
Situacions difícils en la intervenció psicològica amb nens i adolescents

PID_00247967

Izaskun Baños Resa

Temps mínim de dedicació recomanat: 3 hores



Índex

| | |
|---|-----------|
| Introducció..... | 5 |
| 1. L'inici de la teràpia..... | 7 |
| 1.1. L'anamnesi | 8 |
| 1.2. Objectius de la teràpia | 9 |
| 1.3. Quan s'abandona un tractament | 13 |
| 2. Situacions complexes en la teràpia..... | 15 |
| 2.1. Derivació d'un pacient a un neuropediatre o a un psiquiatre infantil | 19 |
| 3. Causes d'aquestes situacions..... | 21 |
| 3.1. Sentiments i pors del terapeuta | 21 |
| 3.2. Sentiments i pors dels pares. Demandes i expectatives | 23 |
| 3.3. Resistències dels pares | 24 |
| 3.4. Resistències dels infants | 27 |
| 4. Conclusions..... | 28 |
| Bibliografia..... | 31 |

Introducció

L'evolució de la societat i del món de les darreres dècades ens ha apropat a molts coneixements i ens ha generat noves necessitats. Aquesta situació també afecta el món de la psicologia i, concretament, el de la teràpia psicològica, que és el tema que ara hem de tractar.

En aquest sentit, la varietat de consultes que rebem cada cop és més àmplia i cada cas és més específic. Per aquesta raó, la teràpia psicològica no pot plantejar-se merament com un treball d'objectius terapèutics, personals, emocionals... centrats en la persona. I encara menys si ens referim a nens i a adolescents.

Com a professionals hem de cuidar cadascuna de les sessions i de les parts del procés terapèutic (contacte inicial, anamnesi, avaluació...).

Haurem d'esforçar-nos a establir un bon vincle amb l'infant/adolescent, però també amb cadascun dels progenitors i, si cal, amb altres familiars que puguin veure's relativament implicats en el tractament, com poden ser avis o germans.

Caldrà estar receptius per resoldre situacions complexes que puguin aparèixer al llarg de la teràpia, des d'una falta de compromís a una ideació suïcida o a un abandonament del tractament. Com veurem a continuació, perquè un tractament sigui efectiu, a banda dels objectius terapèutics, hem d'elaborar i superar pors i resistències tant del terapeuta com dels pares i/o de l'infant/adolescent.

1. L'inici de la teràpia

Iniciar una nova teràpia psicològica amb un nou pacient implica resituar-se i posicionar-se en un nou escenari. És molt important que la persona que arriba a la nostra consulta se senti acollida des del principi, se senti escoltada, se senti respectada i no jutjada, perquè el vincle que establim amb aquella persona facilitarà la seva evolució terapèutica.

La qualitat de la relació terapeuta-pacient és una part molt important de l'èxit del tractament. Per tant, és important cuidar aquest aspecte des del primer moment.

Aquesta vinculació, aquesta connexió pacient-terapeuta / terapeuta-pacient, dependrà de molts aspectes.

Per una banda, el **motiu de consulta**. En primer lloc, no totes les situacions que requereixen teràpia psicològica tenen la mateixa incidència en el desenvolupament diari de la persona i, per extensió, si parlem de nens i adolescents, de la família. En aquest sentit, quan més important –entès com a nivell de patologia– sigui el cas, més atenció i acompanyament necessita la família, ja que la distorsió en el funcionament i en la logística familiar són equitatius a la significació simptomàtica. En segon lloc, en situacions complexes –sigui pel tipus de trastorn o per la complexitat de les situacions que ha patit la persona (assetjament, maltractament, abandonament...)– podem trobar que la família dona la informació amb comptagotes, ja que necessiten confiar en nosaltres com a terapeutes –i la confiança es guanya amb el temps– i també resulta complicat verbalitzar els aspectes dolorosos que han envoltat la vida i el desenvolupament de la persona.

Per altra banda, la **personalitat de les persones que intervenen en la teràpia**: el psicòleg, el nen/adolescent i els pares. Hem de tenir present que una teràpia és un tipus d'interacció interpersonal, amb un contracte tàcit en què una de les persones ajuda l'altra. Per tant, el caràcter, la manera de comunicar-se, la manera d'entendre el món, la filosofia de vida de cadascun, l'orientació del psicòleg... són factors que apareixeran a la teràpia de manera més clara o més subtil i seran aspectes que facilitaran, o no, la vinculació.

A continuació, comentarem alguns moments clau en la teràpia en què hem de cuidar especialment la manera d'acollir una família quan arriba a la nostra consulta.

1.1. L'anamnesi

L'anamnesi és, com ja sabeu, el punt de partida de la teràpia, el moment en què, per primera vegada, es comparteix una informació important i valuosa sobre la persona que, generalment, més s'estima: un fill/a.

Per aquesta raó, cal recollir el màxim d'informació sobre el motiu de consulta i les dades més rellevants sobre la història vital del nen/a o adolescent.

En aquest moment, poden plantejar-se qüestions com les següents (Cornejo, 2008):

- **Cal que vinguin pare i mare a la història clínica?** És convenient que vinguin pare i mare. Podem dir que, fins i tot, és imprescindible. Per què? Perquè cada persona viu les situacions a la seva manera, en funció de la seva personalitat, de l'educació rebuda, de la formació, de les experiències viscudes, de l'estat psicoemocional... Per tant, com a terapeutes ens interessa conèixer si pare i mare tenen la mateixa percepció del motiu que els ha portat a la nostra consulta, què els preocupa a cadascun sobre el seu fill/a, com es comuniquen entre ells (tant amb la paraula com amb el llenguatge no verbal), qui porta el pes de la família, si coincideixen en l'estil educatiu, qui organitza el funcionament familiar...

- **Com es planteja aquesta anamnesi si els pares estan separats?** Sempre que sigui possible, s'aconsella que vinguin pare i mare a l'anamnesi, ja que cal conèixer si, com a pares, comparteixen el mateix estil educatiu i, per tant, segueixen unes normes i rutines similars.

Cal recordar, i fer-los conscients, que la seva tasca conjunta com a pares continua encara que hi hagi una separació marital.

A vegades ens trobem que algunes famílies no estan preparades per afrontar una situació d'aquest tipus de manera conjunta. En aquest cas, hauré de convocar tots dos progenitors per separat –caldrà, per tant, fer dues anamnesis– i ajuntar la informació posteriorment.

- **Cal fer participar la nova parella del pare o la mare en l'anamnesi?** Habitualment a l'anamnesi només es convoca el pare i la mare, principalment perquè cal preguntar sobre molts aspectes i, quantes més persones assisteixin a aquesta entrevista, més complicat serà organitzar la informació. Tot i això, si l'altre progenitor hi està d'acord, podem acollir també aquesta persona.

Ara bé, en aquest cas, ens hem de cerciorar que la parella és estable. És a dir, que porta temps de relació amb el pare o amb la mare i que manté un vincle estable amb l'infant o adolescent. En cas contrari, es recomana que no intervingui en el procés, ja que estem tractant temes delicats i confidencials.

Generalment, però, com hem dit, a l'anamnesi només assisteixen pare i mare. Posteriorment, es pot fer una altra sessió amb el progenitor i la seva parella, si ho sol·liciten, ja que –en tenir un vincle estable i vinculat amb

una menor càrrega emocional– pot aportar una altra visió del cas, també complementària (Cornejo, 2008).

