

**CHRISTINE MAHEU:** “ENTRE EL 30% I EL 50% DE LES PERSONES SUPERVIVENTS DE CÀNCER REQUEREIXEN SUPORT PSICOLÒGIC PROFESSIONAL”

Editorial

L'hora de l'Entesa

Per Guillermo Mattioli

4 Reflexió i pràctica

Atenció psicològica a primera línia de malalts COVID-19

Lourdes Forn Villanova, psicòloga clínica

11 Reflexió i pràctica

Monogràfic Vincent Van Gogh

GT Creativitat, procés artístic i salut mental de la delegació territorial de Girona

21





# PSIARA #3

## ESTIU 2021

El tercer número de la nova revista digital del COPC recull entrevistes amb les ponents més destacades que han passat pel nostre col·legi en els darrers mesos i els experts més capdavanters i compromesos en diferents branques de la psicologia.

Des d'aquestes pàgines, volem donar les gràcies a tothom que ha fet possible aquests contactes, l'elaboració i l'edició dels textos i el treball de propostes: persones col·legiades i no col·legiades, membres de la Junta de Govern i tot l'equip humà del COPC.

I molt especialment, a totes les persones que ens llegiu i feu possible la reflexió i el diàleg que impulsen l'avanç de la nostra professió.

### **Departament de Comunicació**

Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya

[comunicacio@copc.cat](mailto:comunicacio@copc.cat)

# SUMARI

Editorial	<b>L' hora de l'Entesa</b> Per Guillermo Mattioli	4
Entrevista	<b>“Entre el 30% y el 50% de las personas supervivientes de cáncer requieren apoyo psicológico profesional “</b> Dra. Cristine Maheu, científica clínica	6
Reflexió i practica	<b>Atenció psicològica a primera línia de malalts COVID-19 en un centre sociosanitari</b> Per Lourdes Forn Villanova, psicòloga clínica	11
Entrevista	<b>“El Postgrau en Teràpia psicomotriu ofereix els recursos adients per dur a terme un projecte d'intervenció en teràpia psicomotriu“</b> Joaquim Serrabona Mas, Doctor en psicologia	17
Reflexió i practica	<b>Presentació del Grup de Treball Creativitat, procés artístic i salut mental.</b> Monogràfic Vincent Van Gogh	21
Ressenya	<b>Psicología de la alimentación</b> Per Andrea Arroyo, coordinadora del Grup de Treball Trastorns de la conducta alimentària i tractament psicològic de l'obesidad	38
Entrevista	<b>#ACTUALIZANDO ADOLESCENCIAS amb Alfredo Oliva</b> Alfredo Oliva, Doctor en psicologia expert en adolescència	40
Activitats	<b>Psychology and Coaching in your Community at this time-Recovery and Sustainability, 20th&amp;21st May 2021</b> Secció de Psicologia Coaching	44
Reflexió i practica	<b>No se puede hacer patria sin ternura</b> Per Mariana Fiksler, psicòloga especialista en psicologia preventiva, criança, dones, parella i familia	50
Entrevista	<b>Dra. Anderson, ponent de la conferència “Neuropsychological rehabilitation for childhood brain injury”</b> Dra. Vicki Anderson, neuropsicòloga pediàtrica	55
Reflexió i practica	<b>El reto de tener hijos en época de pandemia</b> Per Laura Cerdán, psicòloga clínica i psicopedagoga	57

# L'HORA DE L'ENTESA

PER GUILLERMO MATTIOLI, DEGÀ DEL COPC



Alguna cosa està canviant, i des de la institució col·legial ho celebrem.

El Departament de Salut anuncia el llançament d'un pla de Benestar Emocional i Salut Comunitària que obre la possibilitat d'un enfocament complementari al de Salut Mental per a atendre la ja coneguda com a pandèmia emocional. Els seus objectius tàctics consisteixen en la prevenció, la detecció precoç, la promoció de la salut i l'acompanyament emocional del patiment generat per la pandèmia i el confinament. I els seus objectius estratègics són l'increment de la intervenció comunitària i el decrement de la medicalització com a mesura d'urgència per defecte.

L'actual pandèmia ha generat un patiment emocional que no és necessàriament malaltia, encara que pot arribar a esdevenir-ho en cas de no rebre ajuda psicològica adequada. Les persones que el pateixen, excepte en els casos de símptomes preexistents agreujats per la situació, no necessiten atenció en salut mental, atès que es tracta d'un patiment reactiu i esperable. En paraules de Viktor Frankl, "Una reacció anormal davant d'una situació anormal és una reacció normal".

Ara, aquest nou pla de salut ens requereix com a professionals de la psicologia, ja no en el pla

estrictament clínic, sinó en el nivell lògic anterior: en l'atenció comunitària, en la prevenció i en la promoció de la salut. Aquestes són dimensions salutogèniques que ja figuraven en la cartera de primària i que les prioritats assistencialistes havien deixat per a millors temps. L'actual urgència sanitària reclama accions que ja eren volgudes per les àrees bàsiques i els Centres de Salut Mental i que ara són més necessàries que mai.

Aquest és el moment també perquè la psicologia general sanitària s'hi sumi als esforços de totes i tots en la lluita contra la pandèmia. Els serveis de psicologia clínica ja eren insuficients abans i estan més desbordats ara, i la injusta desproporció entre l'assistència pública i la privada s'ha agreujat. La necessitat de més places d'especialista i més especialitats psicològiques és més vigent que mai, com també una nova LOPS. En paral·lel, però, cal fer coses diferents. Cal innovar, i feliçment disposem de la psicologia general sanitària, la segona titulació psicològica reconeguda, amb la formació requerida per a desenvolupar aquestes tasques.

Aquesta estratègia no representa una alteració del model especialitzat sinó una dimensió complementària. L'única novetat és que es faci des del Departament de Salut, i es farà de forma progressiva i començant per les àrees de major desigualtat.

Sabem que els i les col·legues que treballaran en aquesta xarxa seran Psicòlegs/òlogues Generals Sanitaris/àries (PGS), que seran contractats/ades com a titulats superiors. I ara, més que mai, la professió té l'oportunitat de treballar unida, per damunt de diferències menors, davant la situació sanitària en què ens trobem.

Tanmateix, la coordinació entre serveis més generals i específics és una condició ineludible. El pla de benestar requereix cintura i sensibilitat de totes les parts, les que acompanyen i detecten i les que reben i tracten al ciutadà/ana sobrepasat/ada per la seva angoixa. I també haurem de recordar que el mapa no és el

territori i que les qualitats territorials marcaran el caràcter de l'acció comunitària de cada àrea bàsica.

Aquest nou camí ens brinda una ocasió de trobada. Totes i tots coneixem les tensions que habiten la nostra professió, originades en les diferències per competències, per titulacions, per matisos legals. La psicologia, tan transversal, potser per això mateix, pateix de benintencionades però de vegades excessives tensions frateres. Ara, la crida de la ciutadania i de l'assistència primària ens convoca a coordinar-nos deixant de costat les nostres reticències prèvies. Tots i totes, generalistes i especialistes, som capaços d'entendre'ns al servei d'una millor atenció psicològica al ciutadà.

I mentre assistim a (i participem en) la millora del nostre context professional, us convido a descobrir i trobar inspiració en el tercer número del nou Psiara, amb informació capdavantera, com la que trobareu a les entrevistes a la Dra. Christine Maheu sobre l'ajuda psicològica necessària durant els processos de càncer i a la Dra. Vicky Anderson sobre la rehabilitació en el dany cerebral en nens i nenes; reflexions que obren debat, com El repte de tenir fills durant la pandèmia de Laura Cerdán o No es pot fer pàtria sense tendresa de Mariana Fiksler; i necessaris articles sobre actualitat com Atenció psicològica a primera línia de malalts COVID-19 en un centre sociosanitari de Lourdes Font o #Actualitzantadolescències amb Alfredo Oliva, entre moltes altres inspiracions com el monogràfic dedicat al geni creador Vincent Van Gogh.

Bona lectura i bon estiu a tothom!

**Guillermo Mattioli**

Degà



# CHRISTINE MAHEU: “ENTRE EL 30% Y EL 50% DE LAS PERSONAS SUPERVIVIENTES DE CÁNCER REQUIEREN APOYO PSICOLÓGICO PROFESIONAL”

Dra. Christine Maheu, profesora en la Escuela de Enfermería Ingram de la Universidad McGill, científica clínica del programa de supervivencia al cáncer en el Princess Margaret Cancer Center de Toronto y codirectora jefa de investigación del proyecto Cancer and Work.

El número de supervivientes de cáncer aumenta año tras año, lo que es fantástica noticia. Aun así, el regreso de estas personas a la vida normal sigue sin ser nada fácil, ya que a menudo comporta hacer frente a consecuencias físicas, económicas y sociales indeseadas de la enfermedad, muy poco conocidas y tratadas, muchas de las cuales pueden abordarse desde la psicología, y de las que hablamos con la doctora, profesora e investigadora canadiense Christine Maheu, quien lleva años estudiando la atención de supervivencia al cáncer y, en concreto, las intervenciones clínicas de oncología psicosocial.

**¿Cuáles son los principales efectos del cáncer que afectan durante y después de la enfermedad a la vida personal y social de los pacientes?**

En lo laboral, los principales efectos son la fatiga y los cambios cognitivos, como la dificultad para realizar múltiples tareas y concentrarse. Y luego los efectos en la vida personal y social dependen de la gravedad de cada caso y de cómo se aborden los efectos tardíos y a largo plazo del cáncer y su tratamiento. Pero los constructos evaluados más extensamente en psicooncología son: el miedo a la recurrencia del cáncer (FCR), la ansiedad por la salud (HA), y la preocupación y la incertidumbre. No reconocerlos ni tratarlos

puede causar mucha angustia a las personas.

**¿Qué suele ocurrir cuando estas personas regresan al trabajo?**

Que pueden sentirse solas y abandonadas, al dejar de tener esa red de seguridad alrededor de sus visitas regulares que les proporcionaba el equipo de oncología. El FCR es una emoción común que afecta a la mayoría, aproximadamente al 55%. Y si bien esta emoción es normal, puede alcanzar niveles que requieran apoyo clínico profesional.

**¿Cuáles diría que son los retos más difíciles que afrontan?**



Dra. Christine Maheu, profesora en la Escuela de Enfermería Ingram de la Universidad McGill i científica clínica del programa de supervivencia al cáncer en el Princess Margaret Cancer Center de Toronto

**Primero, los diagnósticos de cáncer están asociados con una menor Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y capacidad laboral:** mientras que la mayoría de los y las supervivientes de cáncer (CS) que tenían un trabajo antes de sus diagnósticos continúan trabajando después del tratamiento, las revisiones sistemáticas recientes nos dicen que uno de cada cinco CS experimentará discapacidades relacionadas con el cáncer que reducen la CVRS general y la capacidad laboral. Los estudios longitudinales también demuestran que la capacidad de trabajo reducida entre los CS se asocia con una mayor incidencia de depresión, dificultades financieras, fatiga relacionada con el cáncer, neuropatía y, en última instancia, un peor estado de salud global.

