiguda	20
4. Les fases del procés d'intervenció	22
4.1. El procés d'intervenció: introducció	22
4.2. Contacte inicial i anàlisi del problema	23
4.2.1. Motiu de consulta i altres problemes	24
4.2.2. Anàlisi del problema en l'actualitat	24
4.2.3. Història del problema	24
4.2.4. Tractaments previs i actuals	25
4.2.5. Motivació, objectius i expectatives	25
4.2.6. Recursos i limitacions	25
4.2.7. Trastorns psicològics associats o trastorns anteriors	26
4.2.8. Àrees bàsiques de la vida	26
4.3. Formulació i contrastació d'hipòtesis explicatives	26
4.4. Establiment d'objectius	27
4.5. Disseny del tractament	29
4.6. Aplicació i avaluació del tractament	30
4.6.1. Estructura de les sessions	30
4.7. Avaluació i fi del tractament	31

4.7.1. Avaluació després del tractament	31
4.7.2. Acabament del tractament	32
4.8. Seguiment	33
5. Una visió general de l'assignatura.....	35
Bibliografia.....	37

Objectius

En finalitzar aquest mòdul, haureu de ser capaços del següent:

- 1.** Delimitar el concepte d'intervenció psicològica.
- 2.** Saber identificar les característiques bàsiques i diferenciadores de la relació terapèutica.
- 3.** Comprendre la importància d'una relació terapèutica adequada.
- 4.** Comprendre el procés de canvi tenint-ne en compte les fases.
- 5.** Presentar el procés d'intervenció per mitjà de la descripció de les fases principals.
- 6.** Promoure la capacitat d'identificació i extracció de la informació essencial que cal tenir en compte en l'exploració del client.

1. Definició i objectius

1.1. La intervenció psicològica: definició i objectius

En què consisteix la intervenció psicològica? A què ens referim exactament? És el mateix intervenció psicològica que psicoteràpia?

Una intervenció, en concret, es caracteritza per la utilització d'uns determinats mitjans davant un trastorn o malaltia; així, trobem, d'una banda, intervencions de caràcter físic, quirúrgic o farmacològic (més propis de la medicina) i, de l'altra, intervencions de caràcter psicològic. La intervenció psicològica parteix, doncs, de l'ús de principis i tècniques psicològics.

Una altra característica rellevant és que aquests mitjans psicològics són aplicats per una persona qualificada, un professional degudament entrenat. Tot i que podríem trobar ingredients d'intervenció psicològica en les pràctiques de molts professionals de la salut i l'educació, formalment són només els psicòlegs (especialment els psicòlegs clínics) i els psiquiatres els que la duen a terme. En altres països també estan autoritzats a fer intervenció psicològica els treballadors socials, infermers o consellers.

La intervenció psicològica consisteix en l'aplicació de principis i tècniques psicològics per part d'una persona entrenada amb l'objectiu d'ajudar altres persones a prevenir trastorns, solucionar o reduir els problemes, orientar-les per a prendre decisions, millorar-ne les capacitats o relacions interpersonals en absència de problemes i fomentar-ne la salut psíquica i corporal.

Reflexió

Si un astròleg dóna un consell interessant a una persona, això és una intervenció psicològica o no?

D'altra banda, la majoria d'autors afirmen la necessitat que en la intervenció psicològica els mètodes emprats estiguin fonamentats teòricament i empíricament. Aquest criteri permet de distingir els mètodes psicològics de caire científic d'altres que s'apliquen en els mateixos casos, però que es basen en conceptes de la psicologia quotidiana o en l'experiència personal, o en teories encara no prou validades.

1.1.1. Objectius de la intervenció psicològica

L'objectiu essencial en la intervenció psicològica resideix en la **millora i el benestar del client** per mitjà de la prevenció, l'orientació, el tractament psicològic i la rehabilitació.

Prevenició

La prevenició és un concepte molt ampli, i se'n distingeixen tres tipus: la primària, la secundària (intervenció precoç) i la terciària (rehabilitació i prevenició de recaigudes). Aquesta darrera s'aplica una vegada finalitzat el tractament.

Exemple

Alguns exemples de prevenició, a escala general, serien la promoció d'un estil de vida saludable (hàbits alimentaris adequats, exercici físic, etc.), la detecció i el tractament de factors associats a la possibilitat de desenvolupar trastorns o patologies determinats, l'elaboració i execució de campanyes preventives de malalties en l'àmbit comunitari, etc.

Els diversos tipus de prevenició (primària, secundària i terciària) es descriuen a continuació:

La prevenició primària pretén evitar l'aparició de problemes: "[...] modificar anticipadament les condicions socials i ambientals, i també les conductes de les persones que en poden afectar negativament la salut tant a curt com a mitjà o llarg termini, i promoure conductes afavoridores d'aquesta salut" (COP, 1998). En aquest cas, la intervenció és a escala comunitària, i es treballa, de vegades, amb col·lectius especials o d'alt risc.

La prevenició secundària se centra en la detecció i el tractament dels trastorns en el seu moment d'inici o d'aparició imminent. Es tracta dels trastorns que no s'han pogut evitar per mitjà de la prevenició primària; el fet de detectar-los d'una manera precoç representa un augment de la probabilitat d'èxit del tractament.

La prevenició terciària intervé en els trastorns ja tractats, per prevenir recaigudes i, en el cas de trastorns crònics, per reduir-ne els efectes negatius i per millorar la qualitat de vida de la persona. Es correspon amb el concepte de rehabilitació.

Orientació

L'orientació psicològica (*counselling*), també anomenada *assessorament psicològic* o *consulta*, proporciona a la persona informació que facilita la presa de decisions o la seva actuació. És de caràcter més limitat que la psicoteràpia, ja que el professional tendeix a facilitar consell o donar suport en situacions puntuals o problemes lleus. Val a dir, malgrat tot, que en aquest sentit la diferència entre orientació i psicoteràpia no és tan clara en la pràctica.

Tractament psicològic (psicoteràpia)

El tractament psicològic està orientat a alleujar o resoldre problemes psicològics i trastorns mentals, o a intervenir per a la millora de la salut. En l'actualitat, tal com afirmen Feixas i Miró (1993), no hi ha encara un consens en relació amb la definició del concepte de psicoteràpia a causa, en gran part, de la proliferació d'enfocaments teòrics.

A continuació presentem la definició de psicoteràpia de la FEAP (Federació Espanyola d'Associacions de Psicoterapeutes):

"Un tractament científic de naturalesa psicològica que, a partir de manifestacions psíquiques o físiques del malestar humà, promou la consecució de canvis o modificacions en el comportament, la salut física i psíquica, la integració de la identitat psicològica i el benestar de les persones o grups com la parella o la família."

"[...] La majoria d'aquestes definicions concorden a identificar la psicoteràpia com un tractament exercit per un professional autoritzat que utilitza mitjans psicològics per a ajudar a resoldre problemes humans, en el context d'una relació professional. Algunes definicions fan ressaltar el valor del procés interpersonal entre client i terapeuta com a característic de la psicoteràpia. D'altres destaquen metes específiques en termes de la modificació de personalitat del client o de les seves pautes de comportament [...]."

G. Feixas i M. T. Miró (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia* (p. 16). Barcelona: Paidós.

Rehabilitació

La rehabilitació consisteix en la reinserció a la societat, després d'un tractament, de persones amb un problema de salut psíquic o físic amb l'objectiu d'eliminar o reduir al màxim possible les conseqüències a llarg termini d'una malaltia o trastorn. Permet la millora de la qualitat de vida del pacient i es correspon amb el concepte de prevenció terciària.

Dins la intervenció psicològica, en aquesta assignatura dedicarem una atenció preferent al vessant de tractament o psicoteràpia, atès que les altres modalitats s'inspiren en l'enfocament terapèutic emprat o se'n deriven.

La intervenció psicològica consisteix en l'aplicació de principis i tècniques psicològics per part d'una persona entrenada amb l'objectiu d'ajudar altres persones a prevenir trastorns, solucionar o reduir els problemes, orientar-les per a prendre decisions, millorar-ne les capacitats o relacions interpersonals en absència de problemes, i fomentar-ne la salut psíquica i corporal.

Per tant, intervenció psicològica i psicoteràpia no són el mateix: la psicoteràpia forma part de la intervenció psicològica.

Recordeu que la intervenció psicològica cerca la millora i el benestar del client per mitjà de la prevenció, l'orientació, el tractament psicològic i la rehabilitació.