1.2. Objectius de la teràpia

Un cop feta l'anamnesi cal explicar als pares quin tipus de valoració creiem més adequada segons el nostre criteri. En ocasions, la valoració que proposem coincideix plenament amb l'objectiu dels pares, però de vegades no.

Els pares realitzen la demanda a partir del seu neguit, de la seva preocupació o perquè algun especialista (normalment el mestre o el pediatre) els ha derivat. Habitualment, el nucli de l'avaluació tindrà com a objectiu conèixer el desenvolupament actual del nen/a en aquell aspecte que constitueix el motiu de consulta.

Com a professionals, però, i amb el suport de les dades recollides a l'anamnesi, **podem creure oportú avaluar altres aspectes** que poden interferir, facilitar, agreujar... l'estat «clínic» del nen/a. En aquest sentit, hem d'explicar als pares que valorarem els aspectes que considerem que poden estar interferint en el benestar del nen/a per poder afinar el diagnòstic.

Exemple

La Marta estudia 2n d'ESO i fa uns mesos que no vol anar a l'escola. Presenta un estat d'ànim depressiu, no queda amb les amigues i, per descomptat, ha baixat el rendiment acadèmic. La mare està molt angoixada i ens recalca que «vol que la seva filla estigui bé, sigui feliç, i que tampoc no perdi el curs». La mare està convençuda que el malestar sorgeix de l'escola. Quan comencem les sessions amb la Marta de seguida ens explica que a casa viu una situació de malestar, ja que els pares es discuteixen sovint, ella ho passa malament i es tanca en si mateixa i l'endemà no es troba amb forces per anar a l'institut. En aquest cas, és evident que hi ha un problema de motivació a l'àmbit escolar, però aquest problema és secundari, ja que la noia pateix per l'entorn familiar. Per tant, hem d'analitzar la situació familiar, tornar a parlar amb els pares per conèixer la seva posició i, per suposat, implicar-los encara més en la teràpia. Ja que, sense la seva col·laboració, la noia no podrà avançar i millorar el seu estat psicoemocional.

L'avaluació inicial és molt important perquè ens permet plantejar el cas de manera objectiva. En aquest sentit, és important poder respondre la demanda explícita, la que han fet directament els pares, però també la demanda implícita, que té a veure amb la demanda d'ajuda més inconscient, la que respon a la confiança en un professional perquè, com a pares, ja no tenen més recursos per a abordar la situació.

En conseqüència, **cal indagar quines expectatives han dipositat els pares en la nostra actuació**, si estan ajustades a la realitat o, pel contrari, es basen en la fantasia que el terapeuta solucionarà tots els problemes i aquests desapareixeran.

Sovint, els resultats obtinguts concorden amb les percepcions i intuïcions que tenen els pares. Altres vegades, aquesta avaluació ens permet detectar aspectes que interfereixen en la vida quotidiana de l'infant i generen dificultats diver-

ses. Són aspectes que la família no ha detectat o als quals no ha donat la importància que realment tenen, perquè la visió dels adults és diferent de la dels nens, perquè ja ho han «normalitzat», acceptat o per qualsevol altre motiu.

Alguns exemples

Un canvi de domicili o d'escola, un canvi de l'horari laboral del pare o la mare, rebuig per part dels companys, pensaments obsessius (rituals), paranoies, tics motòrics/vocàlics, signes d'ansietat (com ara llepar el coll de la samarreta), el to de veu d'un professor és massa greu, verborrea, manca d'*insight*...

D'altra banda, **la valoració inicial és en si mateixa terapèutica**, ja que el fet de posar nom a una situació, de posar-li paraules i aclarir-la (el que és rellevant en el cas i el que no afecta directament encara que la persona tingui aquesta impressió), de saber què s'ha de treballar i tenir algú que t'ajudi, t'acompanyi i et guiï en l'assoliment d'aquest objectius, ja t'alleugereix emocionalment. Sovint, en aquest cas els pares es tranquil·litzen quan a l'anamnesi comparteixen el seu neguit i el psicòleg els transmet confiança perquè veuen que la situació es pot treballar i millorar. Però encara més quan, un cop realitzada l'avaluació, se'ls comenten el resultat i entenen realment què li passa al seu fill/a, quins factors estan preservats i l'ajudaran i quins altres s'han de tractar a la teràpia.

Finalment, **l'avaluació inicial permet reavaluar el cas en moments posteriors** i comparar els resultats per poder analitzar l'evolució d'una manera objectiva. Si bé al llarg de les sessions podem anar observant quina és l'evolució de cada cas –tant dins de la teràpia com amb la informació que ens aporten els pares i altres agents implicats a la vida del nen/a, com els mestres– hi ha moments i/o situacions en què és recomanable fer una reavaluació. Per exemple, per confirmar la millora de la situació clínica o bé perquè ho demana un servei per a mantenir o modificar estratègies (l'escola, un hospital de dia...).

Un cop acordat el tipus d'avaluació i les dates en què s'ha de realitzar, arriba el moment de conèixer el nen/a o adolescent. Moltes vegades els pares ens pregunten com li expliquen al seu fill/a que ha de venir al psicòleg.

La pauta general és que **li han d'explicar perquè ha de venir a la consulta**, sense enganyar ni donar informacions incoherents. Recomanem que els pares es centrin en algun aspecte que provoqui malestar familiar i que sigui font de conflictes i /o discussions amb freqüència (per exemple, les rebequeries o l'apatia).

Posem un parell d'exemples:

Exemple 1

A una nena de 7 anys (2n de primària) que presenta un caràcter molt fort, amb males contestacions, conductes agressives (crits, cops de porta...) li costa compartir, no accepta el no, mostra dificultats de relació perquè només segueix el seu criteri. Què li poden dir els seus pares?

El més adient i fàcil és fer-li entendre que s'enfada molt sovint i d'una manera exagerada i que aquest comportament genera malestar i mals moments a tots els membres de la família. L'objectiu de les sessions serà fer activitats i jocs per a poder esbrinar perquè

s'enfada tant i ajudar-la a reduir i a gestionar aquestes situacions d'enuig. En aquest sentit, també donarem pautes als pares perquè ens ajudin en aquest aprenentatge personal i emocional.

Exemple 2

Una noia de 14 anys (2n ESO) és molt bona nena, col·labora a casa, és responsable, conformista, casolana..., però menteix en tot allò relacionat amb les tasques escolars (deures, treballs, exàmens...).

Aquesta noia és més gran i podem ser una mica més directes. En primer lloc, val la pena recordar-li tot el que valorem com a positiu. I tot seguit explicar-li que el fet de mentir dificulta el bon ambient a casa i provoca actituds de desconfiança per part dels pares, fet que dona lloc a una espiral d'ambient incòmode per a tots. Les sessions són la manera de saber el motiu d'aquestes mentides i de poder buscar recursos que l'ajudin a gestionar les situacions que inicialment la fan mentir, aplicant estratègies més adequades i profitoses.

No cal parlar explícitament o insistir amb frases com «Aniràs al psicòleg». És més fàcil, proper i raonable anomenar el professional pel seu nom, ja que **tenir com a referència un nom ens apropa** inconscientment i emocionalment a la persona.