En consecuencia, el riesgo de desempleo entre los CS es un 40% mayor que el de los individuos sanos. En conjunto, el cáncer representa un problema importante de salud pública que reduce la CVRS entre los CS y es una de las principales causas de la carga económica derivada de la disminución de la capacidad laboral, el retraso del retorno al trabajo (RTW), la pérdida del empleo y la jubilación anticipada.

**Y por otra parte, la reducción de la CVRS y la capacidad laboral entre los CS tiene consecuencias a nivel individual y social:** dado que la mayoría de los CS se encuentran en la mejor etapa de su vida laboral, la reducción de la capacidad laboral y la incapacidad de volver al trabajo de manera oportuna impone una importante tensión financiera, individual, familiar y social. Informes recientes estiman que el costo indirecto del cáncer entre los CS canadienses (por ejemplo, debido a la pérdida de horas de trabajo) fue de 3,18 mil millones de dólares anuales y que el ingreso familiar anual de los supervivientes fue un 26,5% más bajo que el de la población general. Una revisión reciente destaca la carga económica del cáncer y aboga por que el gobierno garantice apoyo para ayudar a amortiguar el impacto del cáncer y su tratamiento. Estamos viendo que los retrasos en el RTW impactan negativamente en la CVRS, mientras que lo contrario se asocia con un aumento de las puntuaciones de CVRS. Tomados en conjunto, estos hallazgos demuestran que la capacidad de trabajo y el

RTW son esenciales para mejorar la CVRS en los CS y, en última instancia, para su salud general y la recuperación económica para asumir una vida plena y productiva.

### **¿Podemos encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres o en función de la edad u otros parámetros?**

Sí, los estudios muestran que las mujeres retrasan la RTW en comparación con los hombres, y las personas mayores regresan más tarde que las jóvenes y tienden a volver al trabajo con cambios laborales como menos horas. Algunas se jubilan anticipadamente cuando reciben un diagnóstico.

El cáncer de mama es la mayor población con cáncer y afecta sobre todo a las mujeres. Si el tratamiento es muy intenso, como la quimioterapia, existe un mayor riesgo de RTW tardío. También notamos que las mujeres tienen más dificultades con RTW en relación con los efectos secundarios y los factores económicos. Sabemos que la duración de la ausencia del trabajo después del diagnóstico del cáncer de mama en etapa temprana fue de 11,4 meses más o menos 5,5 meses, y significativamente más prolongada para las que recibieron quimioterapia, y que la terapia multimodal retrasó el regreso al trabajo.

### **¿Considera que todos los supervivientes de cáncer necesitan la ayuda de los profesionales de la salud mental?**

Entre el 30% al 50% de estas personas experimentará angustia y ansiedad que requerirán apoyo profesional, como el trabajo en grupo. Entre el 10% y el 15% seguramente requerirá terapia psicológica individual intensa. Y los demás podrían beneficiarse del apoyo de la comunidad. Siempre es mejor evaluar primero y luego determinar cuál es el mejor enfoque para cada persona. Pero, definitivamente,

todas deben pasar un examen de detección de angustia en todas las visitas de seguimiento. La angustia puede ocurrir en cualquier momento durante el viaje del cáncer.

### **En su opinión, ¿cuándo es el mejor momento para iniciar la intervención psicológica con estos pacientes?**

Idealmente en el momento del diagnóstico, para continuar al menos un año después del regreso al trabajo. Lo primero que estas personas necesitan saber es cómo su cáncer y su tratamiento afectarán a sus habilidades laborales, para decidir si pueden continuar o deben dejar de trabajar temporalmente, saber cuándo pueden regresar a su trabajo anterior o si deben considerar un trabajo alternativo o solicitar una baja por enfermedad/discapacidad. Se trata de poder planificar con tiempo y expectativas realistas.

Después del tratamiento, es necesaria una evaluación y comunicación continuas de la recuperación de los síntomas (como neuropatía, desafíos cognitivos, problemas intestinales y de vejiga...) para pasar a una planificación más activa del regreso al trabajo. En el caso de la FCR, tiende a aumentar después del final del tratamiento. Es entonces cuando se debe realizar una discusión y evaluación al respecto

### **¿Puede explicarnos algunos casos que haya conocido que puedan ser representativos de la importancia de este tipo de tratamientos después del cáncer?**

Mi codirectora de Cancer and Work, consejera de rehabilitación vocacional con 25 años de experiencia, cuenta que a menudo se encuentra supervivientes de cáncer que se enfrentan a problemas psicológicos que nunca habían abordado hasta que acudieron a ella. Después

**“Entre el 30% al 50% de estas personas experimentará angustia y ansiedad que requerirán apoyo profesional, como el trabajo en grupo. Entre el 10% y el 15% seguramente requerirá terapia psicológica individual intensa.”**





de sus sesiones, a menudo ve que estas personas han sufrido depresión no diagnosticada hasta la discusión del regreso al trabajo, sin darse cuenta de que la depresión no había sido tratada y eso estaba afectando su capacidad para volver a su trabajo.

Dado que los problemas psicológicos son comunes después del cáncer, y que pueden reducir la capacidad de una persona para regresar al trabajo de manera óptima, las personas deben ser examinadas y evaluadas en cada seguimiento y preguntárseles si están demorando el regreso al trabajo por temor y ansiedad.

**Ahora Vd. es codirectora de [Cancer and Work](#). ¿En qué trabaja actualmente? ¿Cuáles son sus próximos objetivos?**

Trabajo junto al codirector, que es un consejero de rehabilitación vocacional desde hace 25 años. Hemos trabajado juntos durante más de 8 años y hemos elaborado muchas disciplinas para contribuir al cáncer y al trabajo, como profesiones de la salud, de la terapia ocupacional, fisioterapia, neuropsicología...

Ahora tenemos un estudio con supervivientes de cáncer que trabajan por cuenta propia, para conocer su experiencia al permanecer en el trabajo durante el tratamiento. A partir de

los resultados de este estudio, realizaremos vídeos testimoniales para enseñar a otros las estrategias para administrar el trabajo mientras trabajan por cuenta propia y reciben tratamientos para el cáncer. Y también estamos desarrollando un curso online para capacitar a los proveedores de atención primaria en apoyo al proceso de regreso al trabajo de los supervivientes de cáncer. Este curso es un curso acreditado y estará disponible gratuitamente este verano.

Y el próximo plan de investigación es realizar un ensayo con un seguimiento de dos años para comparar la efectividad entre [iCanWork](#), una intervención web basada en cuidados de atención oncológica en realidad virtual, y la atención habitual. Evaluaremos resultados en CVRS, capacidad laboral y tasas de RTW, y la satisfacción del tratamiento y la rentabilidad de iCanWork. Nuestro ensayo incluirá CS con consentimiento de cuatro centros oncológicos participantes y estará abierto a todos los CS interesados en Canadá.

**Como investigadora, ¿puede hablarnos de algunos de los últimos hallazgos de investigadores en este campo de estudio? ¿Alguna buena noticia?**

Está habiendo avances rápidos desde que se conocieron los impactos económicos y de salud

de FCR y RTW para los supervivientes de cáncer. Lo que estamos viendo son investigaciones que pasan de estudios longitudinales meramente descriptivos a estudios de intervención, es decir, hemos pasado de saber qué está mal a saber qué se puede hacer al respecto. Por ejemplo, para el RTW, las últimas revisiones sistemáticas recomiendan un enfoque multidisciplinar con fuertes componentes vocacionales. (Por eso es el enfoque que proponemos probar en nuestras próximas intervenciones de iCanWork). Para FRC, acabo de completar un ensayo clínico aleatorizado que muestra la efectividad de la terapia de grupo cognitivo-existencial por su eficacia para reducir la FCR inmediatamente después de las sesiones de 6 semanas y hasta 6 meses después. Nuestro documento se encuentra actualmente en revisión.

**Este mes de abril ha impartido la conferencia “[Después del cáncer: volver a la vida, volver al trabajo](#)” en el COPC. ¿Cuál es la idea más importante que le gustaría haber transmitido?**

Que en estos casos los problemas psicológicos deben abordarse más pronto que tarde para que no se conviertan en barreras a la hora de volver al trabajo. Y que debemos preguntar a los y las pacientes cuál es su preocupación al regresar. Debemos proporcionarles opciones de autocuidado para lidiar con la ansiedad, ayudarles a descubrir qué les brinda alivio como, por ejemplo, caminar, hacerles recomendaciones como que tomen descansos más cortos y más frecuentes durante el día, para dar un paseo enérgico y tomar aire fresco... Y que al evaluar los problemas mentales necesitamos contextualizarlos junto a los laborales y económicos, ya que provocan ansiedad y situaciones difíciles, como tener que regresar demasiado pronto por presiones económicas.

**¿Considera que la sociedad comprende cada vez más la importancia de la atención a la salud mental en general y la psicooncología en particular?**

En la práctica, no demasiado. Es cierto que el impacto psicosocial de un diagnóstico de cáncer se reconoce cada vez más como un problema clínico importante. Pero los problemas de

psicooncología aún no se abordan y las personas supervivientes de cáncer se sienten incómodos al mencionar el tema, ya que creen que deberían estar agradecidos de que su cáncer esté en remisión. Se necesita una mayor comprensión y conciencia sobre el efecto tardío y a largo plazo del cáncer y su tratamiento, siendo la angustia, la depresión y las deficiencias en la capacidad laboral algunas de las principales necesidades insatisfechas.



Una barrera importante es la falta de servicios al alcance cuando se identifica una necesidad. Existe la idea de que si no puedes ofrecer asistencia para un posible problema, mejor no lo evalúes. Pero hay muchas opciones en las que se podría pensar, como saber cuáles son los estudios disponibles que pueden respaldar estas necesidades de forma gratuita, como se hace con los proyectos de investigación.

(La entrevista completa, en inglés y con todas las referencias bibliográficas a los datos mencionados puede leerse [aquí](#)).



# ATENCIÓ PSICOLÒGICA A PRIMERA LÍNIA DE MALALTS COVID-19 EN UN CENTRE SOCIOSANITARI

PER LOURDES FORN VILLANOVA, PSICÒLOGA CLÍNICA

## Sobre l'autora

· Psicòloga clínica. Sociosanitari Vallparadís, Fundació Vallparadís. Mútua Terrassa. Experta en cures pal·liatives.

· Col·laboradora docent Universitat Abat Oliba i Universitat Vic-Universitat Central de Catalunya UVic-UCC. Doctoranda Universitat Ramon Llull. Facultat de Psicologia Blanquerna.

