
Orientació psicodinàmica. Tractament focal

PID_00247983

Elisabet Cuatrecasas Capdevila

Temps mínim de dedicació recomanat: 2 hores



Índex

Introducció	5
1. Tractament focal individual	9
1.1. Premisses bàsiques	9
1.1.1. La relació d'objecte	10
1.1.2. El conflicte intrapsíquic	11
1.1.3. El símptoma	11
1.1.4. Els mecanismes de defensa	12
1.1.5. L'ansietat	12
1.1.6. Transferència	13
1.1.7. Contratransferència	13
1.2. Aspectes tècnics de la psicoteràpia focal individual	14
1.2.1. <i>Setting</i> (marc) extern	14
1.2.2. <i>Setting</i> (marc) intern: intervencions i actitud del terapeuta	14
1.3. Indicacions i contraindicacions	18
2. Tractament focal familiar	19
2.1. Premisses bàsiques	19
2.1.1. El símptoma	20
2.1.2. L'ansietat i els mecanismes de defensa	20
2.1.3. Transferència	20
2.1.4. Contratransferència	21
2.1.5. Finalitat del tractament focal familiar	21
2.2. Aspectes tècnics de la teràpia familiar focal	21
2.2.1. <i>Setting</i> (marc) extern	21
2.2.2. <i>Setting</i> (marc) intern: intervencions i actitud del terapeuta	22
2.3. Indicacions i contraindicacions	24
Bibliografia	25

Introducció

El perquè del treball focal

A títol introductorí cal exposar que actualment, sota el paraigües de la línia teòrica psicodinàmica, hi ha un ventall molt ampli de modalitats de tractament. En aquest mòdul no ens hi estendrem, però cal saber que aquesta informació es pot trobar a qualsevol bibliografia sobre aquest tema.

Bibliografia recomanada

Bofill, P. i Tizón, J. (1994). *Què es el psicoanàlisi*. Barcelona: Herder.

Creiem que una aplicació terapèutica indicada per a l'aplicació en institucions públiques és el **tractament focal**. Sovint aquesta tècnica és molt resolutiva en un període de temps relativament breu. Això és perquè és un tractament molt més profund que d'altres, ja que s'està ajudant a fer aflorar aspectes que es troben en estadis inconscients de la persona i, per tant, a desencallar el desenvolupament psicològic de la persona, probablement de manera definitiva, ja que s'ha accedit a capes molt profundes de la personalitat. Aquesta aplicació terapèutica pot donar-se en dos modalitats: tractament focal individual i tractament focal familiar.

Iniciarem l'exposició oferint quatre pinzellades de les característiques pròpies d'un nen en el **període de latència**. Seguidament ens centrarem a explicar de manera sintetitzada en què consisteix el treball focal individual i, finalment, el familiar. Per comprendre millor aquestes dues modalitats terapèutiques, prèviament aclarirem alguns conceptes que són els seus pilars teòrics. A mode d'exemple de tots els conceptes teòrics i de les eines psicoterapèutiques dels quals us parlarem, us proposem diverses vinyetes clíniques de diferents casos perquè sigui més clarificador.

Característiques del període de latència

Des del nostre punt de vista, no podem fer un tractament psicoterapèutic en un nen d'entre 6 i 12 anys si no coneixem prèviament les característiques pròpies d'aquest període. Per això, per començar, ens agradaria fer una breu exposició del que volem dir quan parlem de la latència, quins són els trets propis d'aquest període i quines són les particularitats dels seus tractaments psicoterapèutics.

Parlem de latència quan ens referim al període d'edat comprès entre els 6 i 12 anys (edat que correspon amb l'inici de la pubertat). Durant aquest període es produeixen molt canvis en el funcionament global del nen. De manera sintetitzada, diríem que el **seu funcionament està al servei d'adaptar-se al món exterior**. Ho observem en el fet que es tornen més independents dels seus pares, que estan més preocupats pel que diuen i fan altres nens. És a dir:

- Abandonen el joc simbòlic (joc d'imaginació). Aquest era un medi per elaborar i expressar els conflictes i el món fantasmàtic (les fantasies inconscients).
- Els seus interessos passen a ser impersonals: la lectura, l'escriptura, els jocs reglats, les col·leccions. Són activitats que estan al servei de les accions següents:
 - Allunyar-se dels seus conflictes. S'intensifiquen els mecanismes de defensa: passen a predominar els mecanismes de la repressió i els mecanismes obsessius. És l'edat de l'autocontrol dels instints, els desitjos i el afectes. Seguint Freud (1923), és l'edat en què els impulsos disminueixen per afavorir la consolidació del Jo i l'organització de les funcions superjoiques (Escario, 1985). **Parlem de període de latència perquè els impulsos estan en estat latent (no es manifesten).**
 - Aprendre les regles de comportament del món fora de la família (els jocs reglats serien un assaig per aprendre aquestes regles).
 - Comprovar com es van desenvolupant les seves habilitats motrius (esports, activitats manuals, jocs amb pantalles, etc.).
- No toleren que els pares els diguin el que han de fer, necessiten demostrar que ja ho saben i ser considerats responsables.
- Els amics passen a tenir molta més importància per ells que en etapes anteriors. Fan colles d'amics i mitjançant aquestes colles assagen la seva independència dels pares.
- Comencen a pensar per ells mateixos. Enforteixen les valoracions morals.

Tot i que les activitats pròpies d'aquestes edats estan més desproveïdes de fantasia, en realitat obren camí a l'inconscient si les considerem no només com una expressió de resistència, sinó com a material real (Klein, 1997). Ho veiem il·lustrat en l'exemple següent:

Cas 1: en Marc

En Marc és un nen de 9 anys que va venir a la meua consulta. El motiu de consulta pel qual va venir va ser una encopresi que s'inicià un any més tard del naixement del germà. Els pares em descrivien el germà com un nen simpàtic, rialler que encaramel·lava a tothom. En canvi, descrivien en Marc com un nen seriós i introvertit, molt perfeccionista i que no tolerava equivocar-se. Per això em deien que en Marc no havia manifestat cap sentiment de rivalitat cap al germà. En Marc no tolerava sentir sentiments que l'allunyaven d'aquest ideal perfecte d'ell mateix, com eren la gelosia i l'enveja. Per això feia sempre un joc repetitiu i monòton de cartes amb mi, a fi de no perdre el control i de no trobar-se en una situació en la qual emergissin aquests sentiments que ell vivia com a «tan foscos». El joc de cartes era un joc que ell dominava molt més que jo i, per tant, sempre guanyava. Gràcies a aquest joc, que es va repetir sessió rere sessió durant un temps, va poder projectar-me a mi el sentiment catastròfic que ell vivia quan s'equivocava i l'enveja que ell podia tenir quan l'altre jugador feia les coses millor que ell. Quan va poder comprovar que jo podia sentir aquells sentiments que a ell se li feien insuportables, que els podia donar un sentit i posar-hi paraules i que no m'enfonsava per vivenciar-los, va permetre que mica en mica anés remetent el símptoma, anés tolerant més les seves pròpies imperfeccions, i s'anés apropant a poc a poc a aquests sentiments, baixant així la seva intensitat.