2. Relació terapèutica

2.1. La relació terapèutica

Sens dubte, la relació establerta entre el terapeuta i el client resulta un element essencial en psicoteràpia. Fins i tot, alguns autors com Yalom (1980, citat per Kleinke, 1995) arriben a afirmar que "és la relació el que cura".

Cal entendre que terapeuta i client treballen conjuntament en el marc d'una relació terapèutica ben entesa per tal d'aconseguir una millora o canvi en el client. No és el mateix la relació terapèutica que l'amistat o qualsevol altre tipus de relació interpersonal que pugui tenir el client.

Reflexió

Raoneu per què és diferent una conversa d'amistat d'una relació terapèutica.

Una relació terapèutica adequada té unes característiques que la fan única i la distingeixen: autors com Feixas i Miró (1993) destaquen la asimetria i l'enquadrament terapèutic, descrits a continuació. També incloem una proposta interessant de Bordin (1979), amb el seu concepte d'"aliança terapèutica".

2.1.1. Característiques de la relació terapèutica

La asimetria

La relació terapèutica se centra en els problemes i les necessitats del client a partir de la seva demanda. Per al terapeuta és una activitat professional reglada.

El terapeuta ajuda com a professional, no d'una manera altruista. En benefici del client, l'ajuda terapèutica ha de ser remunerada, ja que, si no és així, el client es podria sentir en deute, i això repercutiria d'una manera negativa en la seva salut mental.

Enquadrament terapèutic

El terme *enquadrament terapèutic* designa el conjunt de regles que permeten de fer viable la psicoteràpia. Es tracta d'elements tant de caràcter extern com intern (actituds del terapeuta).

L'enquadrament terapèutic extern engloba els aspectes següents: lloc on es fa la teràpia, duració i freqüència de les sessions, honoraris, etc. D'altra banda, resulta molt recomanable que el terapeuta no mantingui altre tipus de relació (personal, comercial o professional) amb el client fora de les sessions terapèutiques. Això inclou no tractar familiars o amics, amb els quals ja es manté una relació prèvia.

L'enquadrament terapèutic intern es refereix a les actituds del terapeuta necessàries per a una relació que afavoreixi el procés de canvi. Els diversos models teòrics (psicoanalític, conductual, cognitiu, experiencial i sistèmic) presenten algunes diferències pel que fa a quines actituds del terapeuta són adequades segons les diferents concepcions de la relació terapèutica. En el quadre següent es presenten breument aquestes característiques:

Models	Relació terapèutica	Actitud del terapeuta
Psicoanalític	Principal element curatiu: permet l' <i>insight</i> en el client per mitjà de la relació de transferència.	Reservada, passiva i distanciada.
Conductual	Marc en què es desenvolupen els processos d'aprenentatge del client i s'implanten les tècniques conductuals.	Segura, actua com a model i reforçador social.
Cognitiu	Relació cooperativa, un esforç de col·laboració mútua per a resoldre la problemàtica del client.	Activa i lògica.
Experiencial	Context facilitador per al desenvolupament personal.	Autèntica, empàtica, càlida, acceptació incondicional del client.
Sistèmic	La visió de la relació terapèutica es desmarca dels altres models, atès que entra en joc "el sistema" i la seva causalitat circular. El terapeuta i el seu equip s'acoblen al sistema familiar amb la finalitat d'alterar-ne els patrons d'interacció, però amb el risc d'entrar a formar part de la seva dinàmica.	Observadora participant.

Exemple

Pel·lícules com *El príncep de les mares* o *Mumford* presenten una concepció errònia de la relació terapèutica. El fet d'establir una relació personal amb el client fora de la teràpia no és una pràctica ètica, i cal pensar que difícilment podrà ajudar el client en la seva problemàtica (al contrari del que aquestes pel·lícules reflecteixen). Per això, aquest aspecte també el preveu el codi deontològic del psicòleg.

2.1.2. L'aliança terapèutica

Bordin (1979) proposa el concepte d'aliança terapèutica com un element indispensable en psicoteràpia. Té el seu origen en el model psicoanalític, però en l'actualitat ha esdevingut un concepte comú a tots els models teòrics. Es refereix a tres components que s'interrelacionen entre ells: el vincle terapeuta-client, els objectius i les tasques de la teràpia.

- El vincle entre terapeuta i client determina "el to emocional de la vivència que el client té del terapeuta" (Feixas i Miró, 1993). És a dir, el procés terapèutic és influenciat intensament pel vincle establert entre terapeuta i client, vincle que s'origina a partir de les impressions que suscita el terapeuta (el viu com a persona càlida o comprensiva, o freda o escrutadora o distant).

- **Els objectius** del terapeuta i el client han d'estar en consonància per a establir una bona aliança terapèutica. De vegades, el client està interessat únicament a resoldre el símptoma, mentre que el terapeuta pretén analitzar en profunditat el problema o tractar-ne les causes; però, d'altra banda, també pot succeir a la inversa. És fonamental que el terapeuta i el client estiguin d'acord en els objectius que cal assolir en teràpia.
- **Les tasques** que cal dur a terme en la teràpia són un altre factor en què terapeuta i client han d'estar d'acord. Sovint, el client té unes expectatives sobre la teràpia que s'allunyen de la realitat (o del que vol fer el terapeuta), com, per exemple, la concepció que les coses canviaran únicament pel fet d'assistir a les sessions terapèutiques. No solament les tasques s'han d'adequar al client i la seva problemàtica, sinó que el client també ha d'entendre el que ha de fer i per què ho fa ja que, al cap i a la fi, ell és el seu propi agent de canvi.

Amb el temps, aquestes nocions han rebut suport empíric i s'accepten àmpliament. Tal com diu Semerari (2002), "l'aliança serà perfecta quan el terapeuta i el pacient comparteixin els objectius del tractament i estiguin d'acord sobre la necessitat i utilitat dels mitjans adaptats per a aconseguir-ho [...]". Si a més hi afegim una bona qualitat del vincle entre terapeuta i client, estem en les millors condicions per a predir un resultat favorable de la psicoteràpia.

Ara bé, una vegada s'han establert les característiques bàsiques de la relació terapèutica i la importància que aquesta relació sigui adequada, com podem aconseguir una bona relació amb el client? Quins factors personals del terapeuta poden ajudar o, al contrari, interferir en la relació? I per part del client? A continuació analitzarem les característiques més rellevants del terapeuta i del client, components de la relació terapèutica.

La relació terapèutica és un aspecte de gran rellevància que incideix en el desenvolupament de la psicoteràpia.

L'establiment d'una relació terapèutica adequada facilita el canvi o la millora del client.

Les característiques essencials i diferenciadores de la relació terapèutica respecte a altres tipus de relació interpersonal són la asimetria i l'enquadrament terapèutic.

El concepte d'aliança terapèutica destaca la importància del vincle establert entre terapeuta i client, i la necessitat que tots dos arribin a un acord en relació amb els objectius i les tasques de la teràpia.

Exemple

Exemple d'un baix acord en els objectius pot ser quan el client vol solucionar la seva por de parlar en públic, però el terapeuta considera que s'ha de tractar l'origen de la seva ansietat relacionada amb els conflictes intrapsíquics de la infància i els mecanismes de defensa.

Exemple

Exemples de desacord pel que fa a les tasques poden ser que el terapeuta vulgui emprar registres com a tasca per a fer a casa, entre sessió i sessió, i el client pensi que n'hi ha prou amb el mateix diàleg de la sessió terapèutica. Un altre exemple seria el cas d'un client que creu que el terapeuta li ha de donar consells pràctics estrictament relacionats amb el problema i el terapeuta fa preguntes sobre el context familiar en què viu el pacient.

2.2. Components de la relació terapèutica: el terapeuta

El terapeuta és un professional que "està en el client, pel client i amb el client" (Moustakas, 1986, citat a Kleinke, 1995). Aquesta frase sintetitza una idea primordial, el fet que el terapeuta no solament és l'aliat i defensor del client ("està **pel** client"), sinó que, a més, hi col·labora en la resolució dels seus problemes ("està **amb** el client") perquè és capaç de posar-se en el seu punt de vista i entendre'l ("està **en** el client"). És a dir, més enllà de la capacitat en l'aplicació d'unes tècniques psicològiques determinades, les habilitats personals i actituds del terapeuta són importants en el procés terapèutic.