Aquest escrit és fruit de la meva experiència professional i la posterior reflexió personal sobre la situació en l'atenció psicològica a primera línia d'atenció dins el marc de la pandèmia. La meua intervenció com a psicòloga clínica s'emmarca en el centre sociosanitari Vallparadís a les unitats de convalsència, llarga estada, subaguts, pal·liatius i hospital de dia. Les funcions són d'exploració psicològica, d'intervenció (psicoteràpia, rehabilitació cognitiva, acompanyament al dol), d'atenció a les famílies, docència i investigació. El perfil d'usuaris atesos predominantment pel servei de psicologia són persones amb dany cerebral adquirit, deteriorament cognitiu, trastorns psiquiàtrics i necessitats pal·liatives.

## Arriba la COVID-19

El 12 de març de 2020, la tasca assistencial del centre sociosanitari es veu modificada totalment. Aquesta data marca el tret de sortida del que serà un període que mai ningú oblidarà ni en l'àmbit professional ni personal.

Ha arribat la pandèmia.

Es modifiquen els horaris laborals dels professionals així com les funcions i aquell cap de setmana treballem habilitant espais,



fent llits, cercant material necessari, preparant medicació, establint circuits, elaborant protocols.

Es crea un equip, anomenat de suport, on treballem conjuntament els equips de psicologia, treball social, logopèdia i teràpia ocupacional. Les noves funcions són: seguiment i assessorament telefònic als familiars, adaptació de protocols al nou funcionament, suport al dol i acompanyament als familiars que venen a fer visita de comiat, contacte i tràmits amb les funeràries, amb el servei religiós, amb altres serveis externs, realització de videotrucades pacient-família i trucades a la família per demanar material divers necessari pel pacient.

Es realitza formació ràpida sobre mesures d'autoprotecció i com posar-se l'Equip de Protecció Individual (EPI). Hi ha una falta de material que, com en tots els centres durant els inicis de la pandèmia, es resol com es pot.

Arriben metges externs per tal de donar suport als metges del centre. Es reforça l'equip d'infermeria i auxiliar. Tots els professionals del centre encara que no siguin d'atenció directa (administració, bugaderia, neteja, mossos...) es troben implicats en infinitat de tasques que sense la cooperació de tothom no seria possible realitzar. Malgrat els reforços ens trobem

saturats i al límit.

**S'inicia el que serà un any ple d'incertesa i d'angoixa. Manquen directrius atès que la pandèmia ha agafat per sorpresa a tothom, i no se sap com actuar ni com serà l'evolució.**

### **El país es confina**

La por es llegeix als ulls dels professionals. Por per un mateix i per ser transmissor a la mateixa família que es troba confinada a casa. Companys que es van contagiant. Por que en molts casos esdevé pànic pel desconeixement, per la manca de formació i de material adequat per malalties contagioses. Hi ha preocupació, moments de plors, d'angoixa, es donen crisis d'ansietat. La pressió assistencial és terrible. No es dona l'abast de trucar a les funeràries, que també es troben desbordades. Les emocions esdevenen muntanyes russes, a voltes autocontrolades i a voltes desbocades. Apareixen sentiments de tristesa, esgotament físic i emocional, insomni, hiperactivitat, impotència, frustració, autoexigència desmesurada, sentiments de



falta de control, d'irrealitat. Cal dir també que les situacions límit al mateix temps que generen reaccions negatives, també afavoreixen determinació, solidaritat, cooperació i suport mutu.

Els malalts i els familiars també es troben tristos, ansiosos, irritables. En molts casos amb diferents membres de la mateixa família ingressats a diferents hospitals o tancats a casa fent quarantena. Expliquen molts cops que acaben d'acomiar-se d'un altre membre de la família (no es fan enterraments). La crua realitat és que després de deixar el seu familiar a urgències, en pocs dies, se'ls avisa per acomiar-se i després no els resta més que una urna i una bossa amb pertinences que no poden tocar en uns dies (en aquell moment, ningú no sap quants) perquè es troben contaminades. I en moltes famílies això s'agreuja perquè en poques setmanes els notifiquem que han de venir a acomiar-se d'un altre familiar. Situacions dramàtiques.

Els psicòlegs hem de fer suport als companys professionals quan ho necessiten, a més de als pacients i familiars. Escoltem i facilitem l'expressió de l'angoixa dels familiars quan pregunten si hi ha millores, o si han de dur les sabatilles de casa, o quelcom per berenar, o demanant videotrucades, quan en realitat el pacient es troba a les darreres hores de vida. Apareix (fruit dels dols no resolts, de la tristesa, de la frustració, de la impotència i de la por) la incomprensió de malats i familiars, amb exigències irracionals, irritabilitat verbal, reclamacions i amenaces als professionals que es troben massa esgotats per a gestionar aquest *tsunami* emocional que els arriba de fora per si no en tenien prou amb el seu propi.

I l'eslògan escollit: <<tot anirà bé>>, inicialment perdonar ànims, es converteix en una frase cínica i dolorosa. Penjat a les portes per on passen les famílies que venen a acomiar-se. No, per elles <<no va bé>>. La ciutadania aplaudeix cada dia, inicialment com un reconeixement a l'esforç però amb el pas dels dies, com un costum per canalitzar la por, la incertesa i l'avorriment dels milers de persones que es troben tancades a casa, privades de les seves vides. Passats els primers dies, molts professionals que ho

haviem rebut inicialment amb agraïment, hauríem preferit que no s'aplaudís més i que, al vespre, després d'una jornada de 10 hores frenètiques, en sortir als carrers desèrtics, poder arribar a casa per realitzar els rituals de dutxa i desinfecció de roba i sabates (obsessius i carregats de por), i trobar el silenci, descans, i evasió de la situació viscuda hora darrera hora. Se suma també el sentiment que no som més mereixedors d'aplaudiments que les altres persones de serveis essencials que treballen a botigues d'aliments o repartint a domicili, per citar alguns col·lectius que dia rere dia exposen també la seva salut. I l'esgotament de la jornada deixa pas a la por pels nostres: no abracem, no fem petons, molts professionals han marxat fora de casa, o han enviat els nens i els familiars de risc fora de casa. Un descans que en solitud es converteix en buidor emocional.

Passen les setmanes sense adonar-nos, arrossegats per l'espiral que resulta ser la pandèmia. Sense parar esment en la implicació i esforç professional i personal.



Arriba l'estiu com una alenada, com una mitja part d'un partit, donant-nos una mica de treva. Els polítics responsables sanitaris van canviant els protocols continuadament perquè la pandèmia és nova i no s'estava preparat per tot això. Les decisions no són sempre fàcils ni sempre científiques. La salut es barreja amb l'economia i això sempre fa de mal gestionar. Els mitjans de comunicació no ajuden, amb la seva deriva cap al sensacionalisme i la poca psicologia en la gestió emocional. Ens trobem en un món centrat en valors com l'individualisme, la immediatesa, la possessió de béns, el culte al que és superficial, al cos, un món on no hi ha cabuda per la tristesa, el patiment, el



dolor, la malaltia i la mort. On els humans i principalment el mal anomenat primer món ens hem cregut que som amos i senyors de tot el que ens envolta, i que tenim el control de tot. I la pandèmia ens ha posat un mirall al davant. Ens ha obligat a reflexionar. Ens ha mostrat la pròpia vulnerabilitat, i el que genera la major angoixa existencial: la por a la mort.

## I ara què?

Arriba la “nova” normalitat. S’observa a la societat una ambivalència de sentiments: alegria per la semi llibertat, per trobar-se (qui ho està), per tenir feina (qui en té), però por i incertesa pel futur, per la malaltia, per l’economia, per les relacions socials. Tristesa dels qui han perdut éssers estimats, dels qui han perdut la feina, de qui ha tancat el negoci o veuen com aquest perilla dia a dia, dels qui no tenen grup bombolla, dels qui en tenen i voldrien no tenir-ne. De la gent gran, que ha estat a l’ull de l’huracà, però també dels joves, els somnis i les relacions socials dels quals s’han vist aturats de sobte. I tristesa en veure el món, amb les injustícies de sempre, que es fan més paleses quan s’observa quines zones reben vacunes i quines no.

En l’aire hi sura la tensió i la irritabilitat. S’esdevé un dol col·lectiu no resolt que cadascú elabora amb les eines i estratègies que té. Es veu el moment del dol en què es troba cada persona, la fluctuació entre fases en l’elaboració d’aquest procés: xoc (paràlisi, hiperactivitat, ansietat, confusió, dissociació, despersonalització, sensació d’irrealitat), negació o evitació (no creure’s el que està passant, escepticisme), tristesa (labilitat emocional, plor, depressió, intents de suïcidi, abatiment, inatenció), ràbia (cinisme, racionalització negativa, irritabilitat, cerca de culpables, retrets), memoració (no deixar de parlar del tema, sentiment de pèrdua inexorable, visions recurrents dels fets ocorreguts).

En el centre s’han recuperat tasques, rols i horaris. Els EPI s’han incorporat dins la “nova” normalitat. Però els espais i el funcionament del centre han canviat. Fem rituals constants que temps enrere hauríem catalogat de trastorn

obsessiu compulsiu (desinfectem mans, roba, sabates, taules, ordinadors, papers, bolígrafs, telèfons...). El centre és ple de rètols: “zona neta”, “zona bruta”, “entrar per aquí”, “sortir per allà”. Ens posem i traiem bates constantment, dobles mascaretes, pantalles, ens fem desenes de proves PCR. Ens hem acostumat a ofegarnos pujant les escales amb les mascaretes o a tenir la suor que ens impregna dins les capes de plàstic que duem a sobre. Ens hem habituat als canvis constants, ara llits COVID-19 ara no, ara habitació de risc, ara ja no.

Ens hem habituat a la situació, ja no sura a l’aire la por inicial, els plors o les crisis d’ansietat, però sí que s’observa l’esgotament i l’apatia. Molts professionals no han recuperat la son.

Les psicòlogues som dipositàries de moltes angoixes, pors i incerteses individuals que infinitud de companys (i coneguts) han ventilat i abocat en nosaltres. Malgrat que ens han fet arribar múltiples rètols, tríptics i pàgines web amb pautes elaborades pel col·lectiu psicològic d’altres centres, d’altres institucions o del mateix col·legi de psicologia, la realitat que observem és que no han estat massa útils perquè les persones necessitaven la proximitat del professional. Hem facilitat telèfons de suport psicològic, però moltes demandes ens han acabat recaient a nosaltres mateixes. Així doncs, les psicòlogues del centre, al límit pel dia a dia, pels pacients i les seves famílies, carreguem també amb les angoixes dels companys.

## Els professionals sanitaris estem immersos en un estrès posttraumàtic col·lectiu.

Parlem de segona onada, de tercera, de quarta... Constatem que el coronavirus ha vingut per quedar-se, encara que sigui en menor mesura.

A l’àrea de psicologia ja no es fan grups de teràpia. Tot és individual, a les habitacions, on en molts casos cal entrar amb tot l’equipament EPI tant si són persones amb COVID-19 positiu com, en la majoria de casos, si es fa com a mesura



preventiva. Les exploracions són bàsiques, ja que a les habitacions amb aïllament no es pot entrar material que no es pugui netejar. Es manté el suport emocional i les videotrucades als familiars.

