
Casos de l'orientació humanista, nens/es de 0 a 6 anys

PID_00247697

Nerea Larumbe Navarro
Zenaida Aguilar Vijande
María Beúnza Valero
Cristina Fumàs Verdeny

Temps mínim de dedicació recomanat: 2 hores



Índex

Introducció.....	5
1. Cas 1. Acolliment i adopció d'un bebè de 9 mesos.....	9
1.1. Identificació del pacient	10
1.2. Motiu de consulta	10
1.3. Història de N.	10
1.4. Objectius i metes	11
1.5. Anàlisi i descripció	11
1.6. Orientació	12
1.7. Resum del procés	13
1.8. Reflexió	15
2. Cas 2. Problemes de conducta a l'escola.....	17
2.1. Identificació del pacient	17
2.2. Motiu de consulta	18
2.3. Història de desenvolupament	18
2.4. Anàlisi i descripció	20
2.5. Exploració i hipòtesi diagnòstica	20
2.6. Impressió diagnòstica	23
2.7. Objectius i metes	23
2.8. Intervenció amb el nen	24
2.9. Treball amb els pares	27
2.10. Seguiment.....	28
Bibliografia.....	29

Introducció

Fases del procés

Els processos terapèutics que veureu a continuació segueixen un model d'intervenció per fases inspirat en la formació de Traumateràpia Infantil Sistèmica de Jorge Barudy i Marjorie Dantagnan (2009), i en el model de treball de la Teràpia Sensoriomotriu creada per Pat Ogden (Ogden i Fisher, 2016), tots dos sòlidament cimentats en la neurobiologia interpersonal, la neurociència i les recerques sobre trauma i aferrament. Es tracta d'un marc general d'intervenció que ens ajuda a entendre que hi ha una fase inicial que permetrà que el procés es vagi desenvolupant de forma fluïda i segura, i unes indicacions d'allò que seria millor deixar per al final.

Aquest model té en compte la **integració** com a base del procés terapèutic, i per a això hem de seguir els camins del nostre cervell. L'objectiu és aconseguir la integració horitzontal i vertical. En aquest sentit, sabem que, a nivell molt global, d'una banda, tenim un **hemisferi esquerre** que ens ajuda a pensar de manera lògica i a organitzar els pensaments; i, per l'altra, un **hemisferi dret** que ens ajuda a experimentar emocions i a interpretar els senyals no verbals. Es tractarà de reforçar que la lògica de l'hemisferi esquerre pugui treballar bé amb les emocions de l'hemisferi dret i així aconseguir una integració: aquesta seria la visió horitzontal.

D'altra banda, Siegel i Payne (2012) ens parlen de l'existència d'una via vertical en la qual el nostre cervell funciona a tres nivells. El **cervell inferior o cervell reptilià** (tronc encefàlic) és el més primitiu. S'encarrega dels reflexos i respostes innates, com la respiració o el parpelleig. El **cervell emocional** (sistema límbic) està en el segon nivell, sent l'encarregat de processar les emocions intenses. En aquest nivell tenim l'amígdala, l'alarma que detecta els perills. Finalment està el **cervell superior** (neocòrtex), on tenen lloc els processos mentals més complexos, com el pensament, la imaginació i la planificació.

Per generar una integració vertical buscarem que la part superior pugui supervisar les accions de la inferior i contribuir a aplacar les reaccions extremes, els impulsos i les emocions originades en aquesta part; i, al seu torn, buscarem que les decisions es prenguin tenint en compte les aportacions de les emocions, els instints i el cos.

A la recerca d'aquesta integració global treballarem les fases següents: regulació i estabilització emocional, apoderament i autoestima, i redefinició i integració.

Fase 1. Regulació i estabilització emocional

En primer lloc, posarem el focus en la regulació i estabilització. Abans de començar a treballar amb els esdeveniments més dolorosos, haurem d'aconseguir crear una estabilitat que permeti un treball profund posteriorment. Amb aquesta finalitat és fonamental la relació de sintonia del terapeuta amb el nen. El terapeuta, amb les seves actituds genuïnes de comprensió, acceptació i no judici, anirà facilitant la construcció d'un vincle segur amb el nen. A partir del moment en què el menor se sent «escollat», comprès i respectat, va confiant a poc a poc en la figura del terapeuta i també augmenta la seva motivació per treballar i obrir-se més en les sessions. L'acompanyament i la validació emocional que realitza el terapeuta des del començament, i que mantindrà fins al final, ajuda al nen a anar identificant, comprenent i expressant les seves emocions i també la seva relació amb les seves sensacions corporals internes, amb els seus pensaments i amb les situacions externes.

Així mateix, el terapeuta anirà fent explícits els recursos que ja posseeix el nen i anirà descobrint més. Amb aquest reconeixement i consciència emocional el nen podrà tolerar cada vegada millor les seves emocions i fer-ne una gestió més adequada. Algunes vegades aquest procés és llarg i difícil i haurem de dedicar-li molt de temps. És millor no anar de pressa, perquè seria perjudicial i a la llarga ralentiria el procés.

En aquest primer moment treballarem amb els pares, tutors i professors per expandir aquest acompanyament emocional al seu entorn i que d'aquesta manera es pugui aconseguir una major estabilització d'una forma més ràpida i efectiva.

Fase 2. Apoderament i autoestima

Una vegada aconseguida aquesta estabilització, passem a una segona fase que podem anomenar d'apoderament i autoestima. Mirarem d'aconseguir que el nen augmenti la comprensió d'ell mateix, les seves capacitats, les seves dificultats, els seus mecanismes d'afrontament, els disparadors que l'afecten... En definitiva, que s'entengui i s'estimi més. També facilitarem que explori i practiqui noves formes de resposta més constructives i lligades al present. En aquesta part recolzarem aquestes noves conductes i, sobretot, aquesta nova visió més confiada en si mateix i en el seu entorn.

Fase 3. Redefinició i integració

A la tercera fase treballem la integració de la seva història de manera que pugui donar-li un sentit constructiu. És important que arribi a comprendre tot allò que ha viscut, la relació que les seves experiències passades tenen amb el seu present i com pot projectar-se d'una forma diferent i més lliure cap al seu futur.

Aquesta última part del procés arriba després d'haver aconseguit en les fases anteriors una estabilitat i seguretat en els seus propis recursos i un coneixement molt més profund i amable d'ell mateix. Arribats a aquest punt, intenta-

rem que el nen aconsegueixi aprofundir en temes complexos i amb molta càrrega emocional alhora que es manté present i és conscient dels seus recursos. L'acompanyarem a resignificar la seva història fent ús d'una nova narrativa per recordar les seves vivències.

També abans de finalitzar farem un repàs de tot allò realitzat durant les sessions perquè el nen pugui prendre consciència de tot el procés, dels canvis que ha aconseguit i com ho ha fet. És important perquè pugui valorar i celebrar els seus assoliments i així reforçar i assentar els canvis que ha arribat a fer. Veure des d'aquesta perspectiva amorosa tant la seva vida com el procés terapèutic l'ajuda a una comprensió més global i integrada de qui és. Durant el tancament explicarem que sempre podrà tornar a teràpia si més endavant ho necessita. Deixar aquesta possibilitat oberta, encara que no arribi a necessitar-la en molts casos, dona seguretat i també reconforta.

1. Cas 1. Acolliment i adopció d'un bebè de 9 mesos

El cas que presentem a continuació fa referència a N., un petit de deu mesos. N. neix a una família amb dificultats per fer-se càrrec d'ell. Passa els seus primers quatre mesos en un entorn de negligències afectives severes fins que és retirat de la seva família biològica. Es tracta d'una separació difícil i viscuda amb una gran ansietat. Llavors N. passa a viure amb una mare d'acolliment que és capaç de veure per tot allò que N. ha passat, ho entén i sap mirar el seu món intern. Té un objectiu clar: ajudar-lo en el temps que es quedi amb ella, acompanyant-lo, sintonitzant amb ell i donant-li recursos en la mesura que pugui perquè, quan arribi el moment definitiu de conèixer la seva família adoptiva, pugui fer front a la nova separació.