Així, doncs, quines actituds del terapeuta afavoreixen la relació amb el client? Malgrat que la relació terapèutica que s'estableix és única en cada cas, el cert és que diversos autors, seguint la inspiració de Carl Rogers, coincideixen en la rellevància d'actituds com l'acceptació positiva incondicional, l'autenticitat i l'empatia.

2.2.1. Acceptació positiva incondicional

Una persona sol arribar a la psicoteràpia perquè experimenta un malestar o patiment que no ha pogut resoldre per si mateixa. La consulta psicològica acostuma a ser l'últim recurs, després d'haver intentat solucionar els problemes personalment i amb l'ajuda de recursos més pròxims com la família o els amics. Des del punt de vista del client, es troba davant una situació en què se sent molt vulnerable, ja que, a més de reconèixer la incapacitat de resoldre els seus problemes i haver de demanar ajuda, ha de presentar davant un desconegut els seus dubtes, temors, sentiments, etc.: és com si es despullés, però emocionalment.

Tenint en compte això, ja des del primer moment el terapeuta hauria de demostrar al client una actitud d'acceptació incondicional; tots tenim les nostres virtuts i defectes, no hi ha ni "bons" ni "dolents". La tasca del terapeuta no és jutjar la persona, sinó ajudar-la, estar de part seva.

Una actitud càlida, cordial, no defensiva i sense judicis morals ajuda a crear un clima confortable en què el client se sent respectat. És important mostrar un interès sincer i una disposició per ajudar-lo, però preservant, abans que res, la seva dignitat com a persona.

2.2.2. Autenticitat

Un terapeuta que s'expressa obertament i sense ambigüitats genera confiança. Ser autèntic implica congruència, sinceritat i naturalitat en la comunicació amb el client.

L'ús d'expressions forçades, frases estereotipades o contradiccions entre el que es diu i es transmet no verbalment perjudica la confiança que el client diposita en el terapeuta. D'altra banda, ser autèntic no implica expressar tot el que es pensa i sent sobre la persona; requereix no solament saber dir les coses amb naturalitat, sinó saber com i quan dir-les, cosa que implica, de vegades, callar oportunament.

2.2.3. Empatia

L'empatia comporta la capacitat de posar-se en el punt de vista de l'altra persona i entendre els seus pensaments i sentiments, i també els aspectes cognitius, emocionals i de conducta que hi estan implicats. En definitiva, entrar en el món subjectiu del client i comprendre'l. El fet de sentir-se comprès pel terapeuta és un factor rellevant que permet que el client continuï amb la teràpia, sobretot en els casos en què la persona no ve per iniciativa pròpia.

Recordeu que la majoria d'autors coincideixen en el fet que les actituds més rellevants del terapeuta són l'acceptació positiva incondicional, l'autenticitat i l'empatia.

2.3. Components de la relació terapèutica: el client

En la majoria de casos, les persones que acudeixen a la consulta tenen un aspecte en comú: el malestar o patiment, que són prou rellevants per a sol·licitar ajuda externa (un cop s'han esgotat els recursos personals), i el fet d'estar disposats a canviar. Els tipus de client poden ser diversos, i no solament ens referim a l'individu, sinó que, genèricament, pot incloure la parella, la família, el grup o la institució (per exemple, la perspectiva sistèmica treballa amb el sistema familiar del client).

En el moment que una persona arriba a teràpia, formula una demanda explícita d'ajuda, però es pot referir al problema real o no o, fins i tot, pot ser incongruent amb el que pot oferir la psicoteràpia. En moltes ocasions, el client té una percepció de la teràpia semblant al model mèdic i espera que el terapeuta li proporcioni "la solució", així com el metge dóna una píndola o qualsevol altra substància que cura i resol el problema. Així, doncs, la tasca del terapeuta se centra, en un primer terme, a aclarir en què consisteix el procés terapèutic (es tracta d'un procés dinàmic que necessita la implicació del client) i, següentment, a analitzar la demanda formulada pel client.

Un cas presentat per Semerari (2002) il·lustra la necessitat de treballar en la demanda **real** del client. Vegem el que diu una clienta després d'haver treballat sobre la seva demanda:

"Insistia en la relació amb el meu marit, però per a mi aquest no era el problema: vull trobar l'equilibri amb mi mateixa!"

D'altra banda, resulta necessari construir una bona relació terapèutica i, per tant, s'ha de considerar, a part del problema que pateix, les característiques personals i altres factors essencials, com la motivació i les expectatives respecte a la psicoteràpia.

Considerem rellevant incloure l'anàlisi de la demanda de Villegas (1996), ja que, com hem esmentat, cal analitzar la demanda del client i, en molts casos, reformular-la en termes d'una demanda de tipus específic; és a dir, una demanda en què s'han identificat i delimitat els problemes psicològics que la persona pateix. A continuació presentem d'una manera abreujada els diversos tipus de demanda:

Modalitats	Procedència	Objectiu
No-demanda	Aliena	Fer callar un tercer.
Confirmatòria	Pròpia	Assegurar-se dels criteris o decisions propis.
Màgica	Pròpia	Curar una malaltia o solucionar un problema confiant en els poders d'autoritat o prestigi del terapeuta.
Simptomàtica	Pròpia	Curar una malaltia somàtica o psicossomàtica evitant qualsevol canvi o confrontació interna.
Inespecífica	Pròpia	Cercar suport i orientació per a entendre i fer front als problemes sense tenir gaire clar quins són.
Específica	Pròpia	Solucionar problemes psicològics identificats prèviament.
Perversa	Pròpia	Satisfereix d'una manera directa necessitats pròpies d'inclinació, sexe o dominància.
Vicària	Pròpia	Provocar la implicació d'una tercera persona en la teràpia.
Delegada	Aliena	Treure's de sobre un pacient problemàtic per a passar-lo a un altre col·lega.
Col·lusòria	Pròpia	Perjudicar un tercer per diagnòstic o tractament.

Extret de Villegas (1996, pàg. 42).

- Les **característiques personals del client** engloben aspectes com l'edat, el sexe, el context sociocultural, la intel·ligència i la personalitat. L'escala de valors també és un aspecte que cal considerar, encara que és més modificable. Totes aquestes característiques poden ser coincidents o divergir enormement de les del terapeuta, i això s'ha de tenir present en la relació i el procés terapèutics.
- La **motivació** del client és molt important, ja que una psicoteràpia acostuma a ser de llarga durada i està constantment amenaçada per la possibilitat de recaigudes. Hem de recordar que la persona inverteix temps, diners i esforços per obtenir uns resultats que no es veuen a curt termini. Una motivació elevada esdevé necessària per a poder superar tots els entrebancs i conflictes que van apareixent al llarg del procés terapèutic.

- Les **expectatives** que la persona hi diposita tenen influència en la mateixa psicoteràpia. Així, si la persona té una bona predisposició, la teràpia li proporcionarà uns efectes positius, però, en contrapartida, si la persona té unes expectatives inadequades, això pot representar un obstacle. Com hem comentat anteriorment, cal recordar al client que es tracta d'un procés que portarà un temps (els resultats no són immediats) i necessitarà la seva implicació i participació activa; a més, hauria d'estar preparat per a la possibilitat de tenir recaigudes.

En la majoria de casos, la persona que arriba a la psicoteràpia manifesta un patiment pels seus problemes i l'accepta com a últim recurs, una vegada ha esgotat els recursos personals per afrontar el problema.

Aspectes rellevants del client que s'han de tenir en consideració són les seves característiques personals (edat, sexe, intel·ligència, personalitat, etc.), i també la motivació i les expectatives respecte a la psicoteràpia.

Recordeu la necessitat d'aclarir al client en què consisteix la psicoteràpia (un procés que necessita la seva participació activa) i d'analitzar-ne la demanda.