Molts i moltes professionals es troben de baixa. Molts han agafat la COVID-19, per sort la majoria de casos han estat lleus però no tots. Visitem pacients amb seqüeles cognitives, físiques, funcionals i emocionals que recorden que la COVID-19 és ben present. Perquè es parla molt de morts per COVID-19, però no tant de les persones que moren poc temps després d'haver superat la COVID-19, ni de les que tenen seqüeles que els hi marcaran la resta de la seva vida. Moltes persones (sobretot les persones grans) s'han acostumat a no sortir, ja no ho volen fer, amb el que això els hi suposa de pèrdua funcional i d'aïllament social. Altres han fet una davallada física i cognitiva i el pacient que ara arriba als centres és diferent que abans de la pandèmia.

## I el futur?

Les vacunes han obert l'horitzó, han esdevingut una fita, i han suposat una esperança. Han fet disminuir els nivells de por i d'incertesa, malgrat que els mitjans de comunicació plantegin, dia sí i dia també, dubtes sobre aquestes vacunacions (per motius sensacionalistes?, per motius científics?), sense ser conscients que amb això impedeixen que tota la societat pugui avançar en els dols i sanar emocions. La sanitat, ja molt afectada prèviament a la pandèmia per factors econòmics i per les retallades, ha canviat. Cap servei ni cap centre funciona com abans.

Mantenim l'esperança i les ganes de restaurar el sistema sanitari, però ens resta la por que la sanitat no hagi quedat tocada per sempre.

A les persones, als professionals de la salut i, específicament, al col·lectiu de la psicologia ens toca refer ponts i sanar ferides emocionals. Posar en relleu els valors que la pandèmia ha potenciat, com la solidaritat i la cooperació, sense els quals no hauríem pogut treballar, i valorar l'esforç que tothom ha realitzat, així com potenciar les pròpies capacitats i recursos, per tornar-nos a il·lusionar.

## Què recomanar des de la psicologia? Quines pautes poden ser útils ara i de cara al futur?

**En l'àmbit personal:** fomentar els recursos adaptatius i l'autocura (fer esport, escoltar música, passejar, escriure, cantar, dibuixar, fer relaxació...). Facilitar la reconciliació amb un mateix i amb els altres. Valorar i acceptar els canvis i el creixement personal ocorregut. Reflexionar sobre els valors remoguts. Aprendre a viure amb la incertesa i fomentar la capacitat d'adaptació. Entendre el procés de dol viscut i identificar els diferents sentiments i les reaccions com a normals. Donar-nos temps i ajustar-nos al ritme que cadascú necessiti. Ser honestos amb nosaltres mateixos reconeixent les febleses i les fortaleses i cercant ajut extern i professional si és necessari. Reforçar les pròpies estratègies emocionals amb actituds i verbalitzacions positives. Aprendre a reflexionar sobre la malaltia, el dol, la mort i concretament la pròpia mort i les preocupacions vitals. Valorar el que es té. Fer un treball personal i individual

sobre les emocions per fer fora els nostres fantasmes i conèixer-nos millor. Retrobar espais de comunicació, expressar els sentiments a la família, les amistats i comptar amb l'entorn proper com a font de suport mutu. Riure, tenir estones d'oci sol i en companyia, redescobrir les activitats que es feien i cercar-ne de noves dins el que la realitat actual permet. Modificar hàbits de vida i ser creatius.



És necessari realitzar formació específica i tenir protocols per a situacions d'emergències en els centres sanitaris; cal comptar amb un suport psicològic específic per als professionals i disposar d'espais (lloc i temps) per a moments de crisi, tal com funciona dins els equips d'emergències, per tal d'estar preparats per a futurs episodis. Finalment, aprendre a extreure els valors positius que la pandèmia ha fet aflorar i donar relleu al creixement personal i professional ocorregut.

**En l'àmbit professional:** fomentar el treball en equip. Redefinir els fets viscuts i acceptar accions i sentiments. Donar valor a l'autosatisfacció amb la feina feta, en els beneficis que hem pogut aportar als malalts i familiars atesos i en el que hem après per tal que en el futur aquesta experiència ens permeti actuar millor. Empoderar-nos i empoderar l'equip. Reflexionar sobre casos atesos que ens hagin marcat, tant per felicitar-nos com per aprendre dels errors. Donar valor a la dignitat de cada persona (professional, pacient i familiar). Practicar l'escolta activa. Transmetre la importància de cuidar-se i educar en les cures. Fomentar la reflexió ètica que en aquests mesos ha generat molts dubtes, dilemes i incerteses. No minimitzar ni simplificar: la mort és complexa, acompanyar a morir no és fàcil, les situacions límit viscudes deixen petja. És imprescindible desenvolupar, treballar i formar-nos en estratègies d'empatia, d'assertivitat, d'habilitats socials, i fomentar valors com la confiança, la cooperació, el respecte, el suport mutu, la tolerància, la reflexió i la calma. Aprendre a tenir capacitat d'autocrítica com a equip i valorar que el suport emocional ha estat, és i serà tasca de totes i tots. Tenir present que el procés de dol (del professional, del malalt, del familiar, de la societat) és llarg i cal temps.

# ENTREVISTA A JOAQUIM SERRABONA, COORDINADOR DEL POSTGRAU EN TERÀPIA PSICOMOTRIU DEL COPC

Joaquim Serrabona Mas. Doctor en psicologia, professor a la Universitat Ramon Llull de Barcelona des de 1997 fins a 2020. Psicòleg clínic, psicomotricista i terapeuta familiar de l'Espai de Psicologia i Psicomotricitat Luden. Corresponsable del programa d'atenció psicomotriu a les escoles públiques de Terrassa. Director dels cursos de postgrau "Especialista en psicomotricitat" i "Teràpia psicomotriu" impartits a la Universitat Ramon Llull (25 edicions). President de la Secció de Psicologia de l'Educació i del Consell Professional del COPC. Autor de diversos llibres com: *Abordatge psicomotriu de les dificultats de desenvolupament* ed. Horsori. *Conversacions sobre psicomotricitat*, ed. Corpora, etc.

## **La teràpia psicomotriu ha evolucionat molt els últims anys o és una àrea que té el cos teòric i pràctic molt consolidat i estable?**

Les dues afirmacions són certes. La psicomotricitat com a disciplina té ja més d'un segle d'història, si comptem des que el neuropediatre E. Dupré, va començar a fer servir el terme psicomotricitat. Però és indubtable que la psicomotricitat ha evolucionat molt, tant en el pla teòric com pràctic, gràcies al seu propi recorregut teòric i d'acció, que ha donat lloc a nombroses investigacions i fins i tot a tesis doctorals.

Com tot concepte, idea, corrent o disciplina, la psicomotricitat s'ha anat construint amb la suma de diverses aportacions, coincidents al voltant d'uns conceptes fonamentals, però que tenen un eix comú en el concepte de totalitat corporal. Entorn al cos i al seu moviment s'ha anat construint una nova forma d'entendre l'ésser humà.

També disciplines com les neurociències i la psicologia del desenvolupament durant aquest període han aportat molt a la psicomotricitat i a la psicologia en general. Disciplines que han



consolidat el marc teòric de la psicomotricitat, ja ningú dubta de la unitat de l'ésser humà i autors tan reconeguts com Damasio confirmen la importància de treballar sobre la totalitat corporal.





Joaquim Serrabona Mas. Doctor en psicologia, professor a la Universitat Ramon Llull de Barcelona des de 1997 fins a 2020.

### **Com s'adapta una teràpia psicomotriu a cada condició de cada persona?**

Si hi ha alguna cosa que caracteritza l'abordatge psicomotriu és el seu ajust a les necessitats i demandes dels nostres pacients. Els dispositius i metodologies es poden adaptar perfectament a les diverses patologies i cicles vitals, sense perdre l'essència del seu abordatge, que podem resumir en cinc principis bàsics

1. Treballem en la dimensió motriu (cos i moviment).
2. Treballem sobre la totalitat de la persona.
3. Busquem un equilibri sistemàtic sobre totes les dimensions de la persona.
4. Afavorim el plaer sensomotriu i plaer de domini (primari i secundari).
5. Afavorim el pas de l'acció, a través de situacions emocionals significatives, a la mentalització (de l'acció al pensament).

Partint d'aquests pressupostos adaptem i,

perquè no, creem, una forma de fer que ens permeti donar una bona resposta terapèutica.

D'altra banda en concebre la teràpia com un procés de co-construcció on el pacient és considerat com un expert, ens situem en una posició dialogant que permet escoltar i actuar de la manera més ajustada possible.

En aquest sentit, durant la formació del Postgrau en Teràpia Psicomotriu, donem gran importància a l'apartat de formació personal específica on ajudem els i les alumnes a construir un sistema d'accions i actituds que permeti al terapeuta psicomotriu, com he dit anteriorment, ajustar-se a les necessitats pacient i donar una resposta ajustada.

### **Com s'adapta una teràpia psicomotriu a cada context?**

L'abordatge psicomotriu es pot i de fet es realitza en diversos contextos, tant preventiu, educatiu, terapèutics i socials. Actualment són molt amplis els camps d'acció del psicomotricista. Hi ha psicomotricistes als CDIAP, escoles ordinàries i d'educació especial, CSMIJ, institucions



privades, residències de tercera edat ... És veritat, que la metodologia psicomotriu necessita unes condicions d'espai i material que poden limitar la seva implementació en alguns llocs, però cal dir que en aquests darrers 30 anys ha estat molt significatiu l'augment d'espais i projectes que en diversos contextos han anat implementant aquest tipus d'abordatge, gràcies al fet que ha anat demostrant la seva efectivitat.

### **Hi ha diverses aproximacions teòriques o metodològiques a la psicomotricitat?**

Sí, com en tota disciplina la mirada i actuació pot ser diferent, i de fet fa uns anys hi havia un cert enfrontament teòric entre una psicomotricitat d'ordre més instrumental (cognitiva) i un altre abordatge de tipus més relacional, amb gran influència de la psicoanàlisi.

Actualment, com passa en altres tipus d'abordatges terapèutics, s'ha produït un procés integrador que des d'una fonamentació constructivista postula una teràpia psicomotriu integradora que dona una resposta real a la totalitat de la persona. Aprofito per comentar que el postgrau que realitzem al COPC té aquesta concepció integradora.

### **Quins són els possibles camps d'investigació en psicomotricitat?**

La veritat és que són molt amplis i variats. Com he comentat anteriorment, tant en l'àmbit nacional com internacional, hi ha una producció molt important d'investigacions que es veuen reflectides en publicacions en revistes especialitzades internacionals com la Revista Iberoamericana de Psicomotricidad, o nacionals com Entrelíneas, on podem trobar articles amb gran contingut.

També durant l'última dècada s'han publicat molts llibres, en gran mesura gràcies a la tasca d'editorials com Corpora (Argentina) o Graó (Catalunya), entre d'altres, i també de tesis doctorals.

Actualment, estem confeccionant un repositori internacional a través del grup GEIFP, que està recollint totes les investigacions i projectes

psicomotrius que s'han publicat a Europa i Amèrica.