Jorge Barudy i Marjorie Dantagnan (2009) diuen que el **vincle** és una predisposició biològica de buscar i mantenir la proximitat del cuidador per assegurar la supervivència, sobretot en situacions de perill. Quan un nen neix en un entorn que li ofereix un context confortable i segur, té com a base uns referents competents que ofereixen respostes coherents i consistents a les seves necessitats. Això significa que el nen pot anar regulant les seves necessitats, ja que hi ha un adult per qui sent afecte que el protegeix i li ofereix allò que necessita. Què passa quan això no funciona? Què passa si ploro i no ve ningú? Què passa si ploro i em responen només a vegades? O si em responen agressivament? La por es dispara, ja que el bebè se sent totalment vulnerable i dependent d'uns adults que no el poden regular. Així, entra en la desesperació d'aconseguir establir-se, o bé desconnectant o bé fent crides de socors cada vegada més elevades. Aquí s'inicia la lluita d'activar tots els recursos que tingui per cridar la seva atenció, amb una por intensa a causa de la falta de seguretat, i deixant de banda l'exploració del context i les possibles relacions. Si això es perpetua en els primers anys, els fonaments del desenvolupament del nen seran inestables, s'anirà construint sobre ells i això farà que la casa trontolli. Aquí neix la inclinació insegura. Siegel i Payne (2012) afirmen que la manera en què interaccionem amb els nens quan estan alterats afecta considerablement al desenvolupament del seu cervell i, per tant, al tipus de persones que són i seran.

Els nens que han viscut diferents tipus de maltractaments a la seva primera infància no posseeixen un record o memòria explícita d'allò que els va succeir; totes les seves experiències corresponen majoritàriament a sensacions doloroses de privació, estrès i dolor físic, i s'inscriuen en la memòria implícita. Aquests records no es poden verbalitzar perquè el cervell en aquestes etapes del seu desenvolupament no pot simbolitzar el que li succeeix, per la qual cosa l'experiència es manifesta per mitjà de comportaments o manifestacions conductuals específiques. Tot això té conseqüències importants a nivell estructural en el cervell i fa molt més difícil la regulació emocional. Barudy i Dantag-

nan (2009) expliquen que per sort la neurociència ha demostrat que això no és un determinisme inamovible: el cervell infantil és plàstic i els danys són reparables amb un context confortable.

1.1. Identificació del pacient

Nom: N. **Edat:** 10 mesos. **Sexe:** Masculí

Família: Retirada de la família biològica als quatre mesos. Passa per família d'acolliment d'urgència fins als deu mesos. Traspàs a família adoptiva. Tot això està gestionat per l'ICCA.

ICCA

L'Institut Català de l'Acolliment i de l'Adopció (ICAA) és l'organisme que s'encarrega de fer i tramitar els processos d'acolliment i adopció a Catalunya. S'hi realitzen les valoracions d'idoneïtat de les famílies que opten a aquests processos. Una vegada acceptades al programa, es realitzen les sessions de formació a aquestes famílies i es busca un menor per a elles. Per mitjà de l'ICAA es farà el traspàs i el seguiment del procés d'adaptació. En aquest cas vam mostrar un exemple de com es realitza un procés de retirada-acollida-adopció.

1.2. Motiu de consulta

La mare acollidora d'urgència de N. acudeix a nosaltres per buscar recolzament en com acompanyar a N. en el procés d'adaptació, per conèixer les dificultats de N. i poder fer la recomanació pertinent a l'hora de realitzar el canvi de referents quan arribi el moment de l'adopció.

1.3. Història de N.

N. és un nen de deu mesos que porta en l'acolliment familiar des dels quatre mesos. La mare acollidora diu tenir informació sobre antecedents familiars de consum de substàncies per part de la mare biològica, i resultat positiu en la prova del VIH i hepatitis C. Hi ha la sospita de la presència d'altres antecedents mèdics i possible violència de gènere. Sabem que la mare va seguir un tractament antirretroviral (ARV) durant l'embaràs. Això va fer que tot i que els anticossos de la mare estiguessin presents en néixer i donés positiu, aquests anticossos desapareguessin i s'obtinguessin resultats negatius actualment.

N. va sofrir una retirada traumàtica de la mare biològica, amb un alt nivell d'estrès i ansietat. Va presentar dificultats d'adaptació a la família acollidora: patró desregulat en l'alimentació, somni, canvis de posició i rutines. No presentava contacte ocular, es feia cops amb el puny per adormir-se i plorava desconsoladament durant hores. Presentava hipotonia en extremitats i hipotonia axial als deu mesos. Se'l deriva al Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç (CDIAP), on han treballat conjuntament fisioteràpia, neuropediatria i psicologia. La impressió diagnòstica des del CDIAP en l'actualitat, segons informe, és un retard psicomotriu lleu.

Es realitzen diferents sessions amb els pares biològics de N. durant aquests mesos. A totes les sessions, explica la mare d'acolliment, N. no deixa de plorar i no hi ha manera de calmar-lo.

1.4. Objectius i metes

Objectius generals:

- Realitzar avaluació de N.
- Psicoeducació de la mare acollidora.
- Orientar a la mare acollidora i als tècnics d'ICAA perquè el traspàs a la família adoptiva es realitzi respectant i protegint les necessitats de N.
- Psicoeducació i orientació als pares adoptius.

Objectius psicoeducació:

- Teoria del vincle.
- Tipologies d'inclinació.
- Implicacions de l'estrès en el cervell i desenvolupament del nen.
- Eines de connexió i sintonització.
- Eines de regulació.

1.5. Anàlisi i descripció

Basant-nos en tot allò observat o verbalitzat per la mare acollidora, podem comprovar la presència d'una dificultat de regulació important en el nen. N. va arribar a la família acollidora sense tenir integrats els ritmes bàsics de somni, alimentació i rutines. No hi havia contacte ocular i s'observava una manca d'estimulació, ja que no responia als estímuls que se li presentaven.

Els sistemes tàctil, vestibular i propioceptiu es presenten poc integrats, sent la hipersensibilitat en el tacte la qual resulta més evident. Es mostra molt sensible a la temperatura (de la llet, l'aigua en el bany...) i a les textures (certes robes, contacte amb la cara...). És també per mitjà d'aquest sistema tàctil que es pot arribar a regular, en exercir certa pressió en braços o cames (per mitjà de massatges) o amb el contacte pell amb pell. Quan es desregula i no hi ha ningú al costat, o quan dorm, intenta estabilitzar-se fent una autoestimulació (donant-se copets al cap).

Va costar, segons expliquen, que s'adaptés a la família d'acolliment, ja que es desregulava amb molta facilitat. A poc a poc la mare d'acolliment va començar a ser el seu referent i necessitava estar en presència constant d'ella. Viu amb molta ansietat qualsevol separació i s'han observat regressions quan aquestes separacions han tingut lloc.

Tots aquests fets mostren un alt nivell de desorganització, presentant una tendència d'inclinació ansiosa ambivalent. L'ansietat ambivalent mostra la necessitat de l'altre per regular-se, per la qual cosa la demanda i el contacte físic és imprescindible per a l'estabilitat. La desorganització que presenta N. ens retrata les manques que ha sofert i ens avisa de la seva vulnerabilitat.