3. Les fases del procés de canvi

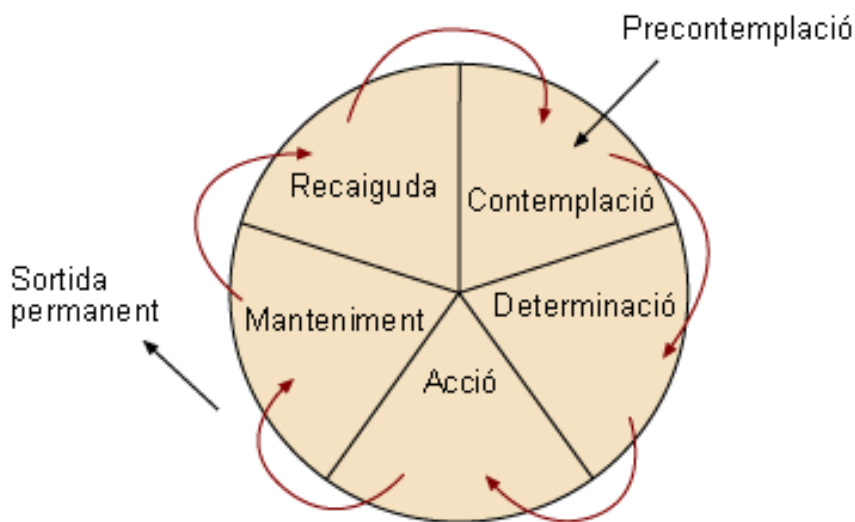
Quantes vegades ens hem promès, en algun moment, canviar algun aspecte de la nostra vida? I en quines ocasions hem arribat a complir aquesta promesa? Com és que es fa tan difícil portar a la pràctica un canvi que veiem clarament més beneficis per a nosaltres?

Aspectes com deixar de fumar, fer exercici físic, dur una dieta més equilibrada..., en definitiva, millorar els hàbits de vida, són un clar exemple que el canvi és un procés que implica no solament avenços, sinó també recaigudes abans d'assolir l'objectiu.

A més, la motivació té un paper essencial en aquest procés. Malgrat això, cal entendre **la motivació** no com un tret de personalitat, sinó com **l'estat de disponibilitat al canvi, un estat que pot variar segons el moment o el context**. Una mostra clara de motivació és l'adherència a un tractament i, precisament, una de les tasques més importants del terapeuta és motivar el client, aconseguir que la persona es comprometi i treballi per al seu propi canvi.

El model de James Prochaska i Carlo DiClemente (1982, citat a Miller i Rollnick, 1999) ens permet comprendre amb més claredat el procés de canvi, i ha esdevingut molt útil en la comprensió i el tractament d'addiccions com l'hàbit de fumar o l'alcoholisme. S'articula entorn de la denominada *roda de canvi*, constituïda per sis etapes: precontemplació, contemplació, determinació, acció, manteniment i recaiguda. El presentem a continuació:

Model de Prochaska i DiClemente (1982) sobre el procés de canvi



Aquesta il·lustració, en forma de roda o cercle, reflecteix clarament la concepció que la persona pot passar diverses vegades per tot el procés abans d'aconseguir un canvi permanent. Així, doncs, les recaigudes constitueixen un estadi més que és dins la normalitat del procés de canvi.

La "roda de canvi" permet no solament comprendre l'evolució de la persona, sinó que també té utilitat en la pràctica terapèutica: el model defensa la necessitat d'emprar estratègies adequades a l'etapa de canvi en què està el client. Així, Prochaska i DiClemente descriuen les tasques motivacionals del terapeuta adients a cadascuna de les sis fases esmentades anteriorment.

A continuació presentem una descripció de cadascuna de les fases (precontemplació, contemplació, determinació, acció, manteniment i recaiguda) acompanyada de la tasca del terapeuta aconsellada per a cada fase, segons Prochaska i DiClemente.

3.1. Fase de precontemplació

La fase de precontemplació és el moment d'entrada al procés de canvi: la persona sap que té un problema, però encara no n'és conscient (o n'és conscient en un grau mínim). Per això no sol·licita ajuda i, si arriba a la consulta, és sota la pressió d'altres persones. Com que encara no poden veure el problema, aquesta fase (com reflecteix el dibuix anterior) se situa fora de la "roda de canvi".

Bibliografia

Si voleu aprofundir en el model de Prochaska i DiClemente, una lectura recomanada és la següent:

T. Tejero i J. Trujols (1994). El modelo transteórico de Prochaska i DiClemente: un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas. A J. L. Graña Gómez. *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.

En aquest cas, el terapeuta no hauria de donar consells generals o "teòrics", sinó augmentar la consciència del problema i la necessitat de canvi mitjançant informació i realimentació (*feedback*) constant amb el client.

3.2. Fase de contemplació

En la fase de contemplació, la persona ja és conscient del problema, però encara no ha desenvolupat un compromís de canvi ferm. Manifesta una posició ambivalent: accepta i considera el problema, però també, de vegades, el nega o hi treu rellevància. L'etapa de contemplació és normal dins el procés de canvi i resulta freqüent que les persones que arribin a teràpia estiguin en aquesta fase.

Respecte al terapeuta, quan la persona està en la fase de contemplació, l'hauria d'ajudar a prendre una determinació en favor del canvi de conducta per mitjà de l'anàlisi dels avantatges i inconvenients que li pot proporcionar.

3.3. Fase de determinació

En el moment que la persona entra en la fase de determinació, és quan ha passat de la conscienciació al desig d'acció: està molt motivada i amb ganes de treballar per a resoldre el problema. És possible que enceti petits canvis conductuals que són un signe d'aquesta voluntat de canvi.

El terapeuta, en aquesta etapa, no necessita motivar el client, sinó que l'hauria d'aconsellar sobre la manera més adequada i efectiva per a arribar a assolir el canvi.

3.4. Fase d'acció

És l'etapa en què la persona s'implica en accions que el portaran al canvi, amb ajuda professional o sense (en el primer cas, seria l'inici de la teràpia). Es comencen a veure canvis conductuals manifestos, ja que s'inverteix temps i esforços d'una manera considerable.

En la fase d'acció, el terapeuta acompanya el client en el seu procés de canvi i l'ajuda en les accions que fa per assolir-lo.

Cal advertir que l'obtenció d'aquests primers resultats és fruit de tota l'evolució des de l'etapa de contemplació i, a més, resulta necessari mantenir els progressos una vegada assolits (passar a la fase següent).

3.5. Fase de manteniment

En aquesta etapa, la persona ha de conservar i consolidar els canvis assolits en la fase d'acció. Això requereix un esforç important, perquè es pretén mantenir la conducta indefinidament.

Així, el terapeuta ha de treballar en la prevenció de recaigudes i desenvolupar en el client noves estratègies i habilitats que l'ajudin a mantenir-la.

3.6. Fase de recaiguda

La recaiguda és una etapa més dins el procés: la persona retorna a la conducta problemàtica i perd els beneficis assolits amb el seu propi canvi. Es pot produir tant en l'estadi d'acció com en el de manteniment, quan fallen les estratègies per a consolidar i mantenir la conducta. És freqüent que es desenvolupin sentiments de fracàs, frustració o culpa, sobretot si la persona no té clar que és normal tenir recaigudes abans d'aconseguir un canvi de conducta permanent.

Per al terapeuta, en aquest punt, la tasca més difícil és aconseguir que la persona no ho vegi com un fracàs i es quedi immòbil en aquesta etapa i que reaccioni. Cal ajudar-la en la superació de la desmoralització i renovar la determinació. L'objectiu és assolir novament les etapes d'acció i manteniment, recordar al client que les recaigudes són normals a causa de la dificultat de mantenir, en el temps, un canvi de conducta.

Reflexió

Penseu, basant-vos en el vostre cas o en persones properes, en algun intent de canvi de conducta que vau encetar, amb èxit o sense. Seria interessant relacionar els passos que vau seguir amb el model que hem presentat de Prochaska i DiClemente.

Activitat

A continuació us presentem un exemple en què haureu d'identificar les etapes de Prochaska i DiClemente esmentades i, a més, ordenar les frases perquè la història adquireixi sentit. Recordeu que, per a aconseguir un canvi permanent, és probable que una persona passi diverses vegades per la "roda de canvi" abans d'assolir l'objectiu...

La Marta és una dona de trenta anys que treballa en una oficina. És molt aficionada a anar al gimnàs i a la piscina, però, d'altra banda, també fuma molt.