**“Hi ha psicomotricistes als CDIAP, escoles ordinàries i d'educació especial, CSMIJ, institucions privades, residències de tercera edat...”**

### **Quins tipus de trastorns obtenen millors resultats després d'una teràpia en psicomotricitat?**

Tot i que inicialment l'abordatge psicomotriu estava centrat en trastorns de l'eficiència motriu (dispràxies) o trastorns de l'esquema corporal (lateralitat, adaptació espai-temps), progressivament s'ha anat veient la seva eficàcia en altres tipus de trastorns del desenvolupament com els trastorns tònic emocionals (inestabilitat o inhibició), trastorns neurobiològics (TEA) i de la personalitat o conducta. Tampoc podem oblidar com la psicomotricitat pot donar resposta a la prevenció en les diversos cicles



vitals, donant gran importància a la infància, però cada vegada més a la tercera edat.

### **Quins espais de formació contínua o per compartir experiències i resultats en psicomotricitat hi ha establerts?**

Les formacions en psicomotricitat s'han anat encaminant dins de la formació universitària, en graus vinculats a la salut i a l'educació, especialment en estudis com Educació i Psicologia. Aquesta via formativa, generalment sol ser a través d'alguna optativa que resulta insuficient per arribar als nivells

d'especialització necessaris per dur a terme un treball psicomotor adequat.



Per aquesta raó la via formativa més completa a Espanya passa pels cursos de postgrau. Aquests cursos han anat evolucionant de manera positiva en aquests últims anys, creixent en nombre d'hores de formació i sobretot en coherència interna i aprofundiment dels continguts, gràcies a l'experiència formativa acumulada.

Com és el cas del Postgrau en Teràpia psicomotriu que organitza el COPC i que gràcies a l'experiència de l'equip docent, permet donar una formació específica i profunda en aquest camp professional, és a dir, acompanyar l'alumne des d'una formació teòrica sòlida cap a una formació pràctica que li possibiliti per exercir la responsabilitat de la feina de la persona psicomotricista.

**“El Postgrau en Teràpia psicomotriu organitzat pel COPC ofereix els recursos adients per dur a terme un projecte d'intervenció en teràpia psicomotriu”**

**Què pot aportar el postgrau en teràpia psicomotriu organitzat pel COPC en la formació dels psicomotricistes?**

La persona psicomotricista hauria de portar a terme les tasques de prevenció, detecció de necessitats, avaluació, diagnòstic, orientació, assessorament i intervenció psicomotriu en les diverses etapes evolutives i en els diferents àmbits d'actuació (educatiu i terapèutic) reconegudes per la FAPEE (Federación de Asociaciones de Psicomotricidad del Estado Español).

El **Postgrau en Teràpia psicomotriu organitzat pel COPC**, a part de permetre aconseguir l'acreditació com Psicòleg expert en Psicomotricitat, ofereix els recursos adients per dur a terme un projecte d'intervenció en teràpia psicomotriu, gràcies als tres camps formatius interrelacionats que desenvolupa el curs: pràctic, teòric i personal.

El programa del Postgrau es pot descarregar aquí.



# PRESENTACIÓ DEL GRUP DE TREBALL CREATIVITAT, PROCÉS ARTÍSTIC I SALUT MENTAL

PER RAQUEL VIDAL ARANDES. PSICÒLOGA CLÍNICA. PSICOTERAPEUTA PSICOANALÍTICA I  
GRADUADA SUPERIOR EN BELLES ARTS

El Grup de Treball Creativitat, procés artístic i salut mental de la delegació territorial de Girona neix en plena covid-19, i sorgeix com a necessitat de generar un espai de pensament, estudi i reflexió des d'on poder aprofundir i investigar al voltant de la **psicologia** i els seus vincles amb la **creativitat** i l'**art**; concretament, de les seves repercussions i manifestacions dins del camp del psiquisme i de la salut mental.

No és un fet casual que les membres que integren el nucli d'aquest nou Grup de Treball tinguin un vessant artístic que desenvolupen de manera activa conjuntament amb la psicologia.

El fet creatiu neix de la imaginació i engloba diversos processos mentals entrelaçats que no han estat completament desxifrats per la fisiologia. La qualitat de la creativitat pot ser valorada pel resultat final i aquesta és un procés que es desenvolupa en el temps i que es caracteritza, entre d'altres, per l'originalitat, per l'adaptabilitat i per les seves possibilitats de realització concreta. En aquest sentit, al Grup de treball li interessa especialment el procés artístic i les seves diferents manifestacions al llarg del temps per tot el que això té a veure amb la cultura.

Reflexionar al voltant del acte creatiu i l'obra d'art mitjançant la recerca i aproximació a les vides i obres de diferents autors i disciplines artístiques constitueix una de les propostes específiques del Grup de Treball. Amb el **Monogràfic sobre Vincent Van Gogh**, que consta de tres articles al voltant del pintor, ens volem donar a conèixer a tots vosaltres, col·legiats i col·legiades del COPC.

Esperem que els nostres escrits us enriqueixin, us portin quelcom de nou sobre aquest gran artista que va ser Vincent Van Gogh i, al mateix temps, us agradi.





# MONOGRÀFIC SOBRE VINCENT VAN GOGH

LA RELACIÓ ENTRE LA PSICOLOGIA  
I LES SEVES OBRES

**La grandesa de Van Gogh. De l'obscuritat a la llum** Concepció Escandell

**Tres pel·lícules i un documental: Van Gogh i les mirades del cinema** Roser Soliva

**Vincent, Theo i Johanna Van Gogh: entre el sacrifici, la gelosia i la reparació** Raquel Vidal



# LA GRANDESA DE VAN GOGH. DE L'OBSCURITAT A LA LLUM

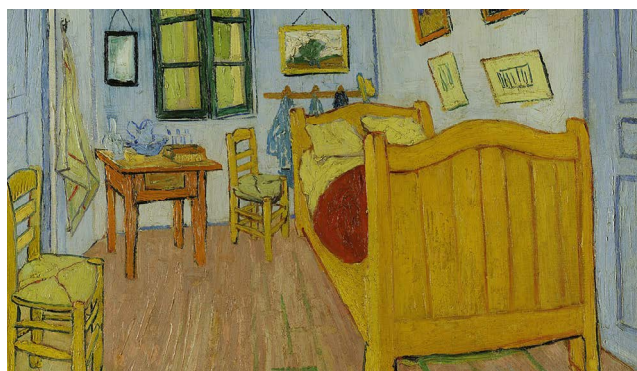
PER CONCEPCIÓ ESCANDELL DARANAS, PSICÒLOGA CLÍNICA I PSICOTERAPEUTA

És freqüent qualificar els artistes com a individus marginats, genis incompresos i rebutjats, en pugna amb el món i amb ells mateixos. El tòpic és absolutament aplicable al geni neerlandès, que va ser en quasi tots els aspectes de la seva vida un fracassat: com a negociant, com a predicador i com a pintor. Dels 800 quadres que va pintar se'n van vendre pocs en vida.

Va treballar sense descans i preferia passar gana que prescindir dels materials que necessitava per a la seva obra. Concebia l'art com una religió i s'hi va dedicar amb la resolució d'un anacoreta, al mateix temps que el turmentava la soledat. Malgrat sentir un amor incontenible cap a les altres persones era massa susceptible i absorbent per a mantenir qualsevol amistat durant gaire temps i, segons sembla, les dones que va conèixer se n'allunyaven per com era d'exigent i pel menyspreu escandalós amb què rebutjava les convencions socials.

Amb el temps, després d'anys de sofriment i abandonament, es va enfonsar totalment en la seva estada a Arles, mentre convivia amb Gauguin, on va ocórrer el lamentable i tèrbol incident: es va tallar un tros d'orella. Va estar ingressat en un psiquiàtric i finalment es va suïcidar el juliol de 1890, als trenta-set anys.

El desenvolupament pòstum dels fets segueix l'estereotip romàntic del destí artístic. Ni tan sols es va poder organitzar una exposició com a homenatge, tal com volia el seu germà Theo.



*El dormitori de Van Gogh a Arles, sèrie pictòrica. Vincent van Gogh. 1888*

## Què en sabem de la seva biografia

Vincent, fill primogènit del pastor protestant Theodor Van Gogh i d'Anna Cornelia neix el 30 de març de 1852, li posen el nom de l'oncle patern. Neix mort. Al cap d'un any, just el mateix dia, tornen a tenir un fill a qui li posen el mateix nom i passa a ser el substitut d'un fill idealitzat mort. Neix, doncs, sota unes circumstàncies desafortunades. La vinculació amb la mare ve marcada per la depressió d'ella en la qual és incapaç d'oferir-li una vinculació de seguretat bàsica en l'àmbit emocional. Aquesta vinculació li marcarà com a patró la resta de les relacions -de gran exigència- que anirà establint al llarg de la seva vida. Serà el germà gran de la família sense ser-ne el primogènit. Serà el geni que tots coneixem. Quatre anys més tard neix Theo, el germà que el va valorar i mantenir fins a la mort, i amb qui va mantenir una relació epistolar des



dels dinou anys fins a la mort. Van tenir quatre fills més, alguns dels quals van patir trastorns psiquiàtrics. En els antecedents familiars sovintejaven els homes d'església i els dedicats a comerç d'obres d'art, especialment pintura. No és d'estranyar doncs que les dues vocacions de Vincent vagin per aquests camins.

Les biografies parlen d'un nen trist, irritable, fugisser, reservat, introvertit, de tracte difícil. Va ser un estudiant mediocre, absort, amant de passejades solitàries. Als vint-i-cinc anys acumula una llarga llista de trasllats de ciutat en ciutat i de feina en feina. Les vegades que ha obtingut una plaça laboral ha estat gràcies a la influència i relacions familiars, però gairebé totes han estat conflictives a causa de la seva peculiar manera d'entendre l'art, la ideologia contrària al comerç, la manca de comprensió del que se li demanava i de les relacions socials.

**“Tu saps que he descuidat la meua aparença personal, ho admeto, i admeto que resulta xocant per a altres persones...és una bona manera d'assegurar-me la solitud necessària per poder aprofundir més o menys en algun tema que em preocupa.”**

Carta 120 abril (1879).

A partir d'aquí ja serà incapaç de guanyar-se la vida i haurà de ser mantingut pels pares però sobretot per Theo. Amb el seu fort caràcter i gran obstinació decideix anar a Borinage, a les mines de carbó de Bèlgica com a sacerdot, després d'un desengany amorós, la frustració del qual el porta a abocar-se a la religió. Viu en una pobresa extrema, no menja, dorm sobre palla perquè regala els pocs mobles que li havien comprat els pares. Visita malalts. Les espantoses condicions de vida de la població van commoure la seva consciència social. Es va vestir i viure com els miners. En un intent de ser un d'ells s'embrutia de carbó. Hi treballarà durant sis mesos fins que els seus caps el destitueixen per la mala imatge que dona de l'església. El fanatisme, l'abnegació propera a l'ascetisme i l'absolut rebuig a seguir les normes i els consells dels seus superiors el decideix de seguir sense sou, amb una manca de recursos material superior a la de la població minera. Entra en una crisi profunda. Es va trobar

en aquell entorn tan negre, desesperadament pobre, sense feina, sense direcció. Frustrat, humiliat i avergonyit per no poder complir cap de les expectatives que s'havia marcat, se n'aparta i acaba queixant-se amargament del que ell viu com a intromissions de la família en la seva vida. Persistirà a seguir un camí propi que ell considera “la veritable vida”.