També és important explicar que tota la família, d'una manera o altra, participarà en la teràpia, sigui quina sigui l'orientació professional del psicòleg. En ocasions es faran sessions amb tota la família, en d'altres es faran sessions amb l'infant i sessions amb els pares per donar pautes. Per tant, tots hi estaran implicats i tots hi participaran. D'aquesta manera alleugerim el pes i la responsabilitat (sentiment de culpa).

A vegades, ens trobem situacions en què la família no li ha explicat a l'infant el motiu de la teràpia. Llavors ens toca fer-ho a nosaltres i, quan acaba la sessió, hem d'explicar als pares quin missatge hem donat a l'infant. Tanmateix, sempre és recomanable esbrinar si el nen que tenim davant sap què ha vingut a fer a la nostra consulta. Per aquesta raó, a la primera sessió és aconsellable que ens presentem tots dos –fins i tot que li ensenyem l'espai de la consulta perquè se'l faci una mica seu–, que ens comentem coses que li agrada fer i coses que no tant, ja siguin de l'àmbit familiar, escolar o del grup d'iguals, i que ens expliqui perquè ha vingut a la consulta. Si no li han explicat els seus pares, com hem dit abans, haurem de fer-ho nosaltres.

Un cop finalitzada l'avaluació, ens reunim novament amb el pares per a explicar-los els resultats, la impressió diagnòstica –si n'hi ha– i plantejar els objectius de la teràpia i la periodicitat de les sessions.

Habitualment, els pares es mostren predisposats a treballar els aspectes que nosaltres valorem, ja que han acudit a la consulta buscant assessorament d'un professional. Per tant, confien plenament en nosaltres. Tot i això, podem trobar-nos amb alguna família que no accepti els objectius/resultats perquè:

- No estan preparats per assimilar el diagnòstic. En aquesta situació, cal acompanyar els pares i dedicar explícitament sessions del tractament a fer psicoeducació amb ells. Fins i tot, si ho hem pogut preveure, val la pena incidir només en alguns aspectes i posposar el diagnòstic un temps fins

que haguem pogut treballar amb els pares l'acceptació de les dificultats i/o trastorn.

- Els pares mantenen la seva preocupació lligada a un sol aspecte, d'entre tots els que s'han de treballar (per exemple, «el nen no té amics»). Si aquesta situació no afecta el tipus de tractament que volem instaurar, com en el cas anterior, ho podem anar treballant amb el pares al llarg de les sessions (*feedback* després de cada sessió amb el nen, entrevistes amb pares...). Si afecta el tipus de tractament, podem començar a treballar l'aspecte que tant els amoïna i anar evidenciant la necessitat de treballar els altres objectius al llarg de les sessions.

Generalment, els pares accepten fer el tipus de tractament amb la periodicitat que nosaltres els recomanem, ja que, com dèiem abans, necessiten la nostra ajuda i, *a priori*, confien plenament en nosaltres.

És important que remarquem la importància d'establir un vincle, sobretot en la fase inicial del tractament, i que explicitem que aquest vincle necessitarà sessions relativament freqüents durant un temps (normalment establim una sessió setmanal).

Si la família ens explica que no pot fer front al cost de les sessions amb aquesta temporalitat, sigui per motius econòmics, sigui per motius de logística familiar o d'altres, us recomanem que pacteu amb les famílies el *timing* de les sessions i que expliqueu clarament que tant la vinculació amb l'infant com l'evolució es veuran afectades. És a dir, el treball de sessió és intens i permet aprofundir en molts aspectes que afecten a la situació que ha portat a demanar fer una teràpia. El fet d'espaiar les sessions afecta:

- El **vincle**. Pel que fa a les sessions inicials, en les quals ens hem de guanyar la confiança de l'infant (i de la família), cal tenir en compte que quan més properes estiguin en el temps, més ràpid podrem establir aquest vincle, tot i que també depèn de com estigui de receptiu el nen/adolescent. Cal recordar, també, que durant les primeres sessions, l'objectiu principal és establir aquest vincle, perquè si no es fa, difícilment podrem tractar el motiu de consulta.

Hi ha casos en què, tot i haver treballat duran molt de temps, el fet d'espaiar les sessions provoca que l'infant es desvinculi de les sessions, perquè entén que ja ha superat la seva dificultat (per exemple la referent a expressar les seves necessitats i emocions).

- L'**evolució**. Com hem dit, les sessions permeten incidir en diferents aspectes i treballar-los intensament. El fet d'espaiar les sessions implica treballar els objectius de manera més laxa i, a més, pot obligar a dedicar part de la sessió a retrobar-se el terapeuta i el pacient. Definitivament, l'evolució es veu afectada. Però, es pot compensar el treball de les sessions quan la família només pot fer sessions quinzenals? En part sí. El treball psicoterà-

pèutic no és només la sessió, si no l'elaboració dels temes tractats i la seva assimilació posterior. Si realment una família no pot fer un tractament setmanal, cal remarcar la necessitat de prioritzar les pautes que es vagin donant per intentar que la teràpia sigui el més profitosa possible.

És important consensuar amb els pares, i a poder ser amb l'escola, la necessitat de treballar amb l'infant/adolescent de manera conjunta, coordinada i, si cal, complementària.

1.3. Quan s'abandona un tractament

La satisfacció de donar l'alta a un pacient (Cornejo, 2008) és una de les gratificacions més grans que tenim a la nostra feina. De fet, aquesta satisfacció apareix de mica en mica al llarg de les sessions i augmenta a mesura que avancem en el tractament, quan observem una evolució positiva i estable que, finalment, ens permet anar espaiant les sessions fins a la sessió de cloenda.

En alguns casos, però, ens trobem que la família, de sobte, decideix finalitzar la teràpia. En aquest cas, cal examinar actituds i comentaris en les sessions prèvies per si aquest abandonament s'ha anat cuinant a poc a poc.

Exemple

Darrerament el nen falta sovint o acaba assistint a teràpia quinzenalment –tot i que s'havien pactat sessions setmanals– adduint problemes logístics, imprevistos o dificultats econòmiques.

En tot cas, és necessari reunir-se amb els pares, sempre que sigui possible, per a explicar-los en quin punt es troba la teràpia, conèixer les raons per les quals consideren que poden aturar el tractament i intentar pactar-ne la continuïtat, ja sigui espaiant les sessions o buscant una altra alternativa (per exemple, ajustant el preu de les sessions de manera temporal). En tot cas, cal saber per què els pares han optat per aturar o espaiar el tractament sense consultar-ho amb nosaltres.

De vegades ho podem intuir. Hi ha famílies que de bon principi demanen com de llarg serà el tractament, que en les reunions periòdiques comenten que no veuen canvis... En aquest cas, tant en les sessions de pares com en aquesta sessió que servirà per aclarir el motiu d'abandonament de la teràpia, cal incidir en l'evolució que ha fet l'infant, respectant el seu ritme, sense respondre només a les expectatives dels adults (pares) i com el mateix nen es valora a si mateix.

Pot passar que un dels pares sí que valori els progressos i que reforci la nostra posició. En aquest cas, pot ser més factible que la família reconsideri la possibilitat de continuar la teràpia, encara que sigui espaiant-ne les sessions.