1.6. Orientació

Com hem comentat anteriorment, N. presenta unes dificultats que ens fan posar de manifest diversos aspectes importants que s'han de tenir en compte en el seu procés de desenvolupament.

En primer lloc, és de vital importància treballar per reduir aquesta desorganització i aconseguir interioritzar els ritmes biològics bàsics. Per a això serà necessari un context estable i congruent que ajudi a presentar un patró previsible. Es recomana ser rigorós en aquests aspectes, sobretot els primers mesos. Això implica mantenir horaris i rutines constants, no generar canvis bruscs i respectar molt els estats emocionals del bebè.

Un altre aspecte a tenir en compte és la presència de la hipotonia d'extremitats i la hipotonia axial. Tal com recomanen des del CDIAP i el seu osteòpata, és necessari continuar amb el treball de fisioteràpia i osteopatia per avançar en el desenvolupament psicomotor i poder ajudar-lo a desenvolupar els nivells que fins ara han estat retardats. L'autonomia i estabilitat arribaran sempre que respectem els seus espais, temps i descansos, i no afegim més estrès i ansietat. Quan realitzem un exercici o postura que li costi, és important estar atents a la tolerància de N. en aquest moment. Si no respectem el seu espai o temps, sortirà del seu rang i es desregularà, ja que no serà capaç de suportar l'estrès. Això només genera una regressió, no un avanç; per aquesta raó hem de ser cautelosos i anar acompanyant-lo perquè sigui capaç d'anar tolerant el seu propi ritme.

Com dèiem presenta una hipersensibilitat al tacte, per la qual cosa l'ajudarà que anem amb compte amb el contrast de temperatures (llet, aigua en el bany...) i que no li posem robes o coses que el molestin a la cara. Als moments de desregulació l'ajuda sentir certa pressió a les extremitats, la qual cosa li facilita la seva volta a la seguretat i tranquil·litat.

D'altra banda, és imprescindible entendre el patró d'aferrament que presenta N. i la seva falta de regulació. Com hem anat comentant, els nivells d'estrès en els seus primers mesos han estat molt elevats, generant així una hipersensibilitat dels sistemes defensius. Això es tradueix en el fet que presenta un sistema emocional (límbic) més sensible, que detecta més perills i el fa viure en una sensació d'hipervigilància constant. El patró d'aferrament ansiós ambivalent respon a aquesta hipervigilància, necessitant el contacte amb el seu referent en tot moment per evitar la seva desregulació. Si el referent no està present, es desregula i es dispara tot el seu sistema defensiu, augmentant encara més

la seva ansietat. És per això que seran importants els temps que utilitzem en els canvis. Quan el nen visqui una situació estressant, se li activarà el seu sistema defensiu i plorarà, es posarà rígid i costarà calmar-lo. Això és una resposta normal i adaptativa que hem de conèixer per entendre millor l'estat de N. i ajudar-lo a anar sentint-se més segur. Serà més favorable per a ell fer els canvis de manera progressiva i anar acompanyant-lo i esperant la seva estabilització. Per aquesta mateixa raó, es va posar èmfasi en què en el canvi de referents es tinguessin en compte els aspectes comentats i que el procés es realitzés amb una adaptació progressiva.

1.7. Resum del procés

- Retirada d'urgència de N. i traspàs a la família acollidora. Avisen a la família acollidora amb poc temps i juntament amb la policia van al domicili a fer la retirada. És molta l'angoixa per part de la mare biològica i del bebè. La mare acollidora verbalitza que va ser difícil, ja que la situació era desbordant.
- Adaptació a la família acollidora. Com hem anat explicant, la mare acollidora explica que N. va arribar sense tenir integrats els ritmes bàsics de somni, alimentació i rutines. Explica que transmetia pànic constant, mostrant-se molt reactiu i amb poca capacitat de connexió. No responia a estímuls i no seguia el contacte ocular. La mare acollidora explica com al cap d'un mes N. responia totalment als estímuls i com la reactivitat anava disminuint.
- Visites amb els pares biològics. Es van realitzar algunes visites amb els pares biològics, però N. no deixava de plorar, estava rígid i no aconseguien relaxar-lo.
- Després de la resolució oficial, reunió amb l'ICAA per conèixer a N. i buscar la família més aconsellable per a ell. En aquesta trobada –segons explica la mare acollidora– es va intentar fer veure a les referents d'ICAA la necessitat de fer un traspàs més perllongat i progressiu; permetent que la família acollidora acompanyés al petit a la seva nova llar perquè conegués el nou espai des d'un referent vincular segur.
- Visita de comiat als pares biològics. Després que els pares biològics van ser informats de la resolució que el seu fill entrava en procés d'adopció, es realitza una última visita amb el petit perquè es puguin acomiadar d'ell. És un moment difícil, ja que, tot i que les circumstàncies els impedeixen fer-se càrrec del seu fill, no sempre poden ser conscients d'això i es realitza en contra de la seva voluntat. Les treballadores de l'ICCA expliquen que N. no va deixar de plorar, com a les sessions anteriors.
- Troben una família i se cita per al primer dia de pla de traspàs. El traspàs s'inicia amb la reunió de les dues famílies (acollidora i adoptiva), el petit i amb les respectives treballadores. La mare d'acolliment explica: «És un moment molt estrany, ja que d'una banda està tota l'emoció que comporta el coneixement del seu fill per part d'uns pares que porten gairebé sis anys esperant aquest moment; i d'altra banda, és tot una mica artificial, ja que aquesta trobada no es pot fer en la intimitat sinó davant de tres

referents de l'administració. Per al petit també és un moment estrany, ja que de sobte es troba enmig del seu ambient amb cinc nous adults que estan pendents d'ell. Per sort, quan van arribar, N. acabava de dormir-se i vam poder conèixer-nos i fer-nos preguntes, i quan es va despertar el petit, de seguida van marxar totes les treballadores i es va poder crear un clima de més intimitat».

- Traspàs. En aquest cas, la família acollidora, l'adoptiva i l'equip de l'ICAA estaven molt conscienciats de les necessitats de N., per la qual cosa es va poder fer un traspàs progressiu. Es va fer un inici de dos dies en els quals els pares adoptius passaven el dia amb el petit i la família acollidora. En aquest temps s'inicia el traspàs de referent vincular, fent més partícip a la mare adoptiva a l'hora de donar el biberó, adormir-lo, banyar-lo, canviar-li els bolquers o jugar amb ell. El tercer i quart dia els pares adoptius van passar la nit amb la família acollidora, per així potenciar més el traspàs de referent i que poguessin estar presents al moment més complicat: la nit. La mare d'acolliment explica: «La primera nit va presentar un episodi de desregularització, despertant-se, plorant en bucle i sense que hi hagués manera de calmar-lo. L'acompanyem jo i la mare adoptiva, amb paraules suaus, el massatge... El més important va ser que aquest moment el poguéssim viure les dues mares juntes i poguéssim anar agafant més protagonisme la mare adoptiva». La mare adoptiva era cada vegada més protagonista i l'acollidora podia anar passant a un segon pla. N. es va mostrar content, en alguns moments s'estressava o es posava nerviós, però s'anava regulant. D'aquesta manera, a poc a poc i respectant moltíssim el seu ritme, N. va anar coneixent els seus nous pares, i els pares coneixent el seu nou fill.