*“Si sents que sóc un pes mort o una càrrega per a tu o per a la família, que no serveixo per res...fins al punt al qual seria millor no existir... si fos així jo seria víctima de la tristesa més absoluta i cauria en la desesperació... No puc suportar ser la causa de tants disgustos... preferiria no durar massa en aquest món... Sense voler m'he anat convertint dins la família en un personatge impossible i sospitós, en algú que no té la confiança dels altres... Sóc un home passional, capaç d'actuar amb insensatesa i de penedir-me'n poc després...”una part de nosaltres que diuen que no mor mai i que anomenen ànima, no deixa de buscar, i buscar, i buscar.”* (Carta 120, abril de 1879).

S'ha traslladat disset vegades entre els vuit i els trenta anys. No ha estat capaç d'arrelar enlloc ni ha fet vincles significatius amb ningú fora de Theo. En aquesta etapa pinta dos-cents quadres obscurs i terrossos que deixarà a casa la mare i aquesta els vendrà al drapaire. Els quadres que el situen entre els més grans no apareixeran fins als quatre darrers anys de la seva vida.

Al llarg de la seva obra veiem com es va produint un canvi molt significatiu en l'ús de la forma però especialment del color. Les primeres èpoques els dibuixos a carbó i les pintures en l'etapa de les mines són foscos i intimistes, volia expressar la dignitat laboral del proletariat camperol. Sentia una profunda aversió cap al món industrial, el qual considerava que degradava l'ésser humà. “Menjant patates” seria un bon exponent de la dignitat, l'honestedat de guanyar-se la vida amb el treball dur, l'austeritat, sense sotmetre's als cànons de la bellesa que deforma per poder arribar a l'essència. La seva carrera artística es va limitar a deu anys. Inicia el 1880 després del seu fracàs com a predicador, entre els miners de Borinage. En aquells dibuixos es pot veure la profunditat dels seus sentiments humanitaris que l'havien portat al sacerdoti, sobretot la compassió pels treballadors humils. Admirava



*Menjant patates, pintura a l'oli. Vincent van Gogh. 1885*

Dickens, Víctor Hugo i Zola perquè tenia una consciència social molt desenvolupada que el feia dibuixar quadres sentimentals i moralistes.

Després d'aquesta etapa d'obstinada religiositat i sacrificis humiliants, que l'ha dut voluntàriament a viure en la misèria més absoluta, marxa cap a París on contacta amb els impressionistes i s'inicia un període que anirà en increment de la seva passió pel color. Hi ha una migració de nord a sud, és el seu intent de fugir de la foscor, de buscar la llum a través del color. Es produeix una separació amb el passat i es desborda la seva capacitat creadora, deixa el món obscur dels camperols juntament amb la religiositat cristiana que es transforma en llum, en la cosa primigènia, com a força vital, d'expressió i afirmació existencial, apareixen els blaus i els grocs.

**“En la sublimació l'impuls originari desapareix perquè li és sostreta l'energia en benefici de la catexi del que la substitueix...la sublimació necessita d'un torrent irrefrenable de libido... per això la sublimació apareix quan desapareix la repressió.”**

Fenichel (1982).

Va al sud cercant la llum del Midi, on la naturalesa és més agradable, la llum més clara i els colors més intensos. Se sent envaït per una força “lluminosa”, l'eufòria del groc. La cerca subjectiva d'un món més enllà de les

aparences. Es trasllada a Arlès amb el somni de crear una comunitat d'artistes, els colors de la Provença varen ser per ell una experiència transformadora. Enlluernat pel que l'envoltava alhora que turmentat per l'angoixa interior expressa en els quadres la seva desbordant intensitat emocional. No estava satisfet de pintar el que veia: plasmava el que sentia. La seva obra es va convertir en la personal visió del món i en l'expressió de l'essència del pintor. Tenia emocions intenses però descontrolades que l'inundaven en l'agitació incapaç de posar distàncies o distingir entre ell i els seus sentiments. Viu doncs en predomini del procés primari. No ha pogut madurar.

Una vegada més les coses no li van com ell volia i és ingressat a l'asil diagnosticat d'epilèpsia, però també hi havia malnutrició, sífilis, alcoholisme i esquizofrènia, amb episodis de greus crisis psicòtiques. Mai va rebre mostres de reconeixement públic de la seva vàlua, al contrari, tant les relacions familiars com les socials li retornaven la seva manca d'habilitats emocionals, laborals, socials, ni tan sols era capaç d'alimentar-se o tenir cura de la seva salut. Va passar èpoques en què les seves conductes eren clarament autodestructives. Es negava a menjar, a dormir en un llit, a vestir o calçar d'una manera mínimament correcte. Sentia plaer en l'autosofriment, s'agredia i renunciava a satisfer les seves necessitats bàsiques.





*La nit estelada*, pintura a l'oli. Vincent van Gogh. 1889

La visió que plasma prové del més profund del seu ésser, d'una voluntat vehement, d'unes vivències delirants que alhora que expressaven el seu estat també incrementaven la pertorbació mental.

S'imposa una realitat purament subjectiva, impulsiva i desordenada. La llum copsada i retinguda en la pintura es converteix en un cordó umbilical que l'uneix a la vida. Les obres gaudeixen d'una exagerada intensitat, l'ànsia creadora el desborda en les èpoques de lucidesa. S'acosta a la naturalesa en una relació directa i eròtica. Vol plasmar el llenguatge de la naturalesa, vol copsar el que és viu, sentir-ne el batec místic de l'absolut.

La nit estelada transmet l'experiència d'un esdeveniment de fusió amb el cosmos. Com una mena de realisme oníric on la naturalesa sembla estar sacsejada per un desassossec. El traç impetuós forma diferents centres de força que es compenetren i lluiten entre si, com si fossin camps magnètics que s'atreuen i repel·leixen al mateix temps. Utilitzava el color arbitràriament per aconseguir més potència en l'expressió emocional, la tècnica de l'empastament, el traç que sobresurt del llenç com un relleu i les pinzellades gruixudes ho omplen tot amb un ritme insistent i febril.

Formes dinàmiques carregades d'energia definiran el seu estil pictòric i serà recordat per

aquesta capacitat seva de traslladar-nos a un món on ens fusionem amb la força primigènica delirant de la vida.

*“Els pintors -per no parlar dels artistes- una vegada morts i soterrats, parlen a les generacions següents amb les seves obres. És això tot, o hi ha encara alguna cosa més? En la vida d'un pintor, la mort no és el més difícil que s'ha de suportar”...* La visió de les estrelles m'ha fet somiar, perquè els punts lluminosos del firmament no poden ser punts d'un mapa?... Així com agafem un tren per anar a una altra ciutat podem agafar la mort per anar a les estrelles.”. (Carta 506, 9 de juliol de 1888).

Als tres quadres que realitza de la seva habitació s'evidencia la contradicció entre la necessitat de recrear un ambient de confortable refugi i l'aïllament que es produeix entre els pocs mobles sense relació entre ells, la sensació aclaparadora d'escurçament dels objectes, i el terra en pendent cap endavant com si pogués caure sobre nostre.

En els darrers dos anys de la seva vida va pintar a raó de quadre per dia, no feia altra cosa en un intent desesperat de fugir d'ell mateix. Profundament turmentat, l'angoixa l'obligava a treballar sense parar. Freud ens explica que *“l'angoixa apareix com a reacció enfront de l'absència de l'objecte que hauria de satisfer les necessitats del que la pateix”* (1925).



Pinta amb poca cura, detalls vagament insinuats, formes i contorns oberts, pinzellades soltes, treball realitzat a gran velocitat que fa que malgrat que la temàtica sigui idíl·lica, l'atmosfera és de gran intranquil·litat. Les pinzellades nervioses són portades al límit a mesura que es van allargant i retorçant. L'equilibri està sempre al llindar de la ruptura, exposat a la destrucció i recompost en una organització precària i sublim.

Lacan diria: “*L’obra voreja el Real incandescent de la Cosa, evitant submergir-s’hi, alhora que evita l’allunyament protector que rebaixaria la tensió i la força*”.

La vida i la pintura van arribar a ser per a ell una unitat inseparable. La força productiva de l'inconscient es manifesta d'una manera incendiària, desbordant. Va aconseguir allò que desitjava, copsar l'essència, el principi del fet vital a través del color com a alè i essència dels objectes. La força de la pulsio i la plasticitat (simbòlica, imaginària) de la forma són un intent de sublimació del seu malestar i la cerca de donar sentit a la seva existència. En el treball pictòric aboca aquesta energia pulsional, oferint al món la visibilitat del que és invisible. Pinta el que és sagrat, que per ell és el rostre de Déu, l'absolut cristià no és el misteri celestial, no està separat de l'home, està arrelat a la terra.

Va crear el seu propi univers, ple d'energia, color i moviment en un intent d'alliberar-se de la pesada ombra de la melangia, del sentiment profund de no tenir arrels, de ser llançat a la incertesa i d'estar marcat per un destí d'infelicitat, d'una vida sense sentit. Vincent vol fer-se un nom per a ell mateix, no accepta les normes (Forclusió del nom del pare) que el porta a una vida desarrelada de rodamón. La pintura el salva i el condemna alhora. Com es pot viure en una identitat morta, destinat a ser el doble d'un ideal impossible d'igualar? El que el va salvar de la melangia del nord, la passió absoluta del color-llum, el va empènyer cap al desencadenament de la psicosi, va perdre la distància necessària per sobreviure. La seva existència no va ser concebuda com a valor en si, estimada per si mateixa, sinó només com a substitució del fill primogènit perdut. La coincidència de la data de naixement i posar-li el mateix nom demostra que no se'l va registrar amb reconeixement

d'existència pròpia. Probablement la mare no va poder entrar en sincronia amb ell de nadó, per la qual cosa va aprendre a entregar-se de manera fusional a allò que tenia sentit per a ell -als desafavorits, a l'art, a la llum...- en intents de dissoldre-s'hi, es va desintegrant per passar a fondre's en l'absolut. Aquest fet és el que el fa ser qui és, i permet que les seves pintures el converteixin en un geni.