Bibliografia recomanada

Us convidem a aprofundir en les característiques de la latència amb:

Spock, B. (1989). *Tu hijo*. Buenos Aires: Javier Bergara ed., 405-414.

I l'article:

Escario, L. (1985). Psicoteràpia durant el període de la latència. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 2 (1), 89-99.

En aquest material es treballaran unes tècniques i estratègies específiques d'intervenció psicològica, que parteixen del model teòric psicodinàmic, pertinents a la franja d'edat de 6 a 12 anys, a partir de l'anàlisi i resolució de diversos casos pràctics.

1. Tractament focal individual

Un cop aclarit de què es tracta quan parlem del període de la latència, passem a centrar-nos en les característiques pròpies del tractament focal individual, i posteriorment del tractament focal familiar.

Abans d'explicar com es desenvolupa el tractament focal individual pensem que és de cabdal importància que quedin ben aclarits una sèrie de conceptes teòrics psicodinàmics que són els pilars d'aquest tipus de tractament.

1.1. Premisses bàsiques

Com s'aprèn a gestionar el dolor i es desenvolupa la personalitat de l'individu?

Creiem que no podríem entendre quina és la nostra intervenció terapèutica si no entenem, *a priori*, com es desenvolupa la personalitat de l'individu i com aprèn a gestionar el dolor (que és un objectiu bàsic de la nostra intervenció com aquest). Per explicar-ho utilitzaré literalment les paraules de Sadurní (2011, pàg. 18-19) que, des del meu punt de vista, ho explica d'una manera clara i entenedora:

«Els bebès tenen emocions senzilles: senten confort i desconfort. Però les trobades relacionals amb els altres faran emergir patrons més complexes. Per Kagan (1994), les diferències temperamentals dels infants tenen una base biològica.

Tanmateix, tant si el bebè té un temperament fàcil com difícil, no pot, per si sol, regular ni controlar les emocions. Sobretot necessitarà l'amor d'un altre ésser humà: necessitarà una mare (o figura més important de criança de l'infant), que té el poder de calmar el cor espantat o agitat d'un infant. És la figura que, amb un somriure o una abraçada, fa que l'infant se senti segur i allunya les seves tristeses i temors. La mare o el pare no tan sols tenen el poder de retornar la tranquil·litat i el confort al cor d'un infant, sinó que gràcies a la cura i a l'amor el nen arriba a tenir consciència, a reconèixer i, més tard, a donar un nom a les seves emocions.»

Més endavant, quan l'infant sigui adult i els problemes de la vida l'agitin interiorment i el desvetllin, intentarà, potser i d'una manera no conscient, tornar a sentir aquella calma interior, i es dirà a si mateix: «Tranquil·litza't, acluca els ulls, relaxa't, intenta dormir». És la veu de la mare interior que l'ajuda a gestionar el seu propi malestar.

Creiem que ara és el moment idoni per transmetre un concepte clau, al nostre entendre, que introdueix un autor referent de la nostra línia teòrica: Wilfred Bion. Bion (1962) diu que no només es tracta que la mare, o un substitut d'aquesta, estiguin presents, sinó que descriu una modalitat òptima del funcionament de la mare que anomena *réverie*.

El concepte de *réverie*

La mare recull el malestar de la criatura, li dóna la capacitat de pensar per contenir i transformar en pensaments el malestar. La manifestació del malestar adquireix sentit (el nen té gana, fred...), cosa que permet a la mare actuar en conseqüència. Si l'actuació és adequada, contribuirà al desenvolupament emocional i cognitiu del bebè (Icart i Freixas, 2013).

1.1.1. La relació d'objecte

El model que inspira la nostra pràctica clínica es basa en la **relació d'objecte**. Què entenem per relació d'objecte? Són les primeres experiències de relació que s'inscriuen a la ment. Podem pensar que cada persona té una sèrie de personatges imaginaris, hereus de les primeres persones que han estat importants per a ells (els anomenem **objectes interns**). És el que Sadurní (2011) anomenava *la veu interior de la mare*. Aquests personatges s'inscriuen en la ment com patrons de relació. És a dir, que tendeixen a presentar-se una i altra vegada a la vida de les persones, ja que es transporten a les diferents relacions que tindrà el pacient (a l'escola, a la feina...). Dit de manera encara més planera, la persona té tendència a transferir en totes les relacions la manera amb la qual ha après a relacionar-se amb els altres dins l'àmbit familiar.

Posarem alguns exemples per fer més aclaridor aquest concepte:

Cas 2: en Roger

En Roger era un pacient que venia a la meva consulta. Quan va néixer, la seva mare patia una depressió postpart important i, a més, va tenir un germanet quan tenia un any i mig. Les primeres experiències que va viure aquest pacient no van ser òptimes. Tan sols es tenia cura d'ell quan es feia molt present en la mirada de l'altre (ja que la mare estava massa ocupada amb la seva pròpia depressió i ocupant-se del germanet, que, com que era més petit que ell, tenia més necessitats). I com aconseguia fer-se molt present? O plorant i cridant molt o bé amb una actitud extraordinàriament correcta i adulta. És per això que la relació d'objecte que va quedar inscrita en la ment d'aquest pacient era que ell no valia, i que les altres persones tan sols li farien cas en aquestes dues situacions. Per tant, la seva manera d'actuar, tant a l'escola com a casa, era molt polaritzada: o extremadament adultoforme i correcta, o terriblement incorrecta (despreciant els alumnes més fràgils de la classe), ja que li havia quedat inscrit que si no actuava d'aquesta manera els altres s'oblidarien d'ell i pensarien en altres coses que els ocupaven.