El quart dia es va fer el traspàs de domicili. La mare acollidora va acompanyar al petit, perquè el trasllat a un nou espai desconegut el realitzés amb el seu referent de seguretat. Els pares van agafar total protagonisme referent a la «cura» del petit, però es va poder comptar amb l'ajuda de la mare acollidora per a moments en els quals el petit es pogués inquietar. Aquest primer dia va servir per conèixer el nou espai i també per conèixer les persones més properes del nucli familiar (avis i oncles). La mare acollidora explica: «Per a N. suposava dormir en un nou llit, menjar en un nou espai, banyar-se en un altre bany, etc. Era tot un repte. De tot es van encarregar els pares, encara que nosaltres estàvem presents. A la nit es va despertar una primera vegada plorant molt, però la mare el va poder acompanyar fins que es va calmar i no va ser necessari que jo acudís. Les següents vegades que es va despertar van ser les normals de sempre (per menjar, xumet, girar-se, etc.). Va ser una gran tranquil·litat veure que s'adaptava d'una manera tan fantàstica».

- Sessió amb els pares adoptius. Es realitza una sessió de presentació amb la mare acollidora i la família adoptiva. També es realitza un **treball de psicoeducació** i d'acompanyament, en el qual es forma els pares adoptius en la teoria del vincle i les seves tipologies, les respostes i mecanismes de defensa dels nens, l'efecte dels alts nivells d'estrès en el cervell infantil, les diferents eines que es tenen per poder apropar-se i anar fent més gran la

finestra de tolerància dels petits, etc. Al seu torn, es treballen les pors que els poden sorgir als pares adoptius durant tot el procés.

- Traspàs espaiat. Els següents tres dies es van donant més espais als pares on estan amb N. sense la mare acollidora. El primer dia la mare acollidora apareix solament una estona al matí i a la tarda. El segon dia es repeteix el patró anterior, però els temps són més breus. La mare acollidora explica: «Era genial anar veient que N. es trobava tranquil, relaxat i content, i que si en algun moment es posava una mica nerviós, els pares podien fer-se càrrec procurant-li un referent clar d'amor i seguretat».
- Comiat. Després de rebre la visita de les referents de l'ICAA per fer el seguiment, es determina que N. està tranquil i content, per la qual cosa es proposa que es realitzi el comiat. Decideixen organitzar alguna cosa una mica més íntima, un dinar. «És un moment molt emotiu per a tots. Estem molt feliços de com ha anat tot el procés i de com de bé s'adapta N. a la seva nova llar», explica la mare acollidora.
- Sessions de seguiment amb els pares adoptius. Acompanyament en el qual es mira d'anar buscant en comú respostes als dubtes que sorgeixen.

1.8. Reflexió

A partir d'aquest cas podem aprofundir en dos conceptes relacionats amb l'avanç: la supervivència i l'afrontament. En aquest sentit, Jorge Barudy i Marjorie Dantagnan (2009) defineixen la **resiliència** com la capacitat d'un nen per enfrontar els desafiaments del seu creixement i desenvolupament. És possible gràcies a les seves qualitats cognitives, afectives i relacionals, les quals són el resultat de les seves interaccions confortables amb adults competents que funcionen com a tutors de desenvolupament i promouen les capacitats resilients primàries. N., en aquest cas, ens mostra aquesta capacitat de sobreposar-se i aquesta plasticitat cerebral, ja que malgrat les seves grans dificultats de context, sap readaptar-se i aprendre a reduir la sobreactivació del seu sistema defensiu. El seu plor desconsolat, la seva rigidesa corporal i la seva pèrdua de la mirada van anar remetent, aconseguint la regulació i la seva estabilització. Tot això en gran part és gràcies a ell, a la seva pròpia predisposició biològica de buscar i mantenir la proximitat del cuidador per aconseguir vincular-s'hi i poder sobreviure.

L'altre concepte és el de **tutors de resiliència**. Luis Rubio i Gemma Puig (2015) fan referència a aquest terme, encunyat per Boris Cyrulnik, i expliquen que els tutors de resiliència són aquelles persones, instàncies o grup, aquell lloc, esdeveniment o obra d'art que provoquen un renéixer del desenvolupament psicològic després del trauma, que per a la persona en situació de vulnerabilitat són el punt de partida per intentar reprendre o iniciar un altre tipus de desenvolupament.

Aquest és un cas que ens va omplir de satisfacció, ja que ens va permetre conèixer a N., un petit valent i resilient, i a grans persones i professionals amb les quals vam compartir l'objectiu comú d'acompanyar i oferir a N. les ajudes que

necessitava a cada moment, d'una manera sintonitzada i empàtica. Grans tutors de resiliència que, gràcies a l'acolliment i adopció, ofereixen l'oportunitat a N. de créixer en un context afectiu i segur.

2. Cas 2. Problemes de conducta a l'escola

En aquest cas parlarem de P., un nen de cinc anys que presentava un comportament inadequat a l'escola. S'observaven conductes desafiadors importants, cap a mestres i companys, i certs comportaments rígids que van preocupar a la mestra i van fer que es recomanés un suport psicològic extern a l'escola. A més, el nen tenia petits accidents de micció a la nit i moltes pors, cosa que angoixava els pares.

Aquesta família va visitar altres professionals abans d'acudir a nosaltres i venien amb un llistat de diagnòstics. No els convencien aquests diagnòstics, per la qual cosa demandaven una avaluació més completa. Després de realitzar l'avaluació psicològica concloem que les dificultats de comportament de P. estaven relacionades amb una dificultat de regulació emocional. Es va abordar el cas des d'un enfocament humanista integratiu, incloent tècniques cognitiu-conductuals i de joc narratiu, i realitzant en paral·lel un treball amb pares i escola.

Es van realitzar sessions durant un curs acadèmic en el qual es van treballar les dificultats de P. en tres fases:

- 1) Estabilització i recursos de regulació emocional: es van treballar recursos de reconeixement, expressió i regulació emocional.
- 2) Apoderament i autoestima: es van treballar aspectes d'autoestima i conductes alternatives.
- 3) Redefinició i integració: es van treballar els recursos personals, les habilitats socials i la relació interpersonal.

Paral·lelament, amb els pares es van reforçar les estratègies de regulació, vam treballar les pors i les preocupacions personals i vam fer canvis en les dinàmiques familiars.

En aquest cas, al seu torn, es va realitzar també un treball amb l'escola, oferint eines i reforçant els recursos de la mestra per comprendre la problemàtica de P. i modificar dinàmiques. Amb aquest treball conjunt es va aconseguir l'objectiu terapèutic: el benestar i regulació emocional del menor.

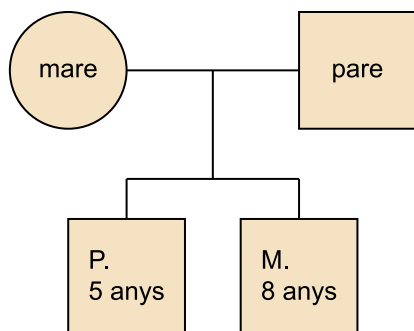
2.1. Identificació del pacient

Nom: P.

Edat: 5 anys.

Sexe: Masculí

Curs: P5 (últim curs d'Educació Infantil)



2.2. Motiu de consulta

Els pares de P. acudeixen preocupats per les conductes que P. presenta a l'escola. Els van cridar l'atenció en el curs anterior a causa que presentava patrons molt desafiadors cap a professors i companys. Cridava l'atenció constantment a classe, trencava coses, pegava a professors i companys i, quan no li sortia algun exercici, s'escapava. Feien referència també a certa rigidesa en alguns aspectes (temes repetitius o «obsessió» per certs objectes). A casa, els pares veien a P. com un nen tossut i ansiós, però no tenien tants problemes. Sí que deien que en aquell curs P. feia més «ximpleries» de nen petit, intentava cridar l'atenció constantment i havia tornat esporàdicament a fer-se pipí a les nits.

Des de l'escola i amb el psicòleg amb el qual treballa l'escola, van proposar un diagnòstic de l'espectre autista a causa d'aquesta rigidesa en alguns casos i en els punts de desregulació en l'entorn escolar. Els pares no estaven d'acord i van demanar una segona opinió.