També podem trobar-nos amb famílies que considerin que el tractament ja pot finalitzar perquè el nen «ja està bé». Realment, arribarem a un punt de la teràpia en què l'infant haurà integrat molts dels recursos que li hàgim anat oferint al llarg de les sessions i el seu desenvolupament social i/o emocional se n'haurà beneficiat. En aquest moment podrem valorar que la teràpia ha funcionat. Ara bé, aquests canvis han de ser estables en el temps. Per això és important explicar als pares que nosaltres anirem espaiant les sessions a mesura que considerem que el nen pot funcionar de manera autònoma sense un suport psicològic tan freqüent.

Espaïar les sessions també és una manera d'evitar que els infants o els pares creïn una dependència en la teràpia. Podem trobar-nos que alguns pares considerin que el seu fill/a depèn de la teràpia, segurament perquè confia molt en nosaltres i **necessita** el nostre suport professional. Cal fer-los conscients de la necessitat que té l'infant d'aquest espai i d'aquesta ajuda; ja que, segurament, quan no li sigui necessari, ell mateix demanarà no venir tant sovint.

També podem trobar un pare o una mare a qui li costi prendre distància de la teràpia, que n'és dependent i sempre aporta dades per a intentar allargar el tractament, adduint que el nen/a encara no està preparat, que té por que faci una regressió... En aquest cas podem mantenir les sessions setmanals mentre treballem amb aquests pares el canvi de freqüència de les sessions per aconseguir una bona evolució, sense allargar la teràpia massa en el temps. Tanmateix, cal recordar als pares que ells també han après estratègies i els hem aportat eines i recursos al llarg de la teràpia que els ajudaran a acompanyar el seu fill/a d'una manera més acurada, ja que poden comprendre'l millor i tot aquest coneixement els ha de generar seguretat en la difícil tasca de fer de pares.

Contràriament, els pares poden argumentar que el fill/a no vol venir a teràpia. Això pot passar a l'inici del tractament, mentre no haguem establert el vincle. Ara bé, quan ja haguem treballat força temps amb aquest infant, hem de poder saber si realment no vol continuar la teràpia o bé els pares l'han convençut per raons personals, econòmiques, logístiques o d'altres. Sigui com sigui, haurem de fer alguna sessió amb l'infant per poder valorar el treball fet fins al moment, quina ha estat la seva evolució i acomiadar-nos per tancar la teràpia d'una manera apropiada, encara que sigui prematurament.

Sempre que finalitzem un teràpia és important fer una **sessió de tancament amb l'infant** on podem valorar conjuntament la seva evolució, els canvis que ha fet i els canvis que han incorporat els seus pares, com ha afectat aquest progrés el seu benestar i la manera de relacionar-se amb el seu entorn.

Paral·lelament, també hem de fer una **sessió de cloenda amb els pares**. Per suposat, els hem de donar l'opció de poder contactar amb nosaltres sempre que ho necessitin.

2. Situacions complexes en la teràpia

Cada teràpia i cada cas és diferent, tot i que molts casos poden presentar un quadre clínic similar o una estructura familiar del mateix estil. L'experiència ens permet trobar l'enfocament més adequat per a cadascun dels nostres pacients. Ara bé, hi ha situacions que generen una alerta i que requereixen que hi posem tota la nostra atenció, energia i recursos. En aquest apartat, presentem alguns exemples de situacions complexes.

- **Situació 1**

Una nena de cinc anys presenta un elevadíssim nivell d'ansietat. Li costen els canvis, mostra ansietat quan se separa de la mare, presenta pors (als globus, a quedar-se sola, a parlar amb desconeguts, als gossos...), dificultats de relació amb els adults, rigidesa cognitiva... Ja ha fet un tractament a CDIAP i CSMIJ. El primer dia de sessió la nena no pot separar-se de la mare i fem una sessió conjunta per a coneixe'ns. A la sessió següent, la nena crida i plora amb un punt d'histerisme quan li comentem que la mare ha de marxar.

En aquesta situació cal crear el vincle amb la nena a partir de la mare; per tant, haurem de plantejar sessions amb mare i filla. Començarem comunicant-nos amb la mare i enviant missatges a la nena, i li donarem temps perquè agafi confiança i vulgui interactuar amb nosaltres, primer amb la mare al davant i, de mica en mica, a soles.

- **Situació 2**

Una nena de vuit anys mostra dificultats a l'hora de relacionar-se amb iguals i adults, ja que la seva comunicació verbal és agressiva. Pateix neuroblastoma des dels quatre anys, i ha passat per tractaments de quimioteràpia intermitents. Sovint presenta mal de cap a l'hora d'anar a escola (somatització).

Aquest cas és molt delicat, ja que hi ha un procés de malaltia greu sense pronòstic clar. És important treballar amb ella amb molta flexibilitat i, alhora, animar-la a participar en les activitats de la seva edat que pugui dur a terme, com anar a escola, ja que, dins de la seva malaltia, li aportaran certa normalitat vital.

- **Situació 3**

Un nen de vuit anys presenta encopresi i canvis d'humor sobtats. El primer dia de sessió arriba enfadat i no vol entrar a la consulta. Es queda a la sala d'espera amb la terapeuta, llença joguines i repeteix frases de disconformitat.

En aquest cas és important demostrar al nen que l'entendem (no ens coneix), a la vegada que posem uns límits (no deixarem que trenqui res ni que es faci mal). Normalment, quan senten escoltats i respectats, aquests nens es relaxen i acaben entrant a la sessió, tot i que només sigui a jugar. Si més no, ja s'ha establert un cert grau de vincle.

- **Situació 4**

Un adolescent de catorze anys mostra una apatia extrema, manca d'il·lusió, se sent sol, la tristesa l'ofega... A les sessions no parla, manté la mirada baixa, no interactua amb nosaltres.

En aquest cas, és important reforçar el vincle amb el terapeuta mitjançant tècniques i activitats vivencials que poden ajudar-nos a connectar amb ell, tant si es fa amb activitats plàstiques (dibuix, manipulació de textures, fang...) com si es fa amb música, jocs... Per altra banda, és recomanable buscar suports externs a amb la família i els amics i, si cal, fent activitats en grup. Tanmateix, en ocasions, és aconsellable complementar la teràpia amb un tractament farmacològic.

- **Situació 5**

Un adolescent amb trets psicòtics comença a desconnectar-se de la realitat i hi ha la possibilitat que acabi patint un brot psicòtic. Aquest adolescent se sent perdut i desbordat; no entén què li passa.

Aquest adolescent necessita que l'acompanyem a conèixer aquests fantasmes, que li transmetem que confiem en ell i que aprofitem els recursos treballats per posar-los en pràctica. Si cal, podem recomanar una revisió del tractament farmacològic.

- **Situació 6**

Un dels pares no s'implica en la teràpia.

Cal indagar per saber quin és el motiu d'aquesta actitud: estil educatiu, manca d'implicació, delegació de tasques familiars, caràcter submís... En tot cas, és important donar-li la paraula i intentar que participi mínimament. Li podem demanar el seu parer i, si respon que ja està tot dit, que ho expliqui amb les seves paraules. El més important és que se senti inclòs en la teràpia, encara que no estigui preparat per intervenir-hi. Així doncs, a les reunions amb els pares, i també a l'anamnesi, el farem partícip de la teràpia donant-li la paraula, reforçant la seva figura parental, acompanyant-lo gestualment amb missatges d'empatia. De vegades, la manera d'establir el vincle amb aquest pare/mare és conversant sobre temes aliens a la teràpia (la seva feina, la seva família, els seus *hobbies*, el temps...) (Cornejo, 2014).