El motiu de consulta era que se li desvetllava pànic a morir cada vegada que deglutia algun menjar, (per por a ennuegar-se) i cada vegada que respirava (per por a inspirar algun virus). Aquest símptoma, però, desapareixia quan tenia la mare a prop.

Cas 3: en Lluís

En Lluís és un pacient que tenia una mare que era terriblement sobreprotectora, que no podia suportar que, quan era un nadó, el nen plorés i patís, de manera que li donava tot el que desitjava, anticipant-se fins i tot a la seva demanda. La relació d'objecte inscrita a la ment d'aquest pacient era que els altres existien per suplir les seves frustracions, i no podia suportar que la frustració aparegués, per la qual cosa exigia la presència immediata dels altres, tal com l'havia tingut en les seves primeres relacions.

1.1.2. El conflicte intrapsíquic

Sovint la persona humana té dificultat per prendre consciència de determinats continguts mentals (desitjos, afectes, pensaments...) perquè li són massa intolerables, perquè són font de massa malestar i patiment. Això provoca un conflicte intrapsíquic tan gran que es posen en marxa determinats mecanismes de defensa per protegir-se'n, de manera que tot aquest contingut mental s'envia a l'inconscient.

Cas 1: en Marc

En Marc no pot tolerar el conflicte de la rivalitat amb el seu germà, i li és inacceptable per la dificultat que té de tolerar la imperfecció.

Cas 2: en Roger

El conflicte que no pot tolerar en Roger, i, per tant, que no pot mentalitzar, és la por de no existir en l'espai mental dels altres.

1.1.3. El símptoma

El símptoma apareix quan el procés que acabem de mencionar fracassa. La persona intenta quedar-se protegida del dolor expulsant de la consciència tot el que li era intolerable, però tal com afirma Sadurní (2011, pàg. 43),

«El desig expulsat de la consciència encara existeix a l'inconscient, esperant una oportunitat per presentar-se de nou. Convertit en símptoma, torna a aparèixer a la consciència, però comporta de nou un intens patiment, el patiment que provoca el símptoma en sí.»

El símptoma no és el conflicte expulsat de la consciència, però sovint és l'expressió del seu significat. Ho veiem exemplificat en els casos següents:

Cas 1: en Marc

L'encopresi d'en Marc és el símptoma. És la manera que troba de poder expulsar la ràbia que la seva consciència no li permet contenir. La ràbia reapareix en forma de femta.

Cas 2: en Roger

En el cas del Roger el símptoma (la por a morir) fa reaparèixer el conflicte: por de no existir a la ment de l'altre. I si no existeix en la ment de l'altre, llavors morirà. Per això aquesta por desapareix quan està amb la mare, perquè comprova que la mare sí que es recorda d'ell, i aconsegueix el que tant anhela, que la mare el cuidi i estigui per ell. Amb el símptoma, per tant, torna a aparèixer el conflicte.

1.1.4. Els mecanismes de defensa

Els mecanismes de defensa són, tal com hem vist, **els mecanismes que fa servir l'individu per enviar a l'inconscient continguts mentals que no són tolerables per la consciència.**

És important detectar quins són els mecanismes de defensa que utilitza l'individu per observar quina és la seva via per allunyar-se de l'inconscient. Hi ha múltiples mecanismes de defensa: la repressió, la dissociació, la projecció, la idealització, etc.

1.1.5. L'ansietat

Quan parlem d'ansietat ens referim al **patiment mental que desencadena el conflicte** (aquell patiment que se'ns fa intolerable i del qual fugim mitjançant els mecanismes de defensa).

Tipus d'ansietat:

- Ansietat persecutòria: segons Klein (1943), és el conjunt de pors referits a la seguretat d'un mateix. Es projecta la pròpia agressivitat en l'altre i, per tant, és la por que l'altre (amb l'agressivitat que li hem projectat) ens faci mal (per exemple: un nen que té por que els altres es riguin d'ell, perquè ha projectat en ells tota la seva agressivitat).
- Ansietat confusional: aquest tipus (Salvador, 2009) amenaça la capacitat de pensar i entendre i va acompanyada de perplexitat i desorientació (exemple: quan estem immersos en molt caos i la confusió no ens permet pensar).
- Ansietat depressiva: és el conjunt de pors centrades en la pèrdua de l'amor a l'altre o en la preocupació per la seguretat de la persona estimada (Klein, 1946). Segons Salzberger (1970) s'origina en un conflicte d'ambivalència: «L'amor i l'odi sentits cap aquella persona" i, per tant, la por que l'odi destrueixi la persona estimada (per exemple: un nen que s'enfada amb el germanet, que li pega i té por que l'hagi malferit i que deixi d'estimar-lo, per tant, passa a sobreprotegir-lo excessivament).
- Ansietat catastròfica: és l'ansietat més primitiva de l'ésser humà, que respon a un pànic a desaparèixer en un buit sense fi, pànic a no existir (Tustin, 1987). (per exemple: un nen autista que s'enganxa a l'autosensorialitat per evitar la sensació de caure al buit, de morir, de desaparèixer).

Bibliografia recomanada

Us convidem a aprofundir en els diferents tipus de mecanismes de defensa amb:

Coderch, R. (1990). *La teoria y técnica de la psicoterapia psicoanalítica* (capítols 2 i 3). Barcelona: Herder.

Tizón, J. (1988). *Psicología basada en la relación*, 25-27. Barcelona: Hogar del libro.

1.1.6. Transferència

La transferència és el nom amb el qual Freud (1905) descriu un fenomen comunicatiu universal: **reviure en una nova relació emocionalment rellevant experiències relacionals anteriors també rellevants** (tal com hem explicat, la manera en què es transfereixen les relacions primerenques del individu). Aquest concepte és una eina terapèutica bàsica per al treball psicoanalític, ja que es transfereixen les relacions d'objecte primerencs del pacient en la relació amb el terapeuta, i és mitjançant la relació amb aquest que es pot treballar el conflicte del pacient, en l'aquí i l'ara.