2.3. Història de desenvolupament

Naixement. P. és el segon germà de la família. Va ser un embaràs planejat i els pares no parlen de cap complicació en l'entorn familiar. Sense dificultats en el part.

Alimentació. Lactant fins als nou mesos i sense cap dificultat en l'alimentació.

Somni. Dorm sense problemes des de bebè.

Control d'esfínters. Sense dificultats. És a la fi de P4 quan el nen comença a tenir accidents de micció a les nits. Cada vegada que això passa, la mare perd els nervis, la qual cosa provoca que succeeixin més.

Llenguatge. Comença suport logopèdic a primer de primària perquè hi ha alguns sons que no pronuncia bé i té dificultats amb la lectoescriptura.

Desenvolupament motor. És un nen fort i àgil. Li agrada molt el bàsquet i la bicicleta. És més maldestre en la motricitat fina, però és l'esperable per a la seva edat.

Socialització. Bona relació social amb els nens fins a P3, on comencen les conductes disruptives a l'aula. Fora de l'escola els pares no presenciaven dificultats. Expliquen que li agrada manar i de vegades pot tenir alguns problemes si no segueixen les seves normes, però no al nivell de l'escola.

Primers anys d'escolarització. Els pares expliquen que P. va començar el col·legi molt content. No va presentar dificultats d'adaptació. En el primer curs d'infantil (P3) una companya de classe va morir. Va ser un moment difícil i expliquen que la professora va acompanyar els nens en el procés de dol.

En aquestes edats (3-6 anys) els nens creuen que la mort és temporal i reversible i interpreten de forma literal qualsevol explicació que els donem sobre la mort. La fundació Mario Losantos De Camp va publicar una guia per al duel infantil on s'explica això (Cid, 2011).

Segons l'opinió dels pares, es va mantenir molt present a la nena durant tot el curs escolar i va ser quan van començar a veure canvis d'actitud en P. Va començar a tenir certes pors a la nit i als estels (ja que la nena era un estel) i va iniciar un període d'ansietat a anar a escola. Durant aquest curs van començar les regressions a l'aula i els avisos de mal comportament. Les pors els van treballar des de casa com a part del duel i van remetre. El nerviosisme i la mala conducta a classe han anat en augment.

El curs següent, la mala conducta a l'escola va anar a més. Cada vegada que es frustrava sabotjava la classe, interrompia a la professora i pegava. Segons deia l'escola, tenia obsessió amb les escombraries i els camions d'escombraries. Sempre jugava a això i es tirava les escombraries per damunt. L'escola tenia recursos econòmics, per la qual cosa van posar un reforç a l'aula que el pogués acompanyar fora de classe cada vegada que el nen es desregulava. Es complica la situació quan inicia els accidents de micció nocturna. L'escola veia trets d'autisme i van pressionar els pares a portar-lo al centre psicològic associat al centre. Els pares, tots dos professors, no comparteixen el diagnòstic d'autisme i demanen una segona opinió.

Dinàmica i característiques familiars

En tots dos progenitors hi ha antecedents d'ansietat. La mare diu haver tingut episodis ansiosos pels quals s'ha medicat. Actualment, a causa de la problemàtica de P., ha tornat a la medicació. El pare explica que era policia i va tenir diversos episodis d'ansietat, per la qual cosa després d'una baixa llarga, va deixar la feina. Actualment és professor de secundària i fins que no ha co-

mençat aquesta etapa de dificultats de P. no ha tornat a medicar-se. En aquests dos últims cursos ha augmentat l'ansietat en tots dos progenitors, fent que hi hagi discussions i crits gairebé diàriament. Els pares expliquen que estan desbordats perquè no entenen què li passa a P. i cada vegada que fa alguna ximpleria s'encenen d'ira. El pare té por que P. tingui autisme, ja que treballa a secundària amb alguns casos complicats d'autisme, i a la mare li preocupa que P. tingui dificultats cognitives.

2.4. Anàlisi i descripció

Quan arriben a la primera sessió la situació està desbordada. Els pares presenten simptomatologia ansiosa elevada. Tots dos estan medicats i tenen molta por. Verbalitzen que tenen la sensació de tenir un «monstre» de fill i no saben com parar la situació. Des de l'escola pressionen fent avisos diaris del mal comportament del nen i P. cada vegada presenta més pors cap a les represàlies a casa sobre el seu comportament. Es realitzen quatre sessions d'avaluació amb P. i dos amb els seus pares.

2.5. Exploració i hipòtesi diagnòstica

D'acord amb el motiu de consulta, avaluem si P. presentava trets de l'espectre autista o símptomes de desatenció, hiperactivitat i negativisme desafiant. Paral·lelament, avaluem la inclinació i regulació emocional.

Amb la finalitat d'aconseguir una impressió diagnòstica completa, es van recollir certes proves psicomètriques realitzades a l'escola MSCA (McCarthy,¹ 2006) i es van realitzar algunes de projectives. Les tècniques aplicades durant l'avaluació psicològica van ser les següents: SCQ per a pares (Rutter, Bailey i Lord, 2003), qüestionari per a detecció d'alumnes amb trastorn de l'espectre autista,² CBCL per a nens³ (Achenbach i Edelbrock, 1983), dibuix, joc lliure, caixa de sorra, dibuix d'HTP (casa-persona-arbre), dibuix de la família i CCH per avaluar la inclinació.⁴ Les proves psicomètriques realitzades per la psicopedagoga de l'escola mostren uns resultats dins del rang normatiu d'acord amb l'edat. S'obtenen puntuacions en el rang mitjà a totes les àrees, sent més altes les corresponents a les àrees verbals. Les puntuacions obtingudes en memòria són més baixes a causa de la dificultat de centrar-lo en la tasca. L'Índex General Cognitiu és de 104 (sent la mitjana 100 i l'interval de normalitat 85-115). Per tot això es descarten dificultats en les capacitats mentals.

El SCQ és un qüestionari que avalua les característiques principals de l'espectre autista al moment màxim de la seva expressió (4-5 anys) i posteriorment al moment de l'avaluació. A causa que P. tenia cinc anys en aquell moment, només realitzem la primera part de la prova. No s'obtenen puntuacions significatives. Solament puntuem de forma positiva els ítems relacionats amb interessos repetitius.

⁽¹⁾Les escales McCarthy permeten avaluar aspectes cognitius i psicomotors del nen per mitjà de cinc dimensions: verbal, perceptiu manipulativa, quantitativa, memòria i motricitat. A més inclou un Índex General Cognitiu.

⁽²⁾Qüestionari per a detecció d'alumnes amb trastorn de l'espectre autista, extret de la *Guia per a l'atenció educativa als alumnes i alumnes amb Trastorns de l'Espectre Autista* de la Junta d'Andalusia (2001).

⁽³⁾És un instrument que fan servir pares o professors per obtenir dades sobre la competència i els problemes conductuals i emocionals dels nens.

⁽⁴⁾L'objectiu d'aquesta prova és poder examinar la seguretat i la inseguretat del vincle que tenen els nens mitjançant cinc històries incompletes.

Respecte a la prova d'*screening*, obtenim alts els nivells d'impulsivitat, sent un tret que a aquestes edats pot ser explicat per moltes raons, entre elles la falta de regulació emocional. S'obtenen puntuacions significatives a les àrees d'ansietat.

Sessions d'avaluació amb P.