#### BIBLIOGRAFIA

- ARTAUD, ANTONIN. *Van Gogh. El suicidio de la sociedad y para acabar de una vez por todas con el juicio de Dios.* (1974) Ed. Fundamentos.
- BAYLEY, MARTIN. *Vincent Van Gogh. Cartas des de la Provenza. Cartas ilustradas. Selección y presentación.* 819959 Odin Ediciones.
- BOWLBY, I. *El vinculo afectivo.* Ed. Paidós. (1976).
- FEAVERT, WILLIAM. *Van Gogh. Grandes maestros de la pintura moderna.* (1992) CDL.
- FENICHEL, O. *Teoria psicoanalítica de la neurosis.* Ed. Paidós. Biblioteca de psicología profunda (1982).
- FREUD, SIGMUND. *Psicoanálisis del arte.* (1981) Alianza Ed.
- FREUD, SIGMUND. *Inhibición, síntoma y angustia.* Obras completas. Tomo VIII (1974) Ed. Biblioteca Nueva.
- HARRIS, NATHAMIEL. *El arte de Van Gogh.* (1982) Ed. Polígrafa.
- MARÇAL I DOMÉNECH, XAVIER. *Cartes a Theo.* (2010) Edicions 3 i 4.
- RECALCATI, MASSIMO. *Melancolia i creació en Vincent Van Gogh.* (2019) Ned. Ediciones.
- RODRIGUEZ, JF. *Rev. Catalana de Psicoanàlisi. Vol. IV/ núm. 1.*
- STONE, IRVING. *Lujuria de vivir. La vida exuberante de Van Gogh.* (1981) Emecé Ed.
- WALTHER, INGO F. *Van Gogh. Visión o realidad.* (2004) Ed Taschen.

#### DVD

- *Van Gogh en las puertas de la eternidad.* (Dir) SCHNABEL, Julian (2018) Filmaffinity
- *Grandes genios de la pintura- Van Gogh.* (2019) Golden Digital.
- *El loco del pelo Rojo.* Kirk Douglas. Basat en la novel·la de Irving Stone, (dir) MINNELLI, VICENTE. Metro Golder Mayer.



# TRES PEL·LÍCULES I UN DOCUMENTAL: VAN GOGH I LES MIRADES DEL CINEMA

PER ROSER SOLIVA, PSICOPEDAGOGA

**“No m’interessa pintar els murs  
de les catedrals, prefereixo  
pintar els ulls del homes”**

Vincent Van Gogh

Els ulls d'en Van Gogh tenien una manera molt particular de veure el món i ell va dedicar els deu darrers anys de la seva vida a intentar fer arribar als homes aquesta manera de mirar i veure.

Alguns directors de cinema han mostrat, amb el seu treball, la seva manera de veure Van Gogh.

Buscant material per escriure aquest article, em vaig imaginar els cineastes com els savis cecs de la llegenda índia que pretenien descobrir què és un elefant amb la sola ajuda del tacte. El que palpava la orella de l'elefant descrivia el paquiderm com la vela d'un vaixell, el que intentava encabir la pota entre els braços imaginava l'animal com un arbre fort i ample, la trompa li semblava al tercer una mena de serp molt gruixuda i el quart, fent lliscar les mans pel costat de l'elefant, afirmava que era un mur de superfície rugosa. Cada un d'ells tenia a les mans una petita part del que era l'enorme animal que volien conèixer però sumant les quatre interpretacions difícilment haurien pogut assolir imaginar la meravella que tenien davant...

D'alguna manera, crec que ha passat quelcom similar amb les pel·lícules que s'han fet sobre Van Gogh. Vaig trobar dotze documents cinematogràfics, entre pel·lícules i documentals, al voltant de la figura del pintor. No totes són senzilles de trobar però vaig decidir centrar-me en les quatre que, al meu entendre, podien aportar més llum sobre el pintor i la seva

influència en el seu moment vital i en la història de l'art.

En primer lloc em vaig decidir pel documental de Daniel Ferrer, per amarar-me de realitat abans de començar amb les pel·lícules pròpiament dites, per seguir després, i per aquest ordre, amb Robert Altman, Maurice Pialat i Julian Schnabel. Em va moure a fer-ho així que són directors molt diferents de qui conec part de la seva obra i que van ser els que em van ajudar a fer el pont amb els savis de la llegenda. Al final de l'article hi trobareu el llistat dels documentals i les pel·lícules.

Van Gogh va viure només 37 anys dels que, pel que sembla, només els deu darrers han estat d'interès per al cinema. Altman és qui abasta més temps de la vida del pintor, mostrant part de la seva vida abans d'arribar a França; els altres directors, ja el situen directament o bé a París o bé a la Provença, on va acabar morint després de rebre un tret a l'abdomen que el va anar apropant a la mort lentament en una agonia de dos dies. Durant molts anys es va pensar que va ser un suïcidi però aquesta teoria no es va poder confirmar mai i només Schnabel, a la seva interpretació del que van ser els darrers tres anys de vida de Van Gogh, dona una possibilitat que fos un accident desafortunat.

Les tres pel·lícules tenen alguns aspectes comuns, com és natural, però tenen moltes diferències, fins i tot des d'un punt de vista conceptual. És interessant comprovar com perfilen el personatge a través dels colors, la música, els aspectes de la personalitat i les emocions que s'expressen a cada una de les pel·lícules.

Altman va decidir començar la seva cinta sotragant consciències...

Van Gogh va néixer el 30 de març de 1853, un any abans, el 30 de març de 1852, havia nascut mort el primogènit dels seus pares, a qui van anomenar Vincent. El pintor va ser un fill de substitució... i 134 anys més tard, el 30 de març de 1987, com si es tractés d'un mal acudit de la vida, la sala de subhastes Christie's va rebentar els preus del mercat de l'art venent un dels quadres de la sèrie d'*Els Gira-sols* per vint-i-dos

milions i mig de lliures esterlines. Altman va decidir començar la pel·lícula amb les imatges reals de la subhasta que no va durar més de cinc minuts. Van Gogh havia pintat el quadre per obsequiar-lo a un dels pocs amics que va tenir a la vida; el va pintar per decorar l'habitació de Paul Gauguin a la casa d'Arles que van compartir un temps. Potser hauríem de dir que l'acudit de mal gust el van fer els responsables de Christie's.



*Els gira-sols*, sèrie pictòrica. Vincent van Gogh. 1888

A partir d'aquí coneixem un Vincent que, decidit a dedicar-se a pintar, està en guerra amb el món, depèn del seu germà Theo i és capaç de vincular-se amb poques persones. Les habilitats socials que mostra no li posen fàcil i provoca rebuig allà on va. Colèric i amb un profund sentiment de tristor, amb la frustració de veure que no s'entén el seu estil, que el seu germà tot i ser marxant d'art no pot vendre ni un sol dels seus quadres (tema que valdria la pena analitzar en un altre moment) i que els seus intents per poder tenir una família o conservar algun amic no acaben bé, es va deteriorant.

Altman, amb els cops d'imatge, la música dura, els negres, ocres, marrons, grisos i les ombres que dominen la imatge, aconsegueix donar

una idea d'hostilitat que ens pot fer connectar amb el que Van Gogh devia sentir en molts moments per dir, ja de gran, "La meva joventut va ser trista, freda i estèril". Altman va optar per mostrar el Van Gogh més animal, visceral i reactiu, remarcant molt els aspectes socials com la pobresa, la diferència entre classes, les estridències del pintor i allò que l'envoltava; de fet, les emocions que més ocupen la trama són la ràbia, la desconfiança, la gelosia, el menyspreu, la impaciència, la desintegració, l'odi, la ira i la desesperació expansiva, molt pròpies d'esperits turmentats

Només un any més tard del rodatge de la cinta d'Altman, Maurice Pialat va decidir filmar la seva versió dels fets. Ens acotem més en el temps i ens centrem en les relacions que va establir Van Gogh amb el Dr. Gachet i la seva filla Marguerite a la localitat d'Auvers-sur-Oise, on s'allotjava a la pensió Ravoux.

Si bé és cert que queda clar que no li agrada gaire relacionar-se i no és gaire comunicatiu, ens parlen d'un Vincent amb sentit de l'humor, menys turmentat, sensible i molt més contingut i reflexiu.

Una música bucòlica interpretada al piano acompanya les imatges, el blanc i la llum inunden els interiors i els verds, blaus cel i grocs dominen els exteriors. La hostilitat apareix de manera molt puntual i acotada. Pialat va acabar fent una pel·lícula molt més íntima, que sembla connectar més amb el món intern dels personatges i ens permet veure un Van Gogh més lacònic i ser testimonis dels seus últims dies amb més serenitat.

Semblaria que el director no va voler renunciar a mostrar una certa "joie de vivre", malgrat el conegut desenllaç. Les emocions que més s'expressen a la cinta són la curiositat, l'expectativa, l'amor, el desig, l'humor, la tristor, la desesperació continguda, el menyspreu per ell mateix i pels crítics d'art, la decepció i la ira.

Julian Schnabel, és l'únic d'aquests directors de cinema que, a més, és pintor. Al 2018 va rodar la tercera de les pel·lícules que he visionat per fer aquest article i ens va mostrar la seva visió del Van Gogh més místic, fràgil i ingenu.

Aquí, més que a cap de les altres cintes, som a Provença, hi som de veritat, grapegem la terra, els branquillons ens esgarrapen els turmells, el sol ens enlluerna, i a cop de piano anem vivint els impactes que el paisatge va tenir en el pintor que s'hi vol fondre, vol formar part física de tot el que veu i sent, literalment. És un luxe que el director sigui pintor perquè preparem les pintures, les teles, les canyes amb les que Van Gogh es feia les plomes i sentim reflexions al voltant del que és l'Art, des de la filosofia, l'estètica, la mística...

A banda de l'artista, els personatges principals són el pas del temps, la seva fragilitat mental i la comunitat que li mostra incomprensió; tant els nens com els adults són agressius i violents amb ell. No hi ha cap mena de respecte pel que fa i això el fa emmalaltir, perquè en realitat tota la pel·lícula parla de la seva recerca d'amor. Buscava amor en qualsevol de les seves formes però la vida va ser mesquina amb ell, en aquest sentit.

Aquí, les emocions que dominen són la por, la dependència, l'amor, el desig de transcendència, la passió, l'altruisme, el desconcert, la perseverança, els sentiments d'abandó, la solitud, la desesperació i la catarsi en un ambient on grocs, blaus, verds, vermells, pedres i grisos ens omplen els ulls.

Deia al principi que vaig començar pel documental de Daniel Ferrer perquè em volia amarar de realitat abans de submergir-me en la ficció/realitat de la seva biografia vista pels altres tres directors. No volia que la ingenuïtat em fes una mala passada i crec que vaig fer bé. Sovint passa que la visió de l'obra d'un geni queda esbiaixada per aspectes especulatiu, i Van Gogh era un geni.

El documental explica un viatge. Viatgem amb l'equip que va fer el documental a tots els paratges que van acollir Van Gogh durant la seva estada a Provença. Hi viatgem ara...i sentim els testimonis de ciutadans d'Arles, Saint Rémy i Auvers-sur-Oise, artistes, descendents de persones que van coincidir amb Van Gogh en aquells anys, estudiosos de l'art, directors de museus, metges, ...persones que d'una manera o altra enriqueixen la reflexió al voltant de l'art,



de tot allò que va inspirar Van Gogh i de com, passats els anys, la zona explota la figura del pintor fins al punt que han arribat a pintar els seus llocs habituals amb els colors que ell els va pintar quan no eren els originals, sent els quadres la seva interpretació.