També pot passar que la complexitat a l'hora de concertar una sessió amb els pares tingui una explicació clara (per exemple, incompatibilitat amb els seus horaris laborals). En aquest cas hem d'intentar adaptar-nos a les seves necessitats horàries, sempre que sigui factible fer una reunió presencial sense perjudicar cap altre pacient. Però si la raó real és la manca d'implicació (moltes vegades ho posen de manifest quan arriben just en el moment d'iniciar la sessió o quan venen a recollir el seu fill/a), cal que recordem la necessitat de fer un treball conjunt per tal que l'evolució del tractament no es vegi afectada negativament.

- **Situació 7**

Un dels pares no accepta la teràpia.

Legalment, només podem fer teràpia amb el consentiment de tots dos progenitors. Per tant, si un dels pares no ens autoritza a fer el tractament, tot i que vulguem ajudar aquell infant, només podem fer l'avaluació i, en tot cas, treballar amb l'altre progenitor donant-li pautes.

- **Situació 8**

Un adolescent que arriba tard constantment i que, en el moment de finalitzar la sessió, verbalitza informació rellevant.

La impuntualitat constant indica clarament que la teràpia no acaba de funcionar, segurament perquè l'adolescent o la seva família no donen prou valor a les sessions.

Si el responsable d'aquest retard és l'adolescent, hem de parlar-ho amb ell, conèixer-ne les raons i pactar la manera de poder aprofitar la sessió. Segurament, si sent que ho tractem amb ell directament, sense fer que els pares hi hagin d'intervenir, se sentirà respectat com a persona i respondrà de manera positiva. En aquest sentit, tenim un gran aliat en l'ús de les noves tecnologies de comunicació, que no hem de desaproveitar.

Si la responsabilitat dels retards recau sobre els pares, hem d'entendre que no volen o no poden implicar-se totalment a la teràpia o bé que tenen un funcionament poc adequat. Per una banda, és interessant parlar amb l'adolescent per saber com se sent (potser considera que arribant tard no pot aprofitar bé la sessió, li molesta que aquesta situació es repeteixi en altres activitats com anar a l'institut o al futbol). Per una altra, és necessari parlar amb la família i recordar que la sessió té una durada determinada. Si arriben tard, el temps de treball s'escurça i resulta més complicat treballar còmodament. Se'ls ha de fer entendre que no podem allargar les sessions, perquè ens hem compromès amb altres pacients i cal respectar l'horari de cadascú (Cornejo, 2014).

Finalment, hem de tenir en compte que l'adolescent necessita un temps per explicar i sentir-se escoltat, encara que no expliqui aspectes rellevants per la teràpia. L'ajuda a relaxar-se i a sentir-se bé. Ara bé, hem de poder treballar els aspectes terapèutics. En ocasions, els adolescents donen informacions rellevants en l'últim minut de la sessió (com ara, «El cap de setmana vaig fumar un porro»). En aquests casos, caldrà dedicar uns minuts a indagar sobre la revelació i es remarcarà que el tema el tractarem més extensament a la sessió següent per poder-lo tractar amb temps suficient.

- **Situació 9**

La informació que ens dona l'adolescent activa una alerta, com una ideació suïcida o un possible brot psicòtic. (Cornejo, 2010)

En el cas que un nen/adolescent ens faci comentaris relatius a la **ideació suïcida**, l'hem d'escoltar amb seriositat. És important que li oferim un espai on pugui exposar aquests pensaments i que l'ajudem a elaborar-los amb la intenció d'evitar que aquest suïcidi es porti a terme. Si no ens veiéssim amb cor de treballar aquests pensaments amb ell, és imprescindible que el derivem a un altre professional, perquè si no en parla, la possibilitat de consumir el suïcidi pot augmentar.

Sempre que ens parlin d'ideació suïcida cal avaluar el risc real que es porti a terme el suïcidi. En cas que valorem que hi ha un risc real, s'ha de pactar amb ell que no el consumirà. Així mateix, en cas que entre sessions tingui ganes de fer un intent, hem de pactar que ens trucarà per poder parlar-ne, amb la

finalitat de poder activar els serveis d'emergència que calgui. Tanmateix, el risc de suïcidi implica que s'ha de trencar la confidencialitat amb el pacient i avisar els pares d'aquest risc.

Si l'adolescent presenta un possible **brot psicòtic** cal ajudar-lo a sentir-se escoltat i a calmar la seva angoixa, causada per les sensacions i/o pensaments que el pertorben. Necessita confiar i nosaltres li hem de transmetre que confiem en ell i en totes aquelles estratègies que hem treballat al llarg de les sessions. Aquesta confiança li permetrà fer front a aquestes idees i sentir que el seu món no es s'enfonsa. Complementàriament, és indispensable fer una sessió amb les pares i tractar en quin moment es troba el seu fill/a, de manera que també coneguem la seva visió i puguem orientar-los sobre com han d'acompanyar-lo. Una de les pautes haurà de ser derivar cap a una visita amb el psiquiatre per a revisar el tractament farmacològic.

2.1. Derivació d'un pacient a un neuropediatre o a un psiquiatre infantil

Sempre que considerem necessari complementar el nostre diagnòstic o les nostres dades amb més informació, hem de recórrer a professionals d'altres especialitats.

En ocasions, fem derivacions a un neuropediatre perquè, des de la seva especialitat i amb les proves que pot fer, ens ajudi a determinar el diagnòstic, sobretot quan és complicat el diagnòstic diferencial. Vegem-ne alguns exemples:

- El nostre pacient pot presentar sentiments d'aïllament greus que poden derivar-se d'una depressió/ansietat/esquizofrènia.
- Detectem una forma de funcionament social peculiar que pot respondre a un TEA o a un trastorn de personalitat.
- Les dificultats socials i emocionals d'un pacient amb altes capacitats poden confondre's amb simptomatologia de la síndrome d'Asperger.
- Detectem un control dels impulsos molt pobre, fet que pot causar dificultats socials importants i que pot tenir l'origen en un TDAH, un trastorn de conducta o un trastorn d'ansietat.
- Detectem un alt nivell d'impulsivitat que pot ser un símptoma de TDAH o d'un trastorn de personalitat límit (TLP) o d'una histèrica.

La derivació a un psiquiatra infantil és la darrera opció, ja que la derivació implica la possibilitat d'iniciar un tractament farmacològic.

Normalment, aquesta derivació es porta a terme quan el patiment del pacient és exageradament gran i necessita un suport farmacològic per a poder assimilar i aplicar els aspectes treballats a la teràpia. Posem per cas un brot de tics en un infant amb Tourette.

Altres casos

Un infant que reiteradament es fica el dit a l'anús el derivarem quan hàgim descartat que pateix alguna infecció o fongs que li provoquin picor o coïssor.

Un infant de vuit anys que encara presenta episodis d'enuresi diurna el derivarem quan hàgim confirmat que el seu aparell urinari funciona correctament.