P. és un nen simpàtic que inicia la relació amb curiositat. En la primera sessió d'exploració va començar preguntant què podia tocar, què podia fer, què passaria si tocava l'estufa. Aquesta curiositat es va anar transformant a anar descobrint el límit, tocant una a una les coses que explicàvem que no es podien fer. Tot això des de la seva màxima connexió i mantenint el contacte ocular en tot moment. Va anar mirant els ninots, animals i figures una a una i les vam anar posant a la taula. De sobte, em va mirar i va anar empenyent lentament amb el dit una figura a la vora de la taula, mirant-me i esperant la meua reacció fins a deixar-la caure a terra. En unir-me jo també al joc, es va descol·locar. Va passar una estona observant i va anar directe a l'estufa a ficar els dits (es cremava). En parar-lo, va explotar, va cridar, i es va colpejar. Després d'acabar en contenció física, va poder dir que estava molt enfadat.

L'objectiu d'aquesta primera sessió va ser que sentís que era un espai segur, regulant-lo i mantenint els límits clars. Per a això, va ser important mantenir la sintonia i calma davant qualsevol provocació. P. necessitava explorar l'espai nou, i ho feia de la manera que sabia: portant al límit a l'adult per conèixer si era un espai segur o no. No perdre aquesta connexió amb ell, metacomunicant el que havia d'anar passant per la seva ment d'una manera conscient o inconscient (és un lloc nou, estic nerviós, no sé si serà segur o no...) i mostrar que aquesta explosió no ens desregularà a nosaltres és el que permet la seva estabilització.

A les següents sessions d'avaluació es va mostrar molt més tranquil. Sempre utilitzem el joc i el dibuix segons ell demanés, ja que era on més es relaxava. Va dibuixar llocs amb cotxes, explicant que el seu germà li havia ensenyat a dibuixar cotxes i estava content perquè li sortien bé. Va mostrar interès per aprendre a dibuixar camions o tractors, però presentava molta baixa tolerància a la frustració i quan un no li sortia a la primera, tornava als cotxes que ell sabia fer bé. En els dibuixos de l'HTP⁵ i la família⁶ observem dibuixos immadurs i senzills. Es dibuixava al mateix nivell que els pares i hi havia trets importants d'ansietat. El joc era molt desorganitzat, amb molta agressivitat física entre els ninots i molt destructiu. La caixa de sorra va ser difícil de realitzar pel mateix motiu. Representava lluites de manera molt desregulada, per la qual cosa va acabar ple de sorra i molt més excitat. Mostrava molta por al fet que expliquéssim als pares què passava dins de la sessió i en tots els jocs mostrava ràbia continguda. La sensació que era a punt d'esclatar a qualsevol moment es va mantenir durant tot el temps; s'observava com qualsevol petita frustració el feia enfadar. Es disparava cada vegada que jo feia bé una cosa, o cada vegada que ell s'equivocava. Presentava trets impulsius, una irritabilitat alta i rigidesa

⁽⁵⁾ Prova en la qual es dibuixa una casa, un arbre i una persona. J. Buck (2008). *HTP (Casa-Arbre-Persona). Tècnica projectiva de dibuix manual i guia d'interpretació*. Madrid: TEA.

⁽⁶⁾ Test projectiu de la família creat per Porot (1952) i modificat per Corman (1961).

corporal. En una de les sessions d'avaluació no li va sortir el dibuix com ell volia, així que va trencar el seu dibuix, el meu, i va anar a per el llum de paper que hi havia al costat. No parava de cridar «ho destrossaré tot», i va acabar dient «ho destrossaré tot perquè sóc dolent». Vam parlar d'això, i li vaig dir que a mi em semblava un nen bo que estava enfadat. Verbalitzava que ell era dolent, que tots ho deien i que era veritat. El fet de poder connectar amb ell, buscar la sintonització, no mostrar desestabilització davant la seva conducta i parlar de què li passava va ser la base perquè poguéssim iniciar una relació terapèutica positiva, amb una gran demanda de contacte físic i afecte que va facilitar molt el treball.

Explorem la inclinació amb el CCH (*Attachment Story Completion Task* [ASCT], Bretherton, 1990), una prova projectiva en la qual hi ha unes històries incompletes que el nen ha de continuar. Són històries relacionades amb l'autoconcepte, la base de seguretat, la relació amb els pares i la por a la separació. En aquestes històries vam poder veure com algunes d'elles acabaven amb alt grau d'agressivitat, amb desconexió emocional o amb destrucció dels escenaris. Presentava un autoconcepte molt negatiu, amb molta ansietat i ràbia continguda que no li permetia regular les situacions emocionals intenses. Mostrava una tipologia insegura, amb una tendència ansiosa-ambivalent.

En relació amb la mare, vam poder veure com cada vegada que venia a buscar-lo, P. es tornava a desregular. Això es va repetir en les quatre sessions d'avaluació.

Indicadors

- Bon rang d'expressions facials i bon contacte ocular.
- No hi ha excessiva rigidesa en els jocs o temàtiques, té els seus preferits, però accepta de nous.
- Baixa tolerància a la frustració.
- Dificultat de reconeixement i expressió emocional.
- Falta de regulació emocional.
- Autoconcepte i autoestima afectats.
- Ansietat elevada.
- Necessitat d'afecte excessiva.
- Molta irritabilitat i ràbia continguda.
- Alt nivell d'impulsivitat i reactivitat.
- Inclinació insegura, tendència ansiosa ambivalent.

Sessions d'avaluació amb els pares

En aquest cas, considerem que era imprescindible iniciar el treball amb els pares abans que amb el nen. En tots dos progenitors els nivells d'ansietat estaven desbordats, per la qual cosa realitzem primer dues sessions d'avaluació per descartar trets autistes o d'hiperactivitat, ja que era part de la seva demanda.

Amb relació a l'entrevista de competències parentals (Barudy i Dantagnan, 2010), observem una bona empatia i sintonització amb el nen quan les coses estan relaxades. Els dos progenitors, com hem comentat anteriorment, presenten una alta ansietat i dificultats per regular-se. Això fa que en les situacions en les quals el nen s'enfada o està nerviós, costi molt mantenir-se estables i regulats. Tots dos afirmen tenir dificultat per gestionar les situacions on han de posar límits. A més diuen tenir dificultats per jugar amb ell i els desborda la constant demanda del nen cap a ells.

2.6. Impressió diagnòstica

Mitjançant les exploracions realitzades, descartem l'espectre autista i observem que la base de les dificultats podia estar relacionada amb un component emocional i d'inclinació. La falta de regulació emocional i la perseverança de les seves conductes disruptives havien estat la manera que P. havia trobat per relacionar-se i cridar l'atenció dels adults. Presentava una alta ansietat i dependència de l'adult, tot i que l'atenció que presentés fos en negatiu. Per tot això, considerem que les dificultats anaven dirigides a la inseguretat d'inclinació (tendència ansiosa ambivalent) i a una dificultat de regulació emocional.

2.7. Objectius i metes

1. Objectius amb el nen

Fase 1. Estabilització i recursos per a la regulació emocional

- **Sintonització emocional.** Disminució de la simptomatologia reactiva i relaxació de les tensions del context (perquè el nen deixi de ser el focus del problema).
- **Autoobservació i autoconsciència.** Identificació d'emocions bàsiques, simbolització de vivències emocionals, identificació de conductes associades a emocions o pensaments.
- **Autorregulació.** Associació de l'emoció a factors contextuals interns o externs, increment de la tolerància de la desregulació, minimització de la necessitat de regulació externa.
- **Expressió verbal de les experiències internes.** Expressió d'experiències internes i desenvolupament de l'empatia.

Fase 2. Apoderament i autoestima

- **Funcions executives.** Treball orientat a l'abordatge de la impulsivitat, inhibició de les conductes reactives, tolerància en el retard de la gratificació immediata, assumpció de les conseqüències de les pròpies conductes, identificació de respostes possibles i alternatives.
- **Desenvolupament d'estratègies alternatives.** Detecció de mecanismes de defensa i elecció d'estratègies per combatre'ls, identificació de situacions disparadores, foment d'estratègies alteratives.