Cas 1: en Marc

Va ser gràcies al fet que en Marc projectava el sentiment de rivalitat en el terapeuta que aquest sentiment es va poder treballar.

Cas 2: en Roger

Va ser gràcies al fet que en Roger va fer sentir al terapeuta com si estés oblidat, desvalgut i menyspreat que es va poder treballar aquests sentiments que en Roger tenia i que li eren insofribles.

1.1.7. Contratransferència

És l'impacte emocional que té el terapeuta respecte la manera que el pacient el tracta en la sessió terapèutica (per exemple: si el pacient admira el terapeuta, aquest se sentirà molt bé amb si mateix, però si el pacient menysprea el terapeuta, aquest se sentirà molt poca cosa, i si el pacient enveja el terapeuta, se li despertarà ràbia cap al pacient). És un element clau del tractament psicoterapèutic, ja que identificant els nostres sentiments podem comprendre què ens projecte el pacient, què li és intolerable, i, per tant, podem empatitzar amb ell.

Cas 1: en Marc

El terapeuta va haver d'identificar la seva pròpia enveja, que se li despertava jugant a cartes amb ell i perdent, per comprendre la d'en Marc.

Cas 2: en Roger

El terapeuta va haver d'identificar com se sentia d'abandonat i oblidat per part d'en Roger per poder comprendre el sentiment de carència que patia el pacient.

A mode de conclusió, hem fet un recull dels conceptes teòrics bàsics (ansietat, relació d'objecte, mecanisme de defensa, transferència, contratransferència, conflicte, etc. sense la comprensió dels quals no podríem entendre com es desenvolupa el tractament focal, és a dir, són els pilars teòrics a partir dels quals es fa el tractament focal individual; aspecte que observarem quan ens centrem en la manera en què es desenvolupa aquesta tècnica.

Quina és la finalitat del tractament focal?

La finalitat de la nostra intervenció terapèutica és la d'alleugerir el patiment del nen i de la família fins a nivells que li siguin tolerables, per tal d'afavorir el desenvolupament del nen. Se l'ajuda a viure d'una manera més positiva, a tenir més bona relació amb si mateix. I tot això, com s'aconsegueix? Diríem que se l'ajuda a desenvolupar la capacitat de comprendre i observar les seves dificultats internes mitjançant la relació que estableix amb el terapeuta, de manera que aquestes deixaran de ser-li insofribles (el terapeuta fa com la mare, que li donava nom i significat al bebè quan plorava, i això l'ajudava a calmar-se).

1.2. Aspectes tècnics de la psicoteràpia focal individual

1.2.1. *Setting* (marc) extern

El *setting* extern consisteix en:

- El tractament tindrà un número limitat de visites, de les quals s'informa al pacient des d'un inici.
- Les sessions tenen una freqüència regular (si pot ser, setmanal).
- L'espai físic és sempre el mateix.
- Cada pacient té una caixa de joc amb un material adaptat a l'edat del nen, ja que només és seu. Quan les possibilitats d'expressió verbal són insuficients, són el joc i el dibuix els que fan que el pacient desenvolupi el treball terapèutic.
- Els elements de regularitat i de continuïtat que implica el *setting* (mateixa hora, mateixa freqüència, mateixa caixa de joc...) són en si mateixos aspectes terapèutics que ajuden a estructurar la ment del pacient (Sala, 2013).
- Es treballa a partir de l'expressió lliure del pacient: jugarà, dibuixarà o parlarà d'allò que vulgui.
- Paral·lelament s'han d'anar fent entrevistes amb els pares per ajudar-los en les funcions paternes.

1.2.2. *Setting* (marc) intern: intervencions i actitud del terapeuta

El *setting* intern consisteix en:

Bibliografia recomanada

Us convidem a aprofundir en tots aquests conceptes teòrics (ansietat, mecanismes de defensa, transferència, contratransferència, conflicte, relació d'objecte) amb:

Coderch R. (1990). *La teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica* (capítols 2 i 3). Barcelona: Herder.

Tizón, J. L. (1988). *Psicología basada en la relación*, 25-27. Barcelona: Hogar del libro.

Bibliografia recomanada

Us convidem a aprofundir en aquest aspecte amb:

Sala Morell, J. (2013). *Psicoterapia focal de niños*. (pp. 47-50). Barcelona: Octaedro.

- Des de l'inici del tractament cal explicar al pacient com funciona el tractament psicoterapèutic, per tal que no tingui la sensació que ve només a jugar (per exemple se li podria dir que es tracta, a partir del joc, del dibuix o del que explica, que entre tots dos (nen i terapeuta) van comprenent les coses que li passen i que el fan patir tant).
- Es treballa a partir d'un **focus**. Què és el focus i com es treballa?

Definim el **focus** com el conjunt d'ansietats i defenses prototípiques de la relació d'objecte que estableix el pacient, i les trobem en totes les relacions del pacient: en les passades, en les actuals (família i escola) i en la transferència terapèutica.

Tot això es converteix en un conflicte pel pacient que no pot tolerar, i que interfereix en les possibilitats evolutives (Sala, 2013). Les persones podem tenir diferents àrees que ens són conflictives i per això les hem enviat a l'inconscient. **En el treball focal és important que en treballem tan sols una, i a ser possible que aquesta sigui la nuclear (la que està més a prop del conflicte central).**

Cas 1: en Marc

El cas d'en Marc el podríem desglossar en:

- **Tipus d'ansietat predominant:** depressiva (la por de fer mal a l'altre, i, per tant, de no poder expressar l'agressivitat que li desperta la rivalitat amb els altres).
- **Defenses que predominen:** identificació projectiva (projecta en el terapeuta les seves dificultats, i, per tant, no les veu en ell mateix, sinó en el terapeuta), i control omnipotent (sempre jugar al mateix joc per tenir la situació sota control).
- **Focus de treball,** conflicte nuclear: la rivalitat amb què viu les relacions, que intenta fer fora de la consciència mitjançant els mecanismes de defensa. Això desencadena molta por que l'altre el fereixi.

Cas 2: en Roger

El cas d'en Roger:

- **Tipus d'ansietat predominant:** catastròfica (por de morir, a desaparèixer)
- **Mecanisme de defensa que predomina:** identificació projectiva (projecta en el terapeuta el fet de ser abandonat, i projecta en els nens fràgils de la classe les seves fragilitats, d'aquesta manera no les veu en ell mateix i això el tranquil·litza).
- **Conflicte nuclear,** focus a treballar: la por de no existir en la ment de l'altre, de la qual es defensa projectant les dificultats en els altres.