- "Bé, realment, tampoc no fumo gaire. Ja fa unes setmanes que tinc massa treball a la feina i potser és per això que em sento pitjor... No ho sé... Bé, pensant-ho millor, fumo moltíssim... i, a sobre, des de fa uns dies encara fumo més, amb l'estrès de la feina."

contemplació

- "Ja he intentat no fumar en tot el dia i no hi ha manera! Només he aguantat dues hores, fins que una companya me n'ha donat un. Crec que sóc totalment incapaç de deixar-ho."

acció-recaiguda

- "Pensant-ho millor..., al tercer cop no falla. Però aquesta vegada aniré a un professional que m'ajudi."

determinació

- "Ja fa dos mesos que no fumo! Quant de temps podré aguantar? Ho aconseguiré?"

manteniment

- "Deixaré de fumar! Avui mateix provaré de passar sense el tabac!"

determinació

- "No puc fumar menys! Estic massa nerviosa i no em puc controlar! Com que ja ho he intentat dues vegades i sóc incapaç d'aconseguir-ho, millor ho deixo estar."

recaiguda

- "He anat a un psicòleg i m'ajuda força... Ara ja fumo menys; amb una mica d'esforç potser ho podré deixar del tot."

acció

- "Últimament em costa més respirar quan nedo... Deu ser el tabac? Potser hauria de deixar de fumar..."

precontemplació

- "I si provo, en comptes de deixar-ho de cop, fumar menys? Vinga, ho intentaré!"

determinació

El procés de canvi és conceptualitzat per mitjà del model de Prochaska i DiClemente (1982). El model es desenvolupa a partir de la "roda de canvi" i consta de sis etapes: precontemplació, contemplació, determinació, acció, manteniment i recaiguda.

Recordeu les característiques de les sis etapes del model de Prochaska i DiClemente i les tasques motivacionals del terapeuta associades a cadascuna.

La motivació, eix important en aquest procés, és l'estat de disponibilitat al canvi, un estat que pot variar segons el moment o el context.

4. Les fases del procés d'intervenció

4.1. El procés d'intervenció: introducció

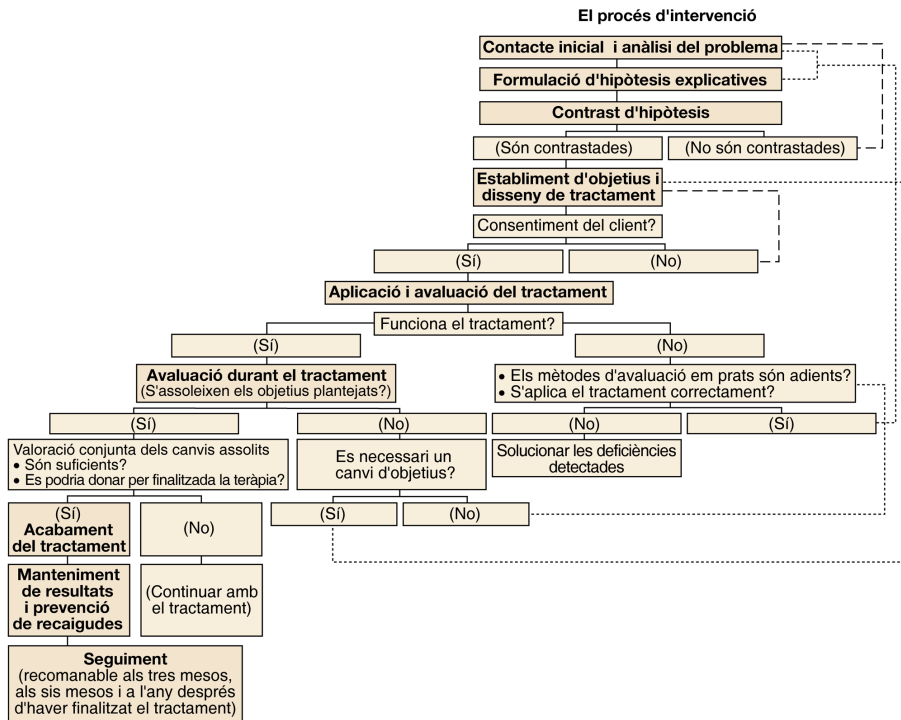
El procés d'intervenció s'inicia en el moment que el client o altres persones formulen una demanda explícita d'ajuda. Tota intervenció psicològica segueix un procés de caire general, que es matisa segons l'orientació teòrica del terapeuta o centre.

En aquest mòdul presentem les fases del procés d'intervenció descrites per diversos autors i recopilades per Bados i García (2002):

- Contacte inicial i anàlisi del problema.
- Formulació i contrast d'hipòtesis explicatives.
- Establiment d'objectius.
- Disseny del tractament.
- Aplicació i avaluació del tractament.
- Avaluació i fi del tractament.
- Seguiment.

Cal considerar que **totes aquestes fases estan íntimament relacionades i que, des d'un punt de vista teòric, es delimiten per raons didàctiques**. Així, per exemple, l'avaluació és un aspecte rellevant que està present al llarg del procés: en el pretractament (s'analitza el problema i es formulen hipòtesis explicatives, a més d'establir una línia base per a poder avaluar l'evolució del client), durant el tractament (es constaten les millores i els retrocessos o la inadequació del tractament al client) i després del tractament (s'avaluen els canvis assolits i el seu manteniment).

A més, les fases no tenen sempre un caràcter seqüencial. Per exemple, poden aparèixer altres problemes o informació nova durant la teràpia que porten a una reformulació de les hipòtesis explicatives; el client pot estar disconforme amb els objectius plantejats (cosa que porta el terapeuta a analitzar novament el problema) o la teràpia no funciona i s'ha de reconsiderar l'establiment d'objectius i el disseny del tractament. Per tant, aquestes fases s'han de tenir presents durant tot el procés.



4.2. Contacte inicial i anàlisi del problema

Les primeres sessions amb el client són d'una rellevància especial, ja que, a més de la recollida i l'anàlisi de la informació, el terapeuta ha de vetllar per l'establiment d'una bona relació terapèutica si vol garantir l'adherència a la psicoteràpia.

El primer contacte se sol produir per telèfon i, en aquest moment, ja es pot sol·licitar certa informació bàsica: dades demogràfiques (nom, edat, professió, adreça i telèfon), motiu de consulta i altres aspectes rellevants relacionats amb el problema. Així, el terapeuta podrà valorar la urgència del cas i preparar el material d'avaluació per a la primera sessió.

La primera sessió permet aprofundir en la demanda del client i, a més, és informat dels aspectes essencials relacionats amb la psicoteràpia: en què consisteix, mètode de treball, la confidencialitat, el temps i la durada de les sessions, etc. Al principi, es recomana deixar que la persona s'expressi lliurement i, progressivament, concretar la informació i utilitzar eines d'avaluació més específiques. Els instruments més emprats són l'entrevista, complementada per qüestionaris generals i altres mètodes d'avaluació com autoregistres o entrevistes a altres persones. El que és primordial és una actitud empàtica i cordial per part del terapeuta i la qualitat de la informació recollida, no la quantitat.

Per a poder copsar el problema en la seva globalitat, és necessari tenir en consideració els punts següents (descrits breument a continuació): a) motiu de consulta i altres problemes; b) anàlisi del problema en l'actualitat; c) història

del problema; d) tractaments previs i actuals; e) motivació i expectatives del client; f) recursos i limitacions; g) trastorns psicològics associats o trastorns anteriors; h) àrees bàsiques de la vida.

4.2.1. Motiu de consulta i altres problemes

El terapeuta demana al client que **expliqui detalladament** el que més el preocupa. Si els problemes són diversos, no tots s'abordaran amb la mateixa profunditat i s'establirà un **ordre d'intervenció tenint en compte el grau d'interferència** de cadascun en la vida del client.

No interrompre el client, mostrar habilitats de saber escoltar, aclarir dubtes i anar resumint la informació que ens va proporcionant permet estructurar la informació i, al mateix temps, que la persona senti que té el seu suport.

4.2.2. Anàlisi del problema en l'actualitat

L'anàlisi del problema comporta no solament el que el client **fa** (conductes motores o respostes autonòmiques), sinó també el que **pensa** (cognicions, conscients o inconscients) i **sent** (reaccions emocionals): la conducta s'analitza des de la perspectiva d'aquest triple sistema de resposta.

A més d'identificar i especificar els components del problema, també es consideren les altres variables ambientals (físiques o socials) que es relacionen amb el seu manteniment.

Una estratègia útil per a analitzar el problema consisteix a concretar la informació que proporciona el client per mitjà de diversos exemples, especificar els termes generals o ambigus que utilitza, descriure l'última vegada que va patir el problema o descompondre'l en conductes concretes.

4.2.3. Història del problema

Un cop s'ha analitzat la situació actual del client, el terapeuta es remunta al moment en què van aparèixer els símptomes per primera vegada i quan van començar a constituir un problema. S'exploren els factors, predisposants i precipitants, associats a aquest inici, i també les causes que el mateix client atribueix a l'origen de la seva problemàtica.