3. Causes d'aquestes situacions

3.1. Sentiments i pors del terapeuta

La teràpia és una interacció entre dues persones en què l'una necessita ajuda i l'altra l'ajuda a superar determinades pors, neguits..., a modificar conductes, estils d'afrontament, etc. Per aquest raó, perquè es tracta d'una relació interpersonal, hem de ser conscients de la nostra pròpia persona, ja que, com a terapeutes, no hem de permetre que les nostres pors, inseguretats i preocupacions interfereixin en el bon funcionament d'una teràpia.

Hem de tenir present que, com a persones que som, podem sentir **por**.

Cornejo (2010)

Possibles causes de por del terapeuta:

- Por de no portar bé el cas, de no saber donar resposta a les qüestions plantejades per les famílies, de no detectar aspectes importants.
És imprescindible que deixem de banda aquests neguits i ens centrem a atendre el nostre pacient. Hem de preparar a consciència cada sessió, la qual cosa comporta plantejar l'espai (no és el mateix tractar un nen que un adolescent o un adult), dedicar-li plenament i conscient tota l'atenció possible, sense que interfereixin en la relació les pròpies emocions.
Cal plantejar-se la manera d'acollir el pacient a l'inici de cada sessió (per exemple, parlant sobre el cap de setmana) i confiar la vocació i capacitat que, com a terapeutes, tenim d'ajudar els altres.
És recomanable demanar la supervisió d'algú amb més experiència que ens pugui pautar i assessorar, especialment durant els primers anys de professió. D'aquesta manera, el nostre pacient podrà sentir-se segur, plenament atès i acollit.
- Por de sentir-nos reflectits en algunes vivències de què parla el pacient.
Si la nostra faceta emocional i personal comença a fer-se veure en la teràpia podem comprometre-la, ja que la nostra atenció no estarà dirigida plenament al pacient. Per aquesta raó, és recomanable, tal com s'indica en algunes orientacions teòriques, que com a éssers socials i emocionals realitzem una teràpia personal prèvia a exercir de terapeutes. Aquest treball ens permetrà separar els nostres processos psicoemocionals dels del pacient i la seva família. Però si, tot i haver fet la teràpia, considerem que emocionalment no podem abordar la teràpia i no som capaços de resituar-nos com a terapeutes, hauríem de derivar el cas a algun altre professional.

- Por de pensar que la informació que hem de retornar als pares no serà la desitjada i que, per tant, podran reaccionar de manera incòmode per a nosaltres.

La nostra responsabilitat ens obliga a vetllar sempre pel benestar del pacient. Si la informació que cal donar als pares és necessària, però sabem que no serà ben rebuda per la família o un dels pares, hem de desplegar totes les nostres habilitats assertives per a intentar garantir que sigui ben entesa i donar-los temps perquè puguin desenvolupar-la i assimilar-la. Possiblement haurem de fer reunions successives per anar treballant la conscienciació i l'acceptació de la realitat «psicològica» del seu fill/a.

- Por de no poder establir una relació correcta amb el pacient i de pensar que no serem capaços d'atendre'l correctament.

En primer lloc, ens serà més fàcil apropar-nos al pacient si fem servir l'empatia i mirem de comprendre'l, amb tot el que comporta el fet de parlar amb un desconegut (psicòleg) perquè tens un problema/trastorn... També cal donar-li temps. A vegades és més productiu dedicar unes sessions a jugar o a parlar sobre temes intrascendents com a via de coneixement mutu i per guanyar-nos la seva confiança que no pas entrar directament a treballar objectius terapèutics.

També pot passar que ens trobem amb algun cas en què per motius d'incompatibilitat personal i la relació de vinculació sigui francament complicada. En aquest cas, és aconsellable replantejar-se la derivació a un altre psicòleg. Posem alguns exemples en què la vinculació amb l'infant pot ser difícil:

Exemples de vinculacions difícils

- Un infant de deu anys amb trastorn negativista desafiant sempre dona respostes socialment correctes a la teràpia. Com que això no permet treballar les emocions, arriba un moment en què la sensació és que les sessions estan buides.
 - Un infant de set anys que presenta rigidesa cognitiva i física no col·labora, no participa en cap activitat plantejada i evita parlar dels seus sentiments. Els progenitors expliquen totes les situacions que ha viscut l'infant i els factors col·laterals. Sentim que no tenim més recursos per apropar-nos-hi.
 - Un infant de deu anys amb TEA, la família del qual deixa de confiar en nosaltres, ja que la tutora ens desautoritza indicant que des de la teràpia no podem donar pautes per a casa. El tractament es veu afectat.
- Por de no haver encertat amb la teràpia adequada quan constatem que, després d'uns mesos de sessions, l'evolució no ha estat prou significativa. Pot passar que calgui reavaluar el cas per a resituar-nos-hi i replantejar els objectius de la teràpia. En definitiva, que considerem necessari reorientar el tractament. Si hem arribat a aquesta situació, tot i haver emprat tot els recursos propis, haver rebut assessorament d'altres companys psicòlegs i, fins i tot, d'haver estat supervisats per un terapeuta expert, és recomanable derivar el cas a un altre psicòleg. En aquest cas, és aconsellable oferir opcions a la família perquè ho entenguin com una continuació del tractament i no com un «tornar a començar».
- Tampoc no és recomanable fer una hipòtesi del cas amb precipitació, ja que cada cas és únic i es defineix per múltiples aspectes referents a la persona i al seu entorn (família, relacions, etc.). En aquest sentit l'anamnesi, i les

sessions posteriors, ens aportaran la informació necessària sobre la situació actual de la persona (motiu de consulta) i factors del seu desenvolupament i el seu passat que poden haver facilitat o incidit en el tractament.

3.2. Sentiments i pors dels pares. Demandes i expectatives

El fet que una família (progenitors, tutor) demani una consulta psicològica generalment indica que és una persona preocupada, sensibilitzada i implicada en el desenvolupament de l'infant. Tot i això, a vegades ens trobem que aquella persona se sent sobrepassada per la situació, pot no entendre quina és la funció del psicòleg-terapeuta o bé busca unes solucions que no li podem oferir, almenys en un primer moment.

En aquest sentit, cal tenir present els passos que hem de seguir:

- Hem d'ajudar la família a entendre que nosaltres valorem el cas i plantejem uns objectius de treball des d'un punt de vista professional. Per tant, les sessions no tenen com a finalitat aconsellar, sinó treballar uns objectius i donar pautes a la família perquè puguin treballar-les a casa i reforçar el tractament.
- Ens hem de coordinar amb l'escola per complementar i focalitzar els esforços, però mantenint cadascú el seu espai de treball. Cada professional (psicòleg, mestre) té unes funcions i és important coordinar-se i no encavalcar-se, amb l'objectiu que els pares i el nen/adolescent sàpiguen a qui recórrer en funció del tipus de neguit que manifesti. En aquest sentit, el mestre ha de vetllar pel desenvolupament del nen dins del món escolar, la qual cosa implica el rendiment acadèmic, l'autonomia en les tasques escolars i la relació amb els iguals i amb els adults (mestres i altre personal no docent). La funció del psicòleg, per la seva banda, és guiar i acompanyar el nen/adolescent i la seva família per a resoldre una situació que genera malestar, o per a aplicar tècniques i recursos per compensar algun trastorn, per a aprendre nous models de relació que afavoreixin el benestar de l'infant...