- **Creences/distorsions i visió d'ell mateix.** Detecció de capacitats i qualitats, fortaleces en si mateix. Introduir noves maneres de comportar-se, buscar espais i rols diferents en la família i l'escola.

Fase 3. Redefinició i integració

- **Tancament.** Reconeixement de la millora. Realitzar el tancament com alguna cosa positiva i apropiada a l'actual feina a la teràpia.

2. Objectius amb els pares

- Avaluació i reflexió de context.
- Avaluació de competències parentals.
- Sintonització, autoobservació, autoconsciència i autorregulació.
- Treball de pors i preocupacions.
- Apoderament.

2.8. Intervenció amb el nen

Fase 1. Estabilització i recursos per a la regulació emocional

L'inici de les sessions amb P. es van basar a **reduir la tensió i la rigidesa, creant una relació terapèutica positiva**. Es marcaven límits que no podia passar però se li donava la llibertat de triar jocs o activitats per realitzar. **Mitjançant el joc i el dibuix** s'anava relaxant i explicant les coses que li preocupaven. En aquestes primeres sessions P. reproduïa jocs o dibuixos molt repetitius (lluites, construcció de pàrquings, cotxes) i buscava el reconeixement positiu (un premi o una cara contenta, com feien a l'escola) per ensenyar-la a la seva mare i que no s'assabentés que s'havia enfadat o s'havia desregulat.

A causa que la tensió en el context era elevada, **es va treballar molt en aquesta primera etapa amb els pares** per aconseguir fer un canvi de focus. Gràcies a aquest treball, que expliquem a l'apartat de «Treball amb els pares», van aprendre a mirar a P. d'una manera diferent, la qual cosa va ajudar al fet que aquesta rigidesa i la por a la conseqüència disminuís.

Una vegada aconseguida la sintonització amb P. i la relaxació de context, vam poder començar el treball d'autoobservació i autoconsciència. Utilitzem una varietat de **jocs per al reconeixement i l'expressió emocional**. Qualsevol joc amb colors és utilitzable per a això. Solament es basa a associar un color a una emoció i utilitzar el joc com facilitador per parlar de les emocions pròpies o les dels altres, la qual cosa ocorre quan sentim aquesta emoció, i així fins a on vulguem expandir-ho.

Va costar que P. connectés amb les seves pròpies experiències. Reproduïa respostes apreses a aquestes emocions, però no era capaç de parlar d'exemples reals. Per això, utilitzem **tècniques de connexió amb el propi cos** i per mit-

jà del **mapa emocional** vam poder observar la dificultat de regulació que hi havia, ja que les emocions estaven totes barrejades. Aquesta tècnica, inclosa a Barudy (2011), es basa a acolorir les emocions en el cos del nen, fent d'enllaç entre les emocions i les experiències internes que el nen experimenta.

Treballem les emocions per separat, dibuixant-les, simbolitzant-les amb plastilina i representant-les amb teatres. La ràbia costava de gestionar, així que per ajudar-lo utilitzem el conte *Soy un dragón* (Robberecht, 2003). Aquest conte explica com un nen es converteix en drac quan s'enfada per coses petites; trenca totes les seves joguines i no vol abraçades de la seva mare. Amb el conte externalitzem la seva ràbia, la qual cosa va permetre treballar millor les seves pròpies experiències, ja que era el drac qui explotava i no ell.

A poc a poc, vam anar treballant també les experiències que el feien convertir-se en drac i els recursos que tenia per tornar a ser nen. Vam fer una activitat perquè es portés aquests recursos a casa, un clauer amb les diferents opcions de regulació que li permetien tornar a ser nen. El clauer tenia forma de gotes, ja que una manera per apagar el foc del drac era anar corrents a beure aigua.

Juntament amb el conte treballem el **semàfor de les emocions**. Aquest semàfor permet aprendre a veure quan estem tranquils (verd), una mica nerviosos, enfadats o excitats (groc) o quan explotem (vermell). La família va treballar molt el semàfor i el conte a casa, per la qual cosa vam poder anar introduint elements de regulació.

Els incidents de regulació van disminuir considerablement, tot i que en el col·legi seguia tenint algunes conductes disruptives cap a la seva tutora. Ens reunim diverses vegades amb l'escola per donar eines a la tutora, ja que tenia una visió de la problemàtica molt autorreferencial, cosa que feia que estigués a la defensiva. Es van realitzar dues sessions de psicoeducació sobre la regulació i la problemàtica de P. A la segona sessió es van treballar les dificultats que presentava, modificant les creences i distorsions pròpies i enfortint els seus recursos com a professora. A poc a poc va ser sintonitzant amb P. i utilitzant les eines com el semàfor o les gotes per ajudar-lo a regular-se en el context escolar.

Fase 2. Apoderament i autoestima

En aquesta segona fase iniciem el treball més específic de **funcions executives**. Per a això juguem a detectius, utilitzant una lupa i un barret, que representava que podíem mirar detingudament per ser conscients del que havia passat. La impulsivitat i la baixa tolerància a la frustració seguien sent els motius de conflicte principals, per la qual cosa vam proposar com a objectius els detonants més recurrents: l'espera dels torns, l'opció a rectificar en cas que per la impulsivitat hi hagués una resposta disruptiva i el fet de culpabilitzar a tercers. Per a això impliquem als pares i a la tutora i demanem que davant aquests tres disparadors es respongués igual en els tres contextos (casa, escola, teràpia). Va ajudar el treball de **psicoeducació** perquè P. i els altres entenguessin que les

respostes de P. eren defenses contra el perill. La idea que es vol transmetre és que, tot i que siguin perills percebuts (no reals), la resposta és de lluita, fugida o bloqueig. Si donem opció a rectificació i el fem conscient d'aquesta defensa, permetem que es puguin modificar aquestes conductes. Gràcies a això, P. va poder començar a assumir certa valoració d'autocrítica i va permetre modificar aquestes respostes.

Una de les tècniques que més resultat va donar va ser el **treball amb els vestits**. Aquesta tècnica consta d'unes cartes amb uns personatges disfressats que representen els mecanismes de defensa que els nens poden utilitzar. P. ràpidament es va reconèixer en la disfressa de víking, que representa el vestit d'atac sense reflexionar. Es va convertir en un joc el fet d'anar verbalitzant-li quan es posava el vestit de víking, i ell mateix ho va arribar a verbalitzar. Aquesta posada en consciència va disminuir notablement les respostes desmesurades.

Posteriorment treballem una tècnica que, juntament amb el conte del drac, va ajudar a parlar de les etiquetes que ell portava posades, les etiquetes que s'havia tret i les que volia mantenir. Per a això treballem el **joc dels meus superpoders**, en el qual es construeix amb goma EVA un superheroi amb els superpoders que el nen vol, connectant-los a la realitat. La força i el fet de ser bo era el que més reforçava P.

També reforcem l'autoconcepte amb l'**arbre de l'autoestima** on parlem de les capacitats que ell posseeix i què aconsegueix amb elles. Es van repetir conceptes com bon amic i fort, i que estava orgullós d'aconseguir «tenir amics», «que m'estimin» i «ser bo a bàsquet».

Les **caixes de sorra** van ser possibles ja en aquest punt, on era capaç de representar de manera més ordenada el seu món intern.

L'enuresi secundària va anar remetent. No la treballem directament, ja que des de la regulació emocional P. va guanyar seguretat i va disminuir la seva ansietat.

Fase 3. Redefinició i integració

Finalment, es van especificar els aspectes de millora, reconeixent el jo d'abans i el jo d'ara, fent registres a l'escola d'aspectes positius a l'aula, i reforçant positivament des de casa.