Igual que en l'anàlisi del problema en l'actualitat, convé que el terapeuta no consideri totes les variables: cal seleccionar-ne les rellevants, que són les que contribueixen al manteniment del problema. Aquestes es denominen *antecedents actuals* i poden diferir de les denominades *variables històriques*, que són les que es relacionen amb l'origen del problema.

4.2.4. Tractaments previs i actuals

En la planificació del tractament, i per a evitar possibles interferències, el terapeuta pregunta pels tractaments previs o actuals del client. Bàsicament, es tractaria dels especialistes visitats amb anterioritat, altres professionals de la salut mental (psiquiatres, psicòlegs), altres mitjans emprats pel mateix client (amics, naturistes, etc.) i, sobretot, a què atribueix el fracàs d'aquests mitjans en la resolució del problema.

4.2.5. Motivació, objectius i expectatives

Aquests són elements clau per a portar a terme una teràpia, la qual representa temps, diners i esforç personal. Per això, s'indaga sobre la motivació i les expectatives de millora. Igualment, la concepció del tractament i l'existència de problemes similars o anteriors en familiars o amics resulta rellevant.

Dues preguntes recomanables en l'estudi del problema són les següents: què ha portat el client a acudir a teràpia (per què ara sol·licita ajuda?) i l'origen de la demanda (de qui ha estat la idea de venir?). Això pot permetre fer una anàlisi de la demanda¹.

⁽¹⁾Considerem rellevant incloure l'anàlisi de la demanda de Villegas (1996), ja que, com hem esmentat, cal analitzar la demanda del client i, en molts casos, reformular-la en termes d'una demanda de tipus específic; és a dir, una demanda en què s'han identificat i delimitat els problemes psicològics que la persona pateix. A continuació presentem d'una manera abreujada els diversos tipus de demanda:

Modalitats	Procedència	Objectiu
No-demanda	Aliena	Fer callar un tercer.
Confirmatòria	Pròpia	Assegurar-se dels criteris o decisions propis.
Màgica	Pròpia	Curar una malaltia o solucionar un problema confiant en els poders d'autoritat o prestigi del terapeuta.
Simptomàtica	Pròpia	Curar una malaltia somàtica o psicossomàtica evitant qualsevol canvi o confrontació interna.
Inespecífica	Pròpia	Cercar suport i orientació per a entendre i fer front als problemes sense tenir gaire clar quins són.
Específica	Pròpia	Solucionar problemes psicològics identificats prèviament.
Perversa	Pròpia	Satisfer d'una manera directa necessitats pròpies d'inclinació, sexe o dominància.
Vicària	Pròpia	Provocar la implicació d'una tercera persona en la teràpia.
Delegada	Aliena	Treure's de sobre un pacient problemàtic per a passar-lo a un altre col·lega.
Col·lusòria	Pròpia	Perjudicar un tercer per diagnòstic o tractament.

Extret de Villegas (1996, pàg. 42).

4.2.6. Recursos i limitacions

Un altre aspecte que cal considerar són els recursos i les limitacions del client, tant per les seves característiques personals com per les que provenen de persones de l'entorn. També les cognicions del client o les persones properes a

ell exerceixen la seva influència sobre la psicoteràpia i han de ser explorats: disposició a col·laborar, dificultats o obstacles anticipats, creences que la solució li pot portar problemes o canviar les seves relacions socials, etc. A més, el temps lliure disponible és un factor rellevant que podrà representar un recurs o una limitació important per a avançar en la psicoteràpia.

4.2.7. Trastorns psicològics associats o trastorns anteriors

L'exploració d'altres trastorns psicològics és pertinent en l'anàlisi del problema, però en relació amb la presència de trastorns d'altres tipus no és estrictament necessària i, en moltes ocasions, no s'explora per falta de temps. Una estratègia útil i senzilla és preguntar al client si es medica per un altre problema.

4.2.8. Àrees bàsiques de la vida

Per a comprendre i estudiar el problema es procedeix, bàsicament, a l'anàlisi dels aspectes intel·lectuals, socials i afectius del client. Les *àrees bàsiques de la vida* és un terme ampli que porta a considerar dues opcions: la possibilitat de fer una exploració general completa (després de l'avaluació centrada en els problemes, per exemple) o centrar-se únicament en les àrees relacionades i més importants per al problema del client que ens ocupa. Aquestes dues perspectives conviuen conjuntament i utilitzar-ne una o l'altra en l'exploració del problema depèn del criteri i de la preferència del terapeuta.

Reflexió

Segons el vostre criteri, què considereu més encertat en l'exploració: una anàlisi general completa o una anàlisi parcial, centrada en les àrees considerades rellevants per al problema? Quins avantatges i inconvenients creieu que tenen una opció i l'altra?

4.3. Formulació i contrastació d'hipòtesis explicatives

Seguidament, s'organitza la informació recollida i s'estableixen relacions entre les variables o diferents problemes del client. En realitat, aquest procés està estretament lligat a l'anàlisi del problema i totes dues fases es poden produir al llarg de la psicoteràpia: analitzar el problema comporta la creació d'hipòtesis que, si són refutades, tornaran a portar a una nova anàlisi del problema. Això resulta d'especial rellevància, ja que aquests processos determinaran el disseny del tractament.

En relació amb la clínica, l'interessant és elaborar un **model explicatiu idio-gràfic**, és a dir, exclusiu per a cada client. Es podria dur a terme partint d'un model general (o nomotètic), el qual ens permetrà identificar les principals variables implicades en el trastorn concret. D'altra banda, podem emprar hipòtesis sobre la gènesi i l'evolució del problema (**hipòtesis històriques**) o hipòtesis explicatives del trastorn (**hipòtesis de manteniment**).

Un cop elaborades les hipòtesis explicatives, és necessari contrastar-les, sobretot les de manteniment. Aquest contrast es pot fer *a priori* (abans del tractament) o *a posteriori* (després del tractament).

El contrast *a priori* i *a posteriori*

- El **contrast *a priori*** consisteix a confirmar o invalidar prediccions de les hipòtesis per mitjà d'estratègies, ja que no és suficient que les dades coincideixin amb models explicatius generals o altres casos clínics. En la pràctica clínica destacariem l'estratègia de convergència d'informació, és a dir, l'avaluació de les prediccions per mitjà de variacions en el mètode emprat (altres qüestionaris o preguntes diferents de les fetes en l'entrevista, per exemple) o altres mètodes (observació, entrevista a altres persones, proves mèdiques, etc.).
- El **contrast *a posteriori*** es fa després del tractament, amb el que es descriu més endavant, a "Avaluació i acabament del tractament".

L'elaboració d'un model explicatiu del problema permet situar tant el client com el terapeuta i treballar conjuntament dins un marc coherent. Per això, és necessari contrastar les hipòtesis (per a confirmar-les o invalidar-les si cal) i, a més, pactar amb el client l'adequació del model explicatiu al seu cas concret.

4.4. Establiment d'objectius

Es tracta d'un pacte entre terapeuta i client que orientarà en la selecció de tècniques i estratègies amb vista al tractament. També és un bon criteri que permet avaluar el grau de funcionament de la teràpia.

En primer lloc, se seleccionaran els problemes en què cal intervenir i l'ordre que han de tenir i, en segon lloc, s'escolliran els objectius adients dirigits tant a modificar les conductes problemàtiques (i factors que hi estan associats) com a ajudar el client en l'adaptació al seu problema. Els objectius no solament s'orientaran cap a la disminució o desaparició dels problemes, sinó que també permetran augmentar el comportament positiu i eficaç del client en el seu entorn.

En la selecció d'objectius es podrien considerar els criteris que presentem a continuació:

- **Gravetat del problema:** es tractarà, en primer lloc, el problema del client que interfereixi en un grau més gran i que pugui comportar un risc elevat per a la seva vida o la d'altres persones.
- **Malestar que provoca el problema:** poden aparèixer problemes que, encara que no són els més greus, el grau de malestar que generen per al client o altres persones és molt elevat; per tant, s'han de considerar amb preferència en el tractament.
- **Valors i predileccions tant del client com del terapeuta:** tenen el seu pes en l'elaboració d'objectius; en alguns casos, tots dos sistemes de valors o preferències podrien estar confrontats, i per això és important que terapeuta i client arribin a un acord en l'elaboració d'objectius.
- **Relació entre els problemes:** si diversos problemes són influïts per un altre, convindria, en alguns casos, començar per aquest darrer.
- **Cost del tractament i probabilitat d'èxit a curt o llarg termini:** s'hauria d'avaluar el temps, els esforços i diners que pot comportar al client treballar en un problema concret i, també, la probabilitat que assoleixi els objectius a curt o llarg termini. De vegades, començar per problemes menys importants amb resultats a curt termini pot motivar el client a treballar i invertir temps en un problema més important.