El treball multidisciplinari és molt enriquidor per a l'infant, ja que se sent comprès i acompanyat en diferents àmbits de la seva vida, i per al professional, ja que el fet de tenir una visió més àmplia d'aquest nen/adolescent permet oferir-li eines molt més adequades a les situacions que ha de viure.

- Hem d'assumir estrictament les responsabilitats pròpies de la teràpia i no permetre que els pares deleguin en nosaltres les seves. Podem trobar-nos casos en què els pares exigeixen uns resultats o ens demanen que parlem amb l'adolescent sobre aspectes estrictament familiars que no formen part

del tractament. Com a professionals, hem de saber reconduir la demanda i retornar-los aquesta tasca, tot oferint el nostre suport en la mesura que s'ajusti a les possibilitats que tenim a les sessions.

La nostra funció tampoc no és donar consells, sinó elaborar situacions i oferir recursos per poder resoldre millor d'altres que se'ls presentin.

De vegades, els pares ens fan demandes pròpies de l'àmbit escolar. En aquest cas, els hem de recordar que els aspectes de caire acadèmic els han de comentar amb el tutor/a. Sí que podem oferir-nos per tractar algun d'aquests temes quan ens coordinem amb la mestra, ja que, com hem dit abans, ens interessa tenir la màxima informació de l'infant en els diferents àmbits de la seva vida.

Cal recordar també que nosaltres som responsables de la teràpia i, per tant, tot i que ens demanin que no tractem algun aspecte per por de fer patir l'infant (en realitat ens demanen que el sobreprotegim), anirem treballant els objectius plantejats respectant sempre el ritme de l'infant:

- Si ens trobem amb uns pares que es plantegen una possible separació, és important que tots dos se sentin acollits en el nostre espai, ja que tots dos són pares del nen/adolescent que estem tractant, però no podem treballar la separació fins que els pares no decideixin fermament dur-la a terme, ja que podria tractar-se d'una crisi temporal o bé podrien prendre la decisió de separar-se però no fer-ho efectiu fins més tard per qüestions diverses. Per tant, podrem treballar aspectes del funcionament familiar i la relació i interacció entre els membres de la unitat familiar atenent a la situació actual de la família. El que no hem de fer mai és prendre part en aquesta separació.
- Podem trobar el cas que un dels progenitors acapara una part important de la sessió parlant dels seus problemes. Tot i que aquesta informació pot ser útil per al tractament, hem de tenir present (i fer-ho evident amb l'afectat), que la nostra atenció (la teràpia) està focalitzada en el nen i, per tant, la sessió l'hem de dedicar a parlar de la seva evolució, les seves dificultats, allò que ja ha integrat i el que hem de continuar treballant.
- Podem trobar que uns pares estiguin angoixats per un altre fill. Com en el cas anterior, és una informació que ens pot interessar per a la teràpia, però com a psicòlegs només atenem un dels fills. En aquest cas, els podem oferir una altra sessió per parlar d'aquest altre fill i, si cal, derivar-los a un altre professional per a tractar-lo.

3.3. Resistències dels pares

- Podem trobar-nos pares que no acceptin el diagnòstic que hem fet (pares negadors), sigui per la gravetat del trastorn, sigui perquè no estan preparats per assumir que necessiten un suport especialitzat. En aquest cas, un dels principals objectius ha de ser ajudar la família a assumir el diagnòstic

tant com sigui possible i amb el temps que necessitin. Aquesta situació sol donar-se amb pares de nens petits diagnosticats de TEA, per exemple.

Exemple

Un pare no accepta que la seva filla de vuit anys presenti TDAH amb trastorn de conducta comòrbid, perquè té com a referent un familiar diagnosticat de TDAH que ha acabat en un reformatori, a centre de menors o a la presó.

- Hi ha pares que ens exigeixen un treball i uns resultats que no s'adeqüen a la realitat del cas. La nostra obligació i ètica professional ens porta a treballar amb els pares perquè acceptin quines són les nostres funcions a la teràpia, quins aspectes no ens poden delegar i, si cal, oferir altres opcions d'ajuda més ajustades a les seves demandes/expectatives.
- Podem trobar pares que presentin unes expectatives que no s'ajusten al cas del seu fill/a. Podem considerar que aquest fet constitueix un símptoma del cas, ja que afecta el funcionament familiar, la relació entre pares i fill/a i, per tant, la persona a la qual estem acompanyant. Considerem molt important que els pares puguin reflectir i verbalitzar una imatge positiva del seu nen/a amb la finalitat que les expectatives s'ajustin a la capacitat i possibilitats de l'infant.

Exemple

Un pare que contínuament emet missatges negatius del seu fill («No col·labora», «No és autònom», «No s'esforça...»). En aquest cas cal treballar amb el pare la importància de valorar els trets positius del seu fill i fer que sigui conscient que els canvis requereixen temps, acompanyament i paciència.

- Hi ha pares que se senten responsables del malestar i del patiment del seu fill/a (horaris de feina, dificultats econòmiques, responsabilitats extremes amb els avis, un altre fill/a amb un trastorn...) i aquesta angoixa no ajuda l'evolució del tractament. Per aquesta raó és important ajudar-los a descarregar aquesta responsabilitat fent-los entendre com afecten aquests factors al seu fill/a i oferint-los pautes per poder introduir petits canvis en la dinàmica familiar que puguin ajudar a millorar la interacció i a fer aflorar sentiments més positius. A vegades, el fet de dedicar una estona a estar amb el fill, sense cap altre ocupació i/o pensament ajuda a millorar aquest sentiment.
- Hi ha pares que poden sentir-se culpables perquè presenten algun tipus de trastorn (TOC, trastorn bipolar, de personalitat...) i que pateixen per si el seu fill/a l'ha heretat. A vegades és la parella la que ens demana una sessió per comentar-nos que té por que l'infant hagi heretat algun dels trets «patològics» de l'altre progenitor.

No sempre podrem respondre a aquesta qüestió de manera clara, ja que hi ha trastorns que no poden diagnosticar-se fins a una determinada edat i, en conseqüència, alguns trets presents en la infantesa formaran part o no d'un trastorn en l'edat adulta; per tant, al llarg de la infantesa i de l'adolescència podem treballar aquest tret i valorar l'evolució per determi-

nar si realment pot determinar un diagnòstic (aquesta situació es dona sovint amb trets propis dels trastorns de personalitat). Ara bé, podem proporcionar-los una mica de calma i explicar-los que el fet de venir a teràpia ens ajudarà a treballar aquests trets. Si no són simptomàtics de cap trastorn podrem aconseguir una millora significativa. En cas contrari, haurem proporcionat a l'infant un conjunt d'eines i recursos que l'ajudaran a compensar aquells trets disfuncionals.