Les intervencions del terapeuta són:

- La **interpretació:** És a dir, posar paraules al patiment del pacient, quan apareix amb el joc, el dibuix o el que explica. Cal interpretar tant l'ansietat com la defensa. Si tan sols interpretes la defensa el pacient es pot sentir

renyat i jutjat. Les interpretacions han de ser senzilles, comprensibles pel pacient i properes al preconscient.

- La **dramatització**: És a dir, el terapeuta dramatitzarà el paper que li demana el pacient que faci en el joc, i no només cal posar nom a l'emoció que sent el terapeuta contratransferencialment, sinó viure-la, expressar-la amb el gest, amb la veu, amb el cos (Farrés, 2011).

L'actitud del terapeuta ha de ser la següent:

- El terapeuta ha de fer d'**objecte de transferència**: el terapeuta ha d'estar molt atent a què representa ell per al pacient, ha d'estar molt atent a què li desperta contratransferencialment (Sala, 2013); d'aquesta manera podrà detectar el conflicte latent (és a dir, el conflicte inconscient emmascarat).
- El terapeuta ha de fer d'**objecte d'identificació**: durant les sessions, mitjançant el joc, s'escenificaran moltes situacions que faran reviure les emocions que el pacient no tolera i els seus conflictes. El terapeuta amb les seves intervencions ofereix un nou model d'identificació al pacient, el model d'algú que pot tolerar aquests sentiments quan veu que dona temps per sentir-los i posar-los nom. És a dir, el pacient, quan veu que el seu patiment es pot contenir i no destrueix el terapeuta quan el viu, anirà introjectant (incorporant) el fet que es pot posar en contacte amb aquest patiment, i anirà acceptant mica en mica les pròpies dificultats; amb la finalitat, tal com hem dit anteriorment, que tingui més bona relació amb ell mateix.
- L'actitud del terapeuta ha de ser **continent**, és a dir, el terapeuta ha de ser empàtic amb el pacient, sense jutjar-lo ni allisonar-lo (posant-se a la pell del pacient però sense confondre-s'hi). Aquesta és l'única manera que el pacient pugui confiar en el terapeuta.
- El terapeuta ha de tenir capacitat d'**observació**: observar els propis sentiments, el significat d'allò a què juga el pacient, etc.
- Es treballa a partir de l'**aliança terapèutica**: perquè el treball psicoterapèutic doni fruits ha d'haver-hi la motivació del pacient i de la família, i el seu compromís.
- S'intenten desvetllar els **elements sans** del pacient, és a dir, mostrar-li els recursos que té i que estan funcionant, i mostrar-li els moments d'*insight* que té (moments en què comprèn les seves pròpies emocions).

Seguidament, ens agradaria transcriure una part d'una sessió feta amb en Roger per poder anar mostrant a la pràctica clínica cadascun dels conceptes terapèutics de què hem parlat:

Cas 2: en Roger

Només arribar, el Roger obre la seva caixa de joc i en treu unes cartes:

Roger. Te'n recordes? [Es refereix a un truc de màgia que em va fer a la darrera sessió. Ja d'entrada necessita comprovar que no m'oblido de les seves coses].

Terapeuta. I tant que sí.

Roger. Ara et faré un altre truc de màgia.

Fa el truc de manera molt acurada, i amb molt de rigor: jo he d'agafar una carta, i l'he de tornar a posar dins del bloc de cartes. Aparentment la carta queda perduda entre totes les altres, però ell la té sota control i la fa tornar a reaparèixer.

Dins meu penso que aquest joc és una escenificació del seu conflicte nuclear: ell té por de desaparèixer en la ment de l'altre quan l'altre no el veu, però a la vegada té l'esperança que no sigui així (com la carta, que sembla que desaparegui, però ell no la perd en cap moment). Tot i això, no s'acaba de creure que ell sigui present en la ment de l'altre, i creu que això encara podria passar tnomés d'una manera màgica (com el truc de màgia). És per això que faig la següent **interpretació**:

Terapeuta. Ah! Sembla que la carta estigui perduda, però no, apareix! Com el Roger, ai quina por a quedar-se sol... perdut, abandonat... com la carta... I no! Veus que estàs ben present en el meu cap, que me'n recordo de les coses que hem fet junts, del joc de cartes que vam fer l'altre dia...

Cal remarcar que en aquesta interpretació es fa referència a l'ansietat que ell amaga. No es toquen en cap cas les defenses (la negació omnipotent: es fa el mil homes i nega tenir una autoestima molt baixa).

M'intenta fer un altre truc de màgia, no li surt. Busca a l'ordinador, em demana que m'esper i s'està una bona estona entrenant-se amb les instruccions que li ofereix un tutorial en vídeo des de l'ordinador.

En aquest moment jo li faig una intervenció desvetllant els **elements** del pacient que estan **sans** i que funcionen.

Terapeuta. Mira, mira! Quina paciència que tens. Has vist que no t'acabava de sortir i, en lloc d'enfadar-te, ho intentes i ho tornes a intentar fins que finalment t'acaba sortint. [Ho torna a fer.]

Jo, contratransferencialment sento una gran admiració. Penso que sent que tan sols el tindrà present amb aquesta admiració. Cal fer palès en tot moment la meua **actitud d'observació** dels sentiments que ell em desperta a cada moment.

Passem a jugar a futbol. Quan jo faig un gol, canvia ràpidament les normes i em diu que cada gol es converteix en tres penals; de manera que el meu gol queda anul·lat.

Torno a pensar que escenifica el seu conflicte: que difícil que és fer un gol; que difícil que és arribar a sentir que entres dins l'espai mental de l'altre (com la pilota a la porteria). Quan sent que hi arriba, ràpidament sent que li treuen l'objecte (i llavors ell es treu la satisfacció d'haver fet el gol i el converteix en tres penals). Com la mare depressiva quan era un bebè, que a voltes estava per ell i a voltes deixava de ser-hi, de manera totalment inesperada; així ell mai no arribava a sentir que el vincle podia ser segur.