Per tant, l'establiment d'objectius significa arribar a un acord entre el client i el terapeuta que permetrà una resolució o millora substancial del problema o problemes del client. Els **objectius** es redacten, si és possible, en termes positius i han de ser **individualitzats**, **específics** i, sobretot, **realistes**. Sovint, pot aparèixer la necessitat d'elaborar una gradació d'objectius, és a dir, establir objectius intermedis que ens permetran, una vegada assolits, accedir als objectius finals.

Activitat

Imagineu-vos que arriba a la consulta una dona d'uns trenta-cinc anys que, recentment, ha perdut la feina i, a més, sent que el seu marit li dóna poc suport i l'estima poc. Com a conseqüència de tot això, ha desenvolupat una depressió: es tanca tot el dia a casa i no té ganes de fer res, plora gairebé tot el temps, menja i dorm poc, etc. Quins objectius plantejaríeu a la pacient amb vista al tractament?

exemples d'objectius adequats i inadequats podrien ser els següents:

- Inadequats:
 - Ser feliç, no estar trista.
 - Sentir-se tan bé com abans.
 - No preocupar-se.
 - Poder dormir.
 - Que la seva parella la valori i l'estimi, tornar a estar bé junts.
 - Trobar una feina que li solucioni els problemes.
 - Etc.
- Adequats:
 - Llevar-se al matí a la mateixa hora i arreglar-se.
 - Si és possible, fer una petita volta pel carrer, sortir fora de casa.
 - Reprendre petites activitats gratificants (elaborar una llista d'activitats segons les preferències de la pacient).
 - Disminuir la seva ansietat mitjançant la relaxació.
 - Treballar el tema de la parella, si pot ser, implicant el marit en la teràpia (així, al mateix temps, ella sentirà que la valora més i que li dóna el seu suport).
 - Etc.

Després d'acordar els objectius, el terapeuta hauria d'obtenir el consentiment informat del client. És a dir, el client ha de donar el seu consentiment al tractament després d'haver estat informat de les característiques generals de la psicoteràpia (rol del terapeuta, paper actiu del client, confidencialitat, etc.), el tipus de tractament que se seguirà (objectius, duració i freqüència, probabilitat realista d'èxit, possibilitat de recaigudes al llarg del tractament, etc.), els possibles tractaments alternatius (avantatges i inconvenients de cadascun), les qualificacions professionals del terapeuta i l'aclariment dels dubtes o objeccions del client. El consentiment informat serà escrit quan els tractaments siguin

experimentals o representin un greu perill per a la salut del client; si la persona és menor o no està capacitada per a donar el seu consentiment, s'obtindrà dels tutors o altres persones encarregades.

4.5. Disseny del tractament

Per al disseny del tractament se seleccionen les variables explicatives més rellevants (estretament relacionades amb la conducta problemàtica) i, a continuació, es trien les tècniques i estratègies que permetran l'assoliment dels objectius proposats. És un procés simultani a l'establiment d'objectius, l'etapa anterior.

En aquest cas, no solament se seleccionen les tècniques, sinó també la seva seqüència temporal. A més, és necessari anticipar possibles obstacles i planificar la generalització i el manteniment dels resultats que perseguim.

Els criteris més rellevants relacionats amb la selecció de tècniques per al disseny del tractament són els següents:

- Variables del client i del terapeuta: es consideren variables com les preferències o la competència del terapeuta en la utilització de determinades tècniques i, en relació amb el client, variables com l'edat, la motivació, els recursos, les limitacions, les preferències, etc.
- Eficàcia i eficiència: dues intervencions poden ser igualment eficaces però diferir en l'eficiència, és a dir, en el temps, els esforços i diners que ha d'invertir el client.
- Utilitat clínica.
- Possibles efectes secundaris positius i negatius de la intervenció.
- Persones que poden col·laborar en el tractament i contextos d'intervenció disponibles.

Cal tenir en compte, com recorden Botella i Feixas (1998), que la psicoteràpia és un procés de col·laboració entre terapeuta i client, un procés en què la negociació és un element clau. No oblidem que el terapeuta no pot produir el canvi per si mateix, sinó que, sigui quina sigui la tècnica emprada, sempre és el client qui ha de fer alguna cosa per canviar. Com més compatible sigui el tractament per al client, com més congruent amb la seva persona, més probable és que el client iniciï les accions que el portin a canviar. Per tant, és recomanable fer participar el client el màxim possible en el disseny del tractament, en un procés de negociació entre les hipòtesis del terapeuta i la concepció que té el client del problema, de les seves causes, de si mateix i d'allò que l'ajudarà a canviar.

4.6. Aplicació i avaluació del tractament

L'aplicació del tractament significa, al mateix temps, una avaluació continuada dels resultats, ja que es podrà detectar si la persona no evoluciona i la necessitat d'un retrocés cap a l'establiment d'objectius i el disseny del tractament. Aquesta avaluació no pot ser solament subjectiva, sinó que s'hauria de basar en mètodes objectius com l'entrevista, els qüestionaris o els autoregistres, que poden ser els mateixos que els de l'avaluació inicial, en cas que es vulguin detectar canvis a curt termini.

Quan el terapeuta constata que el tractament no és eficaç o que la seva eficàcia és mínima, s'ha de plantejar, abans de modificar-lo, si els mètodes d'avaluació emprats han estat adients (són mètodes objectius o subjectius?, podem trobar altres senyals de canvi en el client?) i si el tractament s'aplica d'una manera correcta (seguim les pautes que havíem preestablert?). Més important encara, el client entén el que pretenem amb aquest tractament i hi està d'acord?

Sovint, si el tractament no funciona, serà necessari tornar a considerar les hipòtesis explicatives i retornar a l'anàlisi del problema: no resulta infreqüent que, durant la teràpia, sorgeixi nova informació o nous problemes que portin a un canvi en el model explicatiu i, per tant, en els objectius i el disseny del tractament.

4.6.1. Estructura de les sessions

Les sessions segueixen una estructura (ordre de la sessió) que, essencialment, és la mateixa en qualsevol tipus de tractament. Igualment, s'ha de considerar que mantenir una flexibilitat en les sessions és vital per a poder tractar els problemes que sorgeixen en el curs del tractament i que mereixen una atenció preferent.

A grans trets, l'ordre de la sessió consta, generalment, del punts següents:

- **Revisió d'activitats entre sessions:** es relaciona amb l'evolució del client i permet anar ajustant el tractament a les seves necessitats. S'analitzen els progressos i els obstacles que van apareixent.
- **Aplicació de tècniques i estratègies específiques:** són el nucli de la sessió i segueixen el disseny del tractament acordat amb el client. Malgrat tot, en determinades ocasions (la persona entra en un període de crisi o apareixen nous problemes), el pla de tractament s'haurà d'aturar per a donar preferència a la intervenció d'aquests problemes.
- **Acord sobre noves activitats entre sessions:** el terapeuta s'ha d'assegurar que les activitats resten clares i justificades per al client i, a més, li ha

d'anticipar els possibles problemes que poden aparèixer en la consecució d'aquestes activitats.

- **Resum i realimentació del client:** és un punt clau, sobretot en les primeres sessions, en què el client necessita una devolució de la informació. En aquest cas, terapeuta i client, d'una manera conjunta, sintetitzen els punts essencials tractats en la sessió i es deixa un espai en què el client pot plantejar dubtes, impressions o qüestions encara no resoltes.

4.7. Avaluació i fi del tractament

L'avaluació del client es produeix al llarg de la psicoteràpia, ja des de les primeres sessions, i això permet una intervenció adequada en la problemàtica del client. Durant la teràpia, n'avaluem els progressos i les recaigudes per tal d'arribar a assolir els objectius i, per acabar, abans de poder finalitzar el tractament, es fa una avaluació dels canvis assolits i de la consecució dels objectius terapèutics.

Tot canvi de conducta representa un aprenentatge, i és per això que l'avaluació s'estén des de les primeres fases del procés terapèutic fins a la darrera, la de seguiment, en què es comprova si es mantenen els resultats i si, a més, són generalitzables a altres contextos.