- Hi ha pares que tenen por de ser qüestionats i mostren una actitud defensiva. Potser mostrar una baixa autoestima o voler demostrar tot el seu potencial. Frases del tipus «Jo també sóc... i mira on he arribat», per exemple, ens indiquen la necessitat d'aquesta persona de sentir-se acceptada, i així és com l'hem de fer sentir, però també hem de fer-li valorar els inconvenients que ha patit al llarg de la vida per aquesta causa per tal d'ajudar-lo a entendre que pot oferir al seu fill l'opció d'aprendre recursos mitjançant la teràpia per a desenvolupar-se d'una manera més adequada i emocionalment més positiva.
- La personalitat de cadascun dels progenitors també determina com percep i com valora la situació del seu fill. Pensem en un infant de set anys extremadament polit i ordenat (no toca per edat). Uns progenitors autoexigents, molt disciplinats i organitzats ho valoraran com a molt positiu, mentre que uns no tan organitzats ho viuran amb angoixa.
- Podem trobar-nos progenitors que han passat per altres teràpies, més o menys frustrants, o que ja estan cansats d'anar de teràpia en teràpia. En aquests casos caldrà valorar molt clarament el seu esforç i la seva empena per buscar diferents opcions per poder solucionar una situació o tractar el seu fill. També cal explicar que cada professional, i dins de la psicologia cada orientació, té una forma de treballar i, per tant, segons el nostre funcionament vital ens sentirem més còmodes en un tipus de teràpia o en un altre. Aquest aspecte afecta directament la vinculació i, com hem dit al principi, l'èxit del tractament: si no hi ha vincle és difícil que la família i el nen interioritzin els recursos que els oferim i és relativament fàcil que abandonin el tractament.

D'altra banda, també cal fer-los conscients que, de ben segur, de cada teràpia han tret algun aprenentatge, encara que no els agradi.

És molt important que vegin que confiem plenament a poder ajudar el seu fill, que necessitem temps i la seva col·laboració, i que els informarem puntualment de la seva evolució i que, evidentment, estem a la seva disposició per comentar qualsevol dubte o neguit que els pugui sorgir.

Per descomptat, durant les primeres sessions haurem de cuidar especialment a aquests pares, oferint-los un somriure de comprensió, unes paraules de calma, un espai per compartir algun aspecte concret, un comentari positiu sobre la seva persona...

- Quan un dels progenitors no considera que el seu fill/a necessiti teràpia, el primer pas és aconseguir que vingui a les sessions de pares, fer-lo partícip, implicar-lo i anar-lo fent conscient dels canvis positius que va experimentant el nen/adolescent i com repercuteix en el seu benestar psicoemocional. Si el tractem amb respecte i afecte, és relativament assequible que acabi acceptant explícitament el nostre suport.

3.4. Resistències dels infants

Podem trobar infants que no col·laborin inicialment en el tractament per raons diverses:

- Ningú els ha explicat el motiu pel qual han de parlar amb una persona estranya, el terapeuta. En aquest sentit, és important que a la primera sessió dediquem una estona a explicar-los què és un psicòleg (jo sempre els dic amb un to simpàtic «Una persona normal i corrent») i quina és la seva funció (bàsicament **ajudar-lo** a millorar en algun aspecte de la seva vida). Per tant, també cal explicar-li com ho farem, en què consistiran les sessions: farem dibuixos, parlarem de les coses que el fan sentir content/trist..., buscarem la manera d'aprendre a resoldre conflictes amb els iguals (o amb els pares)...
- Alguns no accepten les seves dificultats. Si no poden assumir-ho, cal fer un treball d'autoconcepte i d'autoestima previ per oferir-los una base sòlida sobre la qual poder treballar els aspectes menys positius d'ells mateixos. Si la no-acceptació es deu a un trastorn, la feina serà més complexa, caldrà fer un treball de psicoeducació per a ajudar-lo a entendre que la seva manera de funcionar a nivell personal, emocional, relacional està determinada per aquest trastorn.

Exemple

Un infant de dotze anys amb TGD que ens comenta que la seva àvia paterna ha mort i que ell no plora quan la gent es mor.

Com sempre, el primer pas és acceptar-lo tal com és («No passa res si no plores») i el segon, treballar amb ell el fet de comprendre que molta gent quan sent pena, plora, i que hem de parlar amb serietat i respecte d'aquests temes per no ferir els seus sentiments.

4. Conclusions

En el treball amb nens i adolescents la teràpia ha d'anar enfocada a treballar amb l'infant i també a donar pautes, eines i/o estratègies a la seva família. En aquest sentit, hem incidit molt en la necessitat d'establir un vincle de proximitat i confiança tant amb el nen com amb els pares. Aquesta vinculació es veurà facilitada si les pors i resistències de les diferents persones implicades (terapeuta, infant i pares) que puguin aparèixer es poden detectar, elaborar i resoldre:

- El psicòleg pot sentir-se poc capacitat per portar un cas, pot dubtar de l'evolució d'un cas, preocupar-se per les dificultats de comunicació amb un dels progenitors... En aquest sentit, un treball personal previ i l'assessorament d'altres terapeutes ens pot ajudar a superar i donar resposta a aquestes inquietuds.
- Els pares no sempre col·laboren i s'impliquen en el tractament de la manera que, per a nosaltres, seria més adient. No sempre és una qüestió de voluntat: pot passar que no entenguin la funció del psicòleg, que mostrin dificultats per acceptar el diagnòstic del seu fill, que presentin unes expectatives massa elevades cap a la teràpia, que mostrin dificultats per respectar el ritme del seu fill, que presentin altres preocupacions rellevants (sentiments de culpabilitat, preocupació per un altre fill/a, neguit per si l'infant ha heretat un trastorn de l'altre progenitor...), etc. Aquestes pors i resistències s'han de recollir en el pla de treball com a objectiu de la teràpia i s'han de tractar de manera directa mitjançant les sessions amb pares, i de manera indirecta, mitjançant missatges o pautes que podem donar al final d'una sessió amb el nen (*feedback*).
- Els infants, per la seva banda, poden mostrar-se reticents a iniciar una teràpia, perquè no coneixen el motiu de fer-la o bé no saben què és un psicòleg ni en què consisteix un tractament psicològic. També podem trobar-nos infants que no accepten les seves dificultats. En tot cas, el primer objectiu sempre ha de ser guanyar-nos la seva confiança, encara que sigui dedicant unes quantes sessions a jugar –si és un nen petit– o a parlar de temes diversos (música, videojocs...) –si es tracta d'un adolescent–, alhora que li expliquem en què el podem ajudar i com ens agradaria fer-ho (*di-buix, roleplaying...*).

Per acabar, hem volgut presentar alguns exemples de situacions que, per la seva complexitat, poden considerar-se difícils d'abordar. El plantejament d'aquestes situacions té com a finalitat recordar que l'abordatge de cada cas ha de ser ampli, tant en el sentit de tractar aspectes referents a diferents àmbits

personals i socials com a la necessitat de tenir el suport dels pares i d'altres professionals, un supervisor o un psiquiatre que s'encarregui del diagnòstic diferencial i/o del tractament farmacològic.

Bibliografia

Cornejo, L. (2014). *Manual de terapia gestáltica aplicada a los adolescentes*. Bilbao: Editorial Desclée de Brower.

Cornejo, L. (2010). *Cartas a Pedro. Guía para un psicoterapeuta que empieza*. Bilbao: Editorial Desclée de Brower.

Cornejo, L. (2008). *Manual de terapia infantil gestáltica*. Bilbao: Editorial Desclée de Brower.