[De cop, fa un gol.]

Terapeuta. Ah! Quina ràbia fa que et marquin un gol! Et sents petit, poca cosa... i que ningú es recordarà de tu...

Aquesta intervenció meua és una **dramatització**. Cal remarcar que, en la dramatització, tal com hem especificat abans, no tan sols es denomina el sentiment, sinó que es viu, es gesticula.

En aquest sentit m'han semblat molt adequades les paraules de Villegas (2003): «Només hi ha un camí possible de transformació: reviure el trauma en l'aquí i ara de la sessió, projectant tot el malestar no mentalitzat en el terapeuta, perquè després de patir-lo en primera persona i tolerar-lo, contenir-lo i posar-lo en paraules, pogués oferir, a poc a poc, un model diferent de relacionar-se amb l'ansietat, amb l'esperança

que s'hi pogués identificar. Per tant, aquí es mostra clarament que el terapeuta fa d'**objecte d'identificació**.» (pàg. 3)

[Continuem jugant. Jo marco 5 gols. Observo que és la primera vegada en moltes sessions que em permet que jo li faci gols sense que canviï les normes.]

Terapeuta. Mira Roger, aquesta vegada m'has deixat que marqués els gols, i no has canviat les normes, potser perquè has vist que a mi també se'm fa difícil que tu marquis gols, que no m'ho passo bé i que i és difícil de tolerar, però ho intentem aguantar.

Aquí s'observa la importància de l'**actitud empàtica** i **continent** del terapeuta. En cap moment se l'ha intentat allisonar i jutjar quan canviava les normes, sinó que s'ha intentat ser comprensiu amb les ansietats que el feien comportar-se d'aquesta manera. I en aquesta última intervenció es tornen a reforçar els **elements sans** del pacient.

1.3. Indicacions i contraindicacions

A continuació presentem uns criteris mínims i molt bàsics que cal tenir en compte a l'hora de plantejar si és indicat o no un tractament focal individual:

- Ha d'haver-hi un compromís i una motivació per part de la família. La família ha de poder tolerar i desitjar el canvi del nen.
- Ha d'haver-hi un mínim desig de canvi i de col·laborar amb el treball terapèutic per part del pacient.
- Els mecanismes de defensa no han de ser gaire rígids, i la personalitat ha de ser força consistent (és a dir, amb un grau de fortalesa interna).
- Ha d'haver-hi cert nivell d'*insight* (capacitat introspectiva, contacte amb els propis sentiments).
- Està clarament contraindicat en pacients que pateixen trastorns mentals greus, o pacients amb patologia lleu però fills de pares amb trastorn mental greu.

Bibliografia recomanada

Us convidem a aprofundir en les indicacions i contraindicacions del tractament individual focal amb:

Sala Morell, J. (2013). *Psicoteràpia focal de niños*. (pp. 115-139). Barcelona: Octaedro.

2. Tractament focal familiar

De la mateixa manera que hem fet amb el tractament focal individual, no exposarem el treball focal familiar fins que no hagin quedat ben clares unes consideracions teòriques bàsiques.

2.1. Premisses bàsiques

Les premisses bàsiques consisteixen en:

- **La família com un tot.** Les mateixes consideracions teòriques de què hem partit en el tractament focal individual serviran per al tractament familiar, ja que en un tractament familiar s'agafa la família com un tot (com si fos un sol individu). Per tant, seguirem l'esquema anterior per assenyalar les premisses bàsiques.
- **La relació d'objecte.** El grup familiar té una dinàmica objectal pròpia, representada pels rols que assumeixen cada membre dins del grup.
- **El conflicte intrapsíquic.** Igual que en l'individu, en la família també hi ha un conflicte nuclear (una sèrie de desitjos, afectes, etc.) en la seva manera de relacionar-se que dóna lloc a un patiment intolerable que t'intenta evitar mitjançant els mecanismes de defensa, enviant-lo a l'inconscient. Aquest conflicte afecta tots els membres de la família. Exposarem què és un conflicte inconscient en un cas perquè sigui més clarificador.

Cas 4: en Nil

En Nil és un nen de 7 anys que ve a la consulta perquè presenta episodis d'agressivitat tant a l'escola com a casa. Després de cada episodi se sent molt culpable i plora molt, i per culpa d'això ja comença a patir rebuig per part dels seus companys de classe. Ve a la consulta amb moltes ganes de canviar i que se l'ajudi a controlar-se. És un nen amb bon rendiment escolar, però contínuament rivalitza amb els companys busca sempre ser el millor. S'enfada molt cada vegada que s'equivoca, ja que necessita ser el nen perfecte, cosa que no aconsegueix mai.

En Nil és fill únic.

Des de l'inici de la primera visita el pare es posa a plorar manifestant que creu que tot és culpa seva, ja que és molt tou amb el seu fill i no sap el perquè. La mare diu que ella és «la dura de la família», que és l'única que posa límits, però es posa molt nerviosa cada vegada que el nen s'enfada, i no aconsegueix que li faci cas. Per aquest motiu el nen s'allunya de la mare. D'altra banda, quan el nen està enfadat perquè s'ha equivocat en alguna cosa, descarrega la ràbia contra el pare, el desprecia i l'insulta, però el pare no li posa cap límit.

Ràpidament m'expliquen que el Nil és molt bo jugant al futbol, que l'acompanyen a tots els entrenaments i a tots els partits; que ja està en un equip federat i que sembla que potser el fitxarà el Barça. La mare explica que la seva vida gira al voltant del futbol, que és una cosa que els uneix molt a tots tres.

Indagant en la infància de la mare i del pare, trobem un fet compartit: cap dels dos va poder exercir la seves vocacions i la seva autoestima ha quedat molt minvada per aquest fet. Per això, tenen grans expectatives posades en el seu fill.