Aconsegum representar el «jo abans» i «jo ara», eliminant l'etiqueta de «nen dolent». Va representar el «jo abans» com Hulk, i el «jo ara» com un gosset. Aquesta tècnica projectiva, presa de Barudy i Dantagnan (2010), ajuda a poder aprofundir i integrar l'evolució.

Com acostumem a fer a les últimes sessions, construïm una **maleta** de cartró, on incloem tots els recursos (eines) que es van anar realitzant durant el procés terapèutic. Aquesta caixa la porta a casa per tenir aquests recursos a mà si era necessari. Vam fer un tancament amb els pares on ells van parlar de les millores de P. i el van felicitar per tots els aspectes treballats. Tot aquest esforç ho premiem amb un diploma que construïm amb ell.

2.9. Treball amb els pares

El treball amb els pares és fonamental per aconseguir una generalització i integració del que realitzem amb el nen. En aquest cas, vam estar treballant en paral·lel amb els pares perquè fossin capaços d'acompanyar a P. a casa.

Primer, vam veure la necessitat de reflexionar amb ells per aconseguir un context més favorable i positiu. Es va tractar de psicoeducar els pares en l'aspecte de l'enuresi i el seu component emocional, a més de en la dificultat de regulació que presentava el seu fill. Mitjançant el **pastís de responsabilitats** i el **pastís d'activitats**, incloses a Barudy (2010), vam veure que els perfils dels progenitors eren diferents. Es van realitzar tres sessions individuals amb cadascun i després vam seguir amb sessions cada mes i mig o dos mesos de manera conjunta. En aquestes sessions individuals abordem les dificultats de cadascun d'ells amb exercicis de competències parentals i regulació.

Treball amb la mare

La mare de P. és una dona molt disciplinada i cognitiva, per la qual cosa assumia un rol de normes, deures i bregues. Li costava tenir temps d'oci amb P. i, sense voler-ho, qualsevol activitat la convertia en una prova o examen per assegurar-se que P. no tenia dificultats cognitives. La lectura a la nit era una discussió diària, igual que qualsevol activitat de construcció, que acabava sent una avaluació de conceptes de sumes i restes. La por al fet que P. «no fos normal» l'aterrava i havia convertit la relació amb el seu fill en una lectura de cartilla diària. La seva elevada ansietat no ajudava, i l'angoixava la idea que repetís el curs, que anés l'últim de la classe o la critiquessin a l'escola per ser una mala mare. A més, sent mestra, li costava desconnectar i constantment associava qualsevol dificultat d'un alumne amb les dificultats de P.

Vam anar detectant aquestes pors una a una, i els detonants que feien que ella explotés. Amb el treball de l'**olla pressió** i de buscar recursos per regular-se, va anar sent capaç d'anar treballant les pors que li sorgien. Aquesta tècnica es basa a fer-nos conscients de les situacions que ens van cremant com si fóssim una olla i la necessitat de vàlvules de fuga per evitar l'explosió d'aquesta olla. Es pot utilitzar amb nens, però resulta molt útil també amb els pares (Barudy, 2011).

Dediquem tres sessions individuals amb ella per anar analitzant i redefinint la seva por al fracàs escolar del seu fill i a ser una mala mare, buscant estratègies de regulació i analitzant les connexions que ella feia amb la seva pròpia

història. Va ser necessari un treball més individual amb ella per aconseguir la sintonització i fer possible una anàlisi personal centrada en ella mateixa i no en el seu rol de mare que havia de tenir controlada la situació.

Treball amb el pare

El pare de P. és un home esportista i molt enèrgic. Això afavoria molt la relació amb els fills, ja que els portava amb bici o a jugar a bàsquet cada cap de setmana. Però a casa perdia els nervis amb facilitat. El desbordava no entendre les trucades d'atenció de P. i es plantejava constantment que el seu fill tenia «alguna discapacitat». Els accidents de micció nocturns ho disparaven i per evitar el conflicte s'aïllava en el seu estudi durant les hores que coincidia amb els nens entre setmana. El component d'absència del pare era viscut pels dos fills com a menyspreu cap a ells, per la qual cosa la demanda i el fet de voler agradar es disparava. P. constantment volia impressionar al pare. Els pares explicaven que el fill major estava tenint molts problemes a l'equip de bàsquet per bloquejos en els partits després de discussions amb el pare.

Amb el pare treballem molt la **psicoeducació** perquè pogués entendre el que li passava al seu fill i a ell mateix. Van aparèixer moltes resistències al treball amb psicòlegs i al treball personal. Presentava certes dificultats per a la connexió emocional, sent difícil el reconeixement i la gestió d'elles. Realitzem tres sessions individuals amb ell per abordar les seves resistències i pors. Va respondre bé a les tasques d'anàlisi personal, on reforcem recursos de regulació. Arribem a acords que va anar complint rigorosament. Es va pactar fer certes tasques escolars amb P., participar en activitats familiars amb els nens i fer dos dies a la setmana la lectura de la nit amb P.

Paral·lelament es van realitzar sessions conjuntes durant tot el procés terapèutic. Es va fer una mediació a nivell de dinàmiques i funcionament. Es van establir horaris de desconnexió per a pare i mare, es van dividir les activitats amb els fills i en família, i es van pactar tasques individuals per a cadascun d'ells. Després s'han anat fent sessions de seguiment cada mes i mig en les quals s'han revisat les pautes i les tasques pactades. Al seu torn, aquests espais han sigut per aclarir dubtes i poder resoldre petits conflictes quotidians.

2.10. Seguiment

Una vegada acabada la intervenció es van fer dues sessions de seguiment amb P., al mes i al segon mes. En aquestes sessions reforcem els recursos de la maleta i revisem si hi havia algun que necessitéssim més. Amb els pares s'han realitzat també sessions de seguiment, especialment en començar el nou curs acadèmic i fer el canvi de professora.

Bibliografia

Achenbach, T. M. i Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT: Queen City Printers.

Barudy, J. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre*. Barcelona: Gedisa.

Barudy, J. (2011). *La fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil. Manual y técnicas terapéuticas para promover la resiliencia de los niños, niñas y adolescentes*. Barcelona: Gedisa.

Barudy, J. i Dantagnan, M. (2009). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.

Barudy, J. i Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa.

Bretherton, I., Ridgeway, D., i Cassidy, J. (1990). *Assessing Internal Working Models of the Attachment Relationship: An Attachment Story Completion Task for 3-Year-Olds*. Chicago: University of Chicago Press.

Buck, J. (2008). *HTP (Casa-Árbol-Persona). Técnica proyectiva de dibujo manual y guía de interpretación*. Madrid: TEA.

Cid, L. (2011). *Guía para duelo infantil*. Madrid: Fundació Mario Losantos De Camp.

Federació Andalusia d'Associacions de Pares amb Fills Autistes (2001). *Guía para la atención educativa a los alumnos y alumnas con Trastornos del Espectro Autista*. Junta d'Andalusia.

McCarthy, D. (2006). *MSCA Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños*. Madrid: TEA.

Odgen, P. i Fisher, J. (2016). *Psicoterapia Sensoriomotriz. Intervenciones para el trauma y el apego*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Robberecht, T. i Goossens, P. (2003). *Soy un dragón*. Madrid: Edelvives.

Rubio, J. L. i Puig, G. (2015). *Tutores de resiliencia*. Barcelona: Gedisa.

Rutter, M., Bailey, A., i Lord, C. (2003). *SCQ Cuestionario de Comunicación Social*(adaptació espanyola: J. Pereña; P. Santamaría, 2005). Madrid: TEA.

Siegel, D. i Payne, T. (2012). *El cerebro del niño*. Barcelona: Alba.