4.7.1. Avaluació després del tractament

Per a avaluar l'acabament del tractament es poden emprar dos criteris: un criteri clínic (o terapèutic) o un criteri quantitatiu:

- El **criteri clínic o terapèutic** es basa en el fet que el canvi sigui clínicament o socialment significatiu. Per tant, es comparen els canvis assolits amb els objectius terapèutics plantejats. Essencialment, es necessita constatar una millora fiable, comparar el canvi de conducta del client amb un grup normatiu o, finalment, avaluar subjectivament el client, les persones pròximes, el terapeuta o un grup d'experts.
- El **criteri quantitatiu** consisteix en la comparació de les dades posttractament amb les dades obtingudes abans del tractament o amb un grup en llista d'espera. Així, es poden emprar dos mètodes: el percentatge de millora i l'índex de canvi estadísticament fiable.
 - El percentatge de millora s'obté restant la puntuació posttractament de la puntuació pretractament i dividint el resultat per la puntuació pretractament. El percentatge resultant serà significatiu o no segons un criteri arbitrari que se situa entre el 20% i el 50% (varia segons els autors).

Exemple

Un exemple de criteri clínic seria, en el cas d'una dona agorafòbica, avaluar la freqüència amb què utilitza el transport públic i les dificultats que li comporta.

- L'índex de canvi estadísticament fiable permet no solament constatar la millora, sinó, a més, d'atribuir-la al tractament. En aquest cas s'utilitza un disseny experimental, cosa que no és freqüent en la pràctica clínica.

Exemple

Un possible criteri quantitatiu seria avaluar una persona amb depressió a partir dels resultats obtinguts en el qüestionari de Beck per a la depressió (BDI). Així, si la persona obté una puntuació de 28 en el BDI, es podria considerar un criteri de millora si aquests resultats disminueixen, per exemple, fins a 16.

De vegades, els resultats poden ser divergents depenent del criteri utilitzat, ja que es pot donar el cas que la millora sigui estadísticament significativa (criteri quantitatiu), però no suficient perquè la persona s'adapti al seu entorn (criteri clínic). Per això, alguns autors recomanen, si és possible, utilitzar els dos criteris conjuntament per a obtenir conclusions vàlides sobre l'efecte del tractament.

Contrast *a posteriori* de les hipòtesis explicatives

Quan un tractament funciona, no significa necessàriament que la hipòtesi explicativa sigui correcta, ni a la inversa: factors externs poden comportar una millora del client (el tractament "funciona", però la hipòtesi no és correcta) o un tractament pot ser inadequat per al client (el tractament no funciona i la hipòtesi és correcta).

Podrem afirmar que una hipòtesi quedarà invalidada si es produeixen canvis en les conductes problemàtiques i no en les variables explicatives (o al contrari). Però, d'altra banda, si es produeixen canvis en les conductes problemàtiques i en les variables explicatives no es podrà afirmar que la hipòtesi sigui correcta fins a determinar que la relació és causal.

En definitiva, el fet que els problemes psicològics siguin multicausals genera una gran complexitat en la validació de les hipòtesis explicatives, ja que, a més, s'ha de determinar si la relació entre les múltiples variables que interaccionen és causal o correlacional.

4.7.2. Acabament del tractament

Quan l'avaluació durant el tractament indica que es van assolint els objectius, terapeuta i client han de començar a **planificar l'acabament del tractament**. En aquest moment, tots dos valoren els canvis assolits i discuteixen la possibilitat de continuar treballant o donar per acabat el tractament.

L'acabament de la teràpia també es pot donar sense que s'hagin aconseguit els objectius terapèutics. A continuació presentem algunes de les raons per les quals passa això:

- El client abandona el tractament: en aquest cas, convé que el terapeuta s'hi posi en contacte i raonin conjuntament els avantatges i inconvenients que pot representar la finalització del tractament, sempre respectant la seva decisió.
- El client no millora, s'estanca o, fins i tot, empitjora amb la teràpia (després de deixar passar un temps prudencial).
- El terapeuta necessita posar fi a la teràpia per motius no terapèutics: problemes personals, malestar amb el client (li resulta antipàtic o avorrit), sentiments d'incompetència per a tractar el problema que té el client, etc.

En cas que client i terapeuta acordin finalitzar la teràpia, és convenient deixar una o dues sessions per a **mantenir els resultats i prevenir recaigudes**: el terapeuta anticipa al client els riscos o possibles obstacles que es pot trobar i li proporciona estratègies útils per afrontar els contratemps. Si s'aprecien indicis de dependència del client respecte al terapeuta (es resisteix a abandonar la teràpia, "necessita" tractar altres problemes de poca rellevància, etc.), el terapeuta ha de raonar i pactar-hi. En la majoria de casos, serà convenient anar espaiant les sessions, concedir progressivament més autonomia al client i no allargar la intervenció més del necessari.

En resum, podrem donar per finalitzat el tractament si el canvi assolit pel client és clínicament significatiu, és generalitzable a altres contextos i si, a més, els resultats es mantenen.

4.8. Seguiment

El seguiment és una part important del procés terapèutic, ja que s'avalua el grau de manteniment dels resultats. Les dades recollides es comparen amb les dades obtingudes al final del tractament i els criteris de significació clínica i, si el client ha empitjorat, amb les dades de l'avaluació pretractament.

És convenient fer-ne un seguiment als tres mesos, als sis mesos i a l'any després d'haver donat per finalitzat el tractament (en el cas de trastorns amb gran probabilitat de recaiguda, com les addiccions o els trastorns alimentaris, es recomana un darrer seguiment als cinc anys).

Reflexió

Segons dades de Mayor i Labrador (1991), el 65% de les intervencions no fan seguiments i el 15% de les que fan sessions de seguiment es mantenen més de sis mesos.

Creieu que és important fer un seguiment del client? Per què?

Veieu factible dur a terme seguiments? Raoneu la resposta.

A quines raons atribuiu les dades presentades per Mayor i Labrador?

De vegades, el seguiment permet detectar l'empitjorament del client o l'aparició de nous problemes. S'ha de considerar que les millores o els retrocessos en els objectius terapèutics, com s'ha comentat anteriorment, poden aparèixer per la influència de variables externes: el que resulta important és la detecció dels problemes per a discutir-ho amb el client i, si és necessari, reintroduir o tornar a començar un tractament.

Activitat

Sou terapeuta i heu de fer el seguiment d'una dona de trenta-sis anys, casada i amb dos fills, que va patir agorafòbia i tenia problemes de comunicació amb la parella. Va finalitzar el tractament fa dues setmanes.

Expliqueu breument quan i com faríeu els seguiments (si no ho considereu necessari, raoneu la resposta).

Quins aspectes exploraríeu? Utilitzaríeu algun instrument?

5. Una visió general de l'assignatura

Una vegada hem presentat els conceptes més generals relatius a la intervenció psicològica i al tractament, els mòduls que segueixen ens exposen una sèrie de formes d'intervenció derivades dels principals models de psicoteràpia. Es tracta de les intervencions psicoanalítiques, conductuals, cognitives, experiencials i sistèmiques. Igualment, hem inclòs un mòdul sobre les característiques que prenen aquestes intervencions en diferents àmbits (família, xarxes socials, infància, vellesa). Tot seguit, tenim un mòdul sobre les particularitats de la intervenció en diferents contextos, la qual cosa ens porta a tractar el tema de la intervenció psicològica en situacions de pobresa, immigració, gènere i multiculturalitat. Era necessari també incloure un mòdul sobre la qüestió de la recerca en psicoteràpia i, al mateix temps, ens ha semblat adient posar fi al debat sobre la integració dels diferents enfocaments de la intervenció psicològica. Tot plegat, ens pot donar una idea prou àmplia sobre aquest tema.

Bibliografia

- Bados, A. i García, E. (2002). *Habilidades terapéuticas*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1998). *Perfiles profesionales del psicólogo*. Madrid: COP.
- Feixas, G. i Botella, L. (1998). *La teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Feixas, G. i Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Kleinke, C. L. (1994). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Descleé de Brouwer, 1995.
- Mayor, J. i Labrador, F. J. (1991). *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra.
- Miller, W. i Rollnick, S. (1991). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós, 1999.
- Semerari, A. (2000). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós, 2002.
- Villegas, M. (1996). El análisis de la demanda: una doble perspectiva social y pragmática. *Revista de Psicoterapia*, 26, 25-78.