En aquest cas, el conflicte familiar latent (és a dir, emmascarat, inconscient) recau en aquest darrer aspecte. Els pares anhelen aconseguir vèncer les seves expectatives frustrades mitjançant els èxits del seu fill. El pacient ha de complaure tots els desitjos. Si no els complau, sent que no serà valorat pels seus pares, però a la vegada necessita diferenciar-se de totes aquestes projeccions, i ho fa eempipant-se. Trenca amb la imatge ideal que els pares tenen d'ell i busca constatar que serà cuidat i valorat no només per ser el bon jugador de futbol. Intenta que continguin la seva agressivitat, i l'acceptin «imperfecte». El pare no pot posar-li límits perquè té tan idealitzat el seu fill que sent que el feriria massa. La mare es posa molt nerviosa, ja que li trenca la imatge de fill ideal que té. El nen acaba sentint que els pares es desmunten davant la seva ira, i això el fa sentir encara pitjor amb ell mateix; cosa que fa que la seva autoexigència per ser un «nen perfecte» encara s'accentui més, i encara s'enfadi més quan no ho aconsegueix.

2.1.1. El símptoma

Normalment quan apareix el símptoma, és a dir, quan un membre de la família emmalalteix, és senyal que hi ha alguna cosa a la família que no funciona correctament, i en aquest membre es projecten tots els aspectes que la resta de la família rebutja.

Cas 4: en Nil

El símptoma és l'agressivitat del pacient davant la frustració. L'enuig i l'agressivitat per no ser perfecte és una sensació compartida per la resta de la família (al pare i la mare els ha desencadenat una gran ferida narcisista que ha estat relegada a l'inconscient i projectada en el pacient, que és l'únic membre de la família que l'expressa).

2.1.2. L'ansietat i els mecanismes de defensa

Cada família fuig d'alguna cosa (conflicte) que els fa patir massa, que desencadena massa ansietat. I com en fuig? Mitjançant mecanismes de defensa, que ho envien a l'inconscient i, d'aquesta manera, ja no fa patir conscientment.

A més, cal tenir en compte que en tota família cada membre introjecta (incorpora) aspectes, maneres de ser, de pensar i de viure dels altres components del grup i projecta (o veu en els altres) els propis aspectes que no pot tolerar.

Cas 4: en Nil

- **Ansietat predominant.** L'ansietat predominant de la família del Nil és l'ansietat depressiva que desencadena la por de ferir els altres si expressen la ràbia que els provoca la pròpia frustració.
- **Mecanisme de defensa.** El mecanisme de defensa que impera és la identificació projectiva (en Nil integra el sentiment de frustració que senten cadascun dels pares i la necessitat dels pares de ser algú ideal).

2.1.3. Transferència

La transferència és la pedra angular de la teràpia familiar psicoanalítica focal. Apareixen diverses transferències a la vegada:

- Entre cadascun dels membres i el terapeuta: **transferències parcials**.
- Entre la família com un grup i el terapeuta: **transferència contextual**.

Cas 4: en Nil

La transferència contextual suposa que tota la família necessita mostrar al terapeuta que bons, correctes, adequats, ben educats que són, perquè els admirin molt. Ser els millors pacients de la mateixa manera que el nene ha de ser el millor jugador de futbol (per compensar l'autoestima tan baixa que tenen).

2.1.4. Contratransferència

La contratransferència que ha de suportar el terapeuta és molt intensa, ja que ha d'elaborar l'impacte de cadascun dels membres de la família cap a ell.

Cas 4: en Nil

El terapeuta sent que la família l'empeny a manifestar totes les coses bones que té el pacient, com si vingués a la consulta a passar un examen tant del nen com la família. Com si, si el terapeuta manifestés coses bones del pacient, la família sentís que són aprovats com a família, que el terapeuta confirma que «ho estant fent bé». El terapeuta sent que ha d'anar amb molt de compte a l'hora de verbalitzar les dificultats familiars que hi ha, ja que la família ràpidament les viurà com si els renyés i jutgés.

2.1.5. Finalitat del tractament focal familiar

La psicoteràpia de família ajuda a fer que cada membre pugui assumir la seva part del conflicte i que tots deixin de projectar-lo en un de sol, convertint-lo en el malalt.

Amb la teràpia s'intenta contenir i modular el patiment de la família creant condicions perquè es desenvolupi un espai mental compartit en el qual sigui possible elaborar el patiment abans de fugir-ne amb mecanismes de defensa (desplaçant-lo, projectant-lo en els altres membres, actuant-lo...) (Nicoló, 1995).

2.2. Aspectes tècnics de la teràpia familiar focal

2.2.1. *Setting* (marc) extern

El *setting* extern consisteix en:

- El tractament té un número limitat de visites, de les quals s'informa a la família des d'un inici.
- Les sessions tenen una freqüència regular.
- L'espai físic és sempre el mateix.

- S'intenta que vinguin tots els membres de la família, incloent tots els que viuen a la mateixa llar. En el cas de parella reconstituïda cal incloure la nova parella si ja han format una parella consolidada. Als membres que no puguin assistir-hi, se'ls farà molt presents en el treball terapèutic.
- Es treballa a partir de l'associació lliure de la família. La família parlarà de tot el que els passi pel cap a cada moment.
- S'acorda amb la família el focus que es treballarà.

2.2.2. **Setting (marc) intern: intervencions i actitud del terapeuta**

Es treballa a partir d'un **focus**. Què és el focus i com es treballa?

El focus és el conjunt d'ansietats i defenses que trobem en les interrelacions que hi ha a la família. Aquestes ansietats són tot el malestar que desperta un conflicte que la família no pot tolerar i del qual fuig mitjançant les defenses.

Com en el cas del tractament individual caldrà treballar tan sols un conflicte i, a ser possible, el conflicte nuclear.

Cas 4: en Nil

Caldrà ajudar el pare i la mare a posar-se en contacte amb les frustracions que van viure de petits i que van minar tant la seva autoestima, i mostrar-los que intenten compensar-les amb el nen (si cal amb entrevistes amb els pares sols).

Caldrà dirigir-se a la família com un tot posant paraules al nivell d'autoexigència que tenen i dir-los que viuen molt malament els errors; els fan sentir-se un desastre com a família.

A continuació, s'expliquen les intervencions i l'actitud que ha de tenir el terapeuta:

1) Intervencions del terapeuta. La intervenció que fa servir el terapeuta és la **interpretació**. La interpretació és la manera amb què el terapeuta comunica els processos interns a la família, mostrant a la família que allò que els és intolerable pot ser comprensible i pensable. De la mateixa manera que en el tractament individual, cal interpretar tant l'ansietat com la defensa.

2) Actitud del terapeuta. L'actitud del terapeuta és **objecte de transferència**; cal mantenir-nos equidistants i estar atents a totes les transferències. Cal partir de la transferència contextual per no caure en l'error de centrar-nos massa en les transferències individuals (Salvador, 2013), identificant-nos i fent aliança amb alguns dels membres de la família més que en d'altres. Si ho féssim així, reforçaríem les projeccions que es fan entre ells.

Cas 4: en Nil

Podem caure ràpidament a aliar-nos amb en Nil, en contra dels pares, quan es defensi de les expectatives que tenen els pares posades en ell; o podem caure a aliar-nos amb la mare, quan el pare diu que tot és culpa seva, perquè no posa límits, i la mare confirma que és veritat i que tot és culpa del pare. D'aquesta manera, nosaltres també estariem projectant les dificultats cap a una part dels membres de la família.

3) El terapeuta ha de fer d'objecte d'identificació. Durant les sessions s'escenificaran moltes situacions que faran reviure les emocions que la família viu com a intolerables. El terapeuta amb les seves intervencions ofereix un nou model d'identificació a la família, ha de poder empatitzar i donar un sentit a aquestes emocions. És a dir, cada membre de la família, en veure que el seu patiment, es pot contenir i que no destrueix ni el terapeuta ni els altres membres, anirà introjectant (incorporant) que pot posar-se en contacte amb ell, i anirà acceptant a poc a poc les pròpies dificultats; amb la finalitat, que hi hagi una relació més sana intrafamiliar. En aquest sentit, m'agradaria transcriure el que assenyala Coderch (2008): «El terapeuta ofereix a la família una nova experiència de relació amb aspectes rellevants d'acollida, interès, comprensió, desig d'ajudar, honestedat, contenció, no explotació, ni adoctrinament, tolerància, serenitat, perceptiva de futur, valoració etc., que, amb la seva pròpia pauta de coneixement relacional implícit, oferirà la possibilitat d'una modificació lenta i progressiva dels antics i desajustats models implícits». (pàg. 108)

4) L'actitud del terapeuta ha de ser continent, és a dir, ha de poder compartir i empatitzar al mateix temps amb els sentiments i emocions de la família com un tot, i de cadascun d'ells per separat.

5) Maneres de treballar. Els terapeutes intenten treballar de la manera següent:

- Es treballa a partir de l'**aliança terapèutica**: perquè el treball psicoterapèutic doni fruits tots els membres de la família han d'estar motivades i compromeses.
- S'intenta desvetllar els **elements sans** de la família, és a dir, mostrar-li els recursos que té i que estan funcionant i mostrar-li els moments d'*insight* que té (moments en què comprèn les pròpies emocions).

Cas 4: en Nil

Es reforçaran els moments en què s'adonin de les seves pròpies dificultats (per exemple, quan el pare reconeix que li costa posar límits al seu fill), de la mateixa manera que se'ls reforçarà molt i se'ls remarcarà el gran esforç que estan fent com a família participant en la teràpia, observant-se i intentant canviar.

2.3. Indicacions i contraindicacions

A continuació, presentem uns criteris mínims i molt bàsics que cal tenir en compte a l'hora de plantejar si és indicat o no un tractament focal familiar.

Les indicacions són les següents:

- Famílies en les quals s'evidencia un nivell d'*insight* (capacitat de mirar-se com a família i de reflexionar sobre la manera que tenen de relacionar-se).
- Família que té motivació per treballar i per canviar.
- Quan el pacient és el portador del conflicte familiar, a causa del seu símptoma, i els altres membres de la família el projecten en ell.

Les contraindicacions clares per fer un treball familiar són:

- Quan no s'ha arribat a fer un vincle mare-nen. Cal treballar amb la mare i el nen abans que amb tota la família.
- Quan hi ha un maltractament per part dels pares cap al nen o cap a la mare, o al revés.
- Quan els pares són molt narcisistes.

Bibliografia recomanada

Us convidem a aprofundir en tots els aspectes treballats en relació a la psicoteràpia familiar focal en:

Icart, A. i Freixas, J. (2013). *La família*. (pp. 166-180). Barcelona: Herder

Salvador, G. (2009). *Família*. (pp. 261- 283). Barcelona: Paidós.

Bibliografia

Referències bibliogràfiques

- Bion, W. R. (1962). A theory of thinking. A: *International Journal of Psycho-analysis*, 43, 306-310.
- Escario, L. (1985). Psicoterapia durant el període de la latència. A: *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 2 (1), 89-99. Barcelona: Societat Espanyola de Psicoanàlisi.
- Farrés, N. (2014). Confluència de les vessants educativa i terapèutica per al treball amb infants amb tea: de l'emoció a la cognició. A: *Desenvolupa. La revista d'Atenció Precoç*, 7, 1-7. Barcelona: Associació Catalana d'Atenció Precoç.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual y otras obra*. Madrid: Amorrortu.
- Freud, S. (1961). *El yo y el Ello y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Icart, A. i Freixas, J. (2013). *La Familia*. Barcelona: Herder.
- Kagan, J. (1994). On the nature of emotion. A: *Monographs of the society for research in child development*, 59, 7-24.
- Klein, M. (1943). *Memorandum on her technique*. London: Ed. King & Steiner.
- Klein, M. (1946). Notes on Some Schizoid Mechanisms. A: *The international Journal of Psycho-analysis*, 27, 99-110.
- Klein, M. (1997). *Envy and gratitude and other Works*. London: Hogarth Press.
- Nicoló-Corigliano, A. (2014). *Psicoanàlisi y familia*, 45-51. Barcelona: Herder
- Sadurní Brugué, M. (2011). *Víncle afectiu i desenvolupament humà*. Barcelona: Editorial UOC.
- Sala, J. (2013). *Psicoterapia focal de niños*. Barcelona: Octaedro
- Salvador, G. (2009). *Familia*. (capítol 5 i 6). Barcelona: Fundació Vidal i Barreuer-Paidós.
- Salzberger, I. *L'experiència emocional d'ensenyar i aprendrer*. London: Karnac.
- Tustin, F. (1987). *Autistic states in children*. London: Routledge. [Edició revisada].
- Villegas, M. (2003). Contes, joc, dibuixos i paraules. La contenció en el tractament de nens petits. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 18, 1-11. Barcelona: Societat Espanyola de Psicoanàlisi.