Escoltant els testimonis del documental, i amb l'estat d'ànim que provoquen les pel·lícules, un no pot evitar pensar que socialment la creativitat artística i la innovació en el món de la cultura no ho tenen fàcil ara, com no ho han tingut fàcil mai. Quants artistes com Van Gogh han pogut guarir, o tenir la sensació de guarir, una mica el seu dolor a través de l'art? I quants hauran de sentir, com ell, que el seu art no interessa? Qui s'acabarà lucrant amb aquest dolor artístic?

I una pregunta que em faig d'ençà que vaig començar a pensar l'article, perquè només han interessat els deu darrers anys de la vida del pintor? Els vint-i-set anteriors van anar configurant el que ens va deixar a la seva obra i els tenim a l'ombra.

“La meua àvia tapava un forat del galliner amb un quadre que li va regalar ell”

“La gent s'entretenia disparant als seus quadres, per diversió!”

**Van Gogh va passar 75 dies al poble on és enterrat, Auvers-sur-Oise.**

**Va pintar 80 quadres en 75 dies.**

**Va patir 30 hores d'agonia abans de morir.**

**(Julian Schnabel)**

## FILMOGRAFIA

### PEL·LÍCULES

- *El boig dels cabells vermells (Lust for life)*. Dir: Vincent Minelli. 1956 .
- *Vincent i Theo (Vincent & Theo)*. Dir: Robert Altman. 1990.
- *Vincent i jo (Vincent et moi)* Dir: Michael Rubbo. 1990.
- *Van Gogh*. Dir: Maurice Pialat. 1991
- *The Yellow House*. Dir: Chris Durlacher (TV-movie) 2007.
- *Van Gogh: Painted with Words*. Dir: Andrew Hutton. 2010.
- *Loving Vincent*. Dir: Dorota Kobiela, Hugh Welchman (Animació) 2017.
- *Van Gogh, a las puertas de la eternidad (At Eternity's Gate)* Dir: Julian Schnabel. 2018.

### DOCUMENTALS

- *Vincent: Vida y muerte de Vincent Van Gogh (Vincent: Life and Death of Vincent Van Gogh)* Dir: Paul Cox. 1987.
- *La inspiración de Van Gogh*. Dir: Daniel Ferrer Daumas. 2010.
- *Vincent Van Gogh. Una nueva mirada (Vincent Van Gogh: A New Way of Seeing)*. Dir: David Bickerstaff. 2015.
- *Van Gogh, de los campos de trigo bajo cielos nublados (Van gogh: Tra il grano e il cielo)*. Dir: Giovanni Piscaglia. 2018.

# VINCENT, THEO I JOHANNA VAN GOGH: ENTRE EL SACRIFICI, LA GELOSIA I LA REPARACIÓ

PER RAQUEL VIDAL ARANDES. PSICÒLOGA CLÍNICA, PSICOTERAPEUTA PSICOANALÍTICA I GRADUADA SUPERIOR EN BELLES ARTS

“No hi ha fantasmes a les pintures de Van Gogh, ni visions ni al·lucinacions. Únicament la tòrrida veritat d'un sol a les dues de la tarda. Un lent malson genèsic, a poc a poc elucidat. Sense efectes. Però allà hi és el patiment prenatal. És el llustre humit d'una pastura, de la tija en un pla de blat que és allà a punt per ser collit. I a qui la natura un dia ha de retre comptes. Com també la societat retrà comptes de la seva mort prematura.” (Artaud, 1968: pp. 100-101)

Vincent Van Gogh és el pintor per excel·lència. És qui ens apropa a allò essencial sense haver-s'ho proposat. És aquell que desvetlla<sup>1</sup> el que la realitat amaga als nostres ulls en cadascuna de les seves pinzellades farcides d'energia pulsional, perquè és l'únic que no va voler anar més enllà de la pintura com a medi estricte de la seva obra i com a marc estricte dels seus mitjans. Vincent ens deixà un llegat universal en el món de l'art, ja que ens introdueix amb una contundència mai vista fins llavors a l'expressivitat a través de la matèria, enriquint la recent estrenada modernitat. És qui navega magistralment entre el geni i la bogeria.

Certament va ser prematura la seva mort. L'artista es va disparar un tret el 27 de juliol

<sup>1</sup> De el llatí *develare*: 'descobrir', 'aixecar el vel', tant en el sentit de 'treure el vel que cobreix alguna cosa' com en el sentit figurat de 'descobrir alguna cosa oculta o desconegut, treure-ho a la llum.'

de 1890, als mateixos camps on havia estat dibuixant i escrivint al seu germà Theo, amb el qual estava fortament unit amb un vincle fusional. Morí als seus braços dos dies després. Tenia 37 anys.

## Vincent i Theo. Vincle simbiòtic.

S'ha escrit molt sobre Vincent Van Gogh, sobre la seva obra i la seva vida -que van de la mà com en cap altra artista-. La correspondència que va mantenir amb el seu germà al llarg de divuit anys queda recollida a les *Cartes a Theo*, obra que esdevé font d'informació essencial quan ens apropem al pintor. Els germans compartiren pensaments i projectes i a les cartes es posa de manifest la personalitat de Vincent, d'una vulnerabilitat aclaparadora malgrat que de manera intermitent manifestava una duresa de caràcter i un hermetisme que li dificultaren

la seva vida amorosa, sexual i afectiva. Va expressar sempre la necessitat de protecció d'en Theo amb el qual van mantenir una unió de caire simbiòtic; en ell projectava tota la seva necessitat emocional.

*“Gràcies per la teva carta, però aquesta vegada m’has tingut en suspens. Els meus diners es van esgotar dijous; així doncs, arribar fins al migdia de dilluns va resultar terriblement llarg. Durant aquests quatre dies he subsistit principalment a base de cafè, encara per pagar. No és culpa teva, perquè estava rabiant pels meus quadres emmarcats i he forçat massa el meu pressupost ... avui mateix em tornaré a arruïnar perquè he de comprar la tela i preparar-la jo mateix, ja que la de Tasset no ha arribat encara. Pots demanar-li, al més aviat possible, si me l’ha enviada? Deu metres, o almenys cinc, de tela normal, a dos francs cinquanta. Tot això em seria igual, estimat germà, si no sentís que tu mateix estàs patint aquesta pressió del treball...voldria arribar a fer-te comprendre aquesta gran veritat: donant diners als artistes, tu mateix fas una obra d’art. Desitjo únicament que les meves obres arribin a ser de tal manera que tu no et sentis massa descontent del teu treball...(550)”* (Vincent Van Gogh, 2017, pp. 311-312).

Si intentem entendre aquest vincle entre els germans, hem de retrocedir i cercar en les arrels, en l’inici. Vincent Van Gogh va ser el fill gran d’una família de sis germans. Va néixer el 30 de març de 1853 a Groot-Zunert (Holanda) exactament un any després de que naixés mort un germà al qual havien posat també el mateix nom que ell duia. Ocupar el lloc d’un germà mort no suposa precisament una entrada planera ni fàcil en aquest món. El fet que el futur artista duqués el mateix nom que el seu germà explica fins a quin punt la mare havia quedat afectada per la mort del *primer Vincent*. El nostre Vincent va créixer al costat d’una mare deprimida. De fet, entre els seus records més punyents de primera infància hi figura acompanyar sovint a la mare a visitar la tomba del germà mort.

**En aquest sentit, fent referència a Donald Meltzer<sup>2</sup>, qui va aprofundir en la importància**

<sup>2</sup> Donald Meltzer (1922 - 2004) va ser un psicoanalista d’origen estatunidenc. Va treballar i, en certa manera, complementar el treball amb Melanie Klein. Va ser docent durant més de 20 anys a la

del primer vincle que fem en arribar en aquest món, amb Van Gogh ens trobem amb un nadó que inicia la seva vida al costat d’una mare amb la qual no pot establir d’una manera prou ferma el que Meltzer denomina reciprocitat estètica<sup>3</sup>. Vincent Van Gogh havia nascut ocupant un espai buit, el del *primer Vincent*, la qual cosa anul·lava la sorpresa inicial de la mare i posava en entredit la sensació de meravella tan necessària per construir un llaç emocional ferm i genuí.

Aquest fet marcarà el seu desenvolupament psíquic i emocional. Tal i com es posa de manifest en les biografies del pintor, la relació amb la mare va estar marcada per una gran ambivalència. Podem afirmar que en els seus inicis no va internalitzar una mare suficientment bona i aquest fet, conjuntament amb els seus complexos trets de personalitat, tindrà com a conseqüència un desequilibri que s’anirà manifestant al llarg de la seva vida i que culminarà amb els brots psicòtics de la darrera època. De fet, el seu màxim desig en aquesta vida per damunt de tot, era pintar i estimar d’una manera profunda, fins i tot delirant. Contràriament a aquest desig, la seva existència va ser un seguit de desarrelaments i rebutjos.

L’única persona que va ser al seu costat d’una manera significativa fou el seu germà Theo, a qui en Vincent sovint anomenava *Theo-Mare*. Vincent va projectar en ell una bona mare, ja que la seva interna era malmesa; Theo va respondre tant com va poder, condicionant d’aquesta manera tota la seva vida. *“Ell representava la bona mare idealitzada, i de fet, quan va arribar al costat de Vincent quan era a punt de morir, el pintor va afirmar -referint-se al tret que es va disparar- que ho va fer pel bé de tots.”* (Jackson

---

*Tavistock Clinic de Londres. Treballà també en col·laboració estreta amb W.Bion, Roger Money-Kyrle, Esther Bick i Martha Harris (la seva esposa). El seu reconeixement en l’àmbit internacional va començar amb els treballs clínics sobre l’autisme i es va afermar amb el desenvolupament de les seves innovacions teòriques, entre les quals es destaquen les nocions de conflicte estètic i d’identificació projectiva intrusiva.*

<sup>3</sup> Es tracta d’un fenomen que es produeix entre el nadó i la mare quan aquest, acabat d’arribar en aquest món, se sent desbordat per la bellesa que percep d’aquesta i ella respon amb una sensació de meravella que fa més estret el vincle entre tots dos, fomentant el desenvolupament mental i l’equilibri emocional del nou nat. Podem entendre-ho com a un enamorament necessari per poder créixer dins del marc del que podem anomenar com a salut mental.





Retrat de Theo Van Gogh (1887) -amb barret de palla- i Autoretrat (1887) -amb barret de feltre clar-. Autor: Vincent Van Gogh. Museu Van Gogh, Amsterdam (Fundació Vincent Van Gogh)

& Magagna, 2015). Theo Van Gogh va morir sis mesos després que en Vincent ho fes. El treball excessiu i el suïcidi del germà, juntament amb el seu mal estat de salut, li van provocar un col·lapse mental a l'octubre de 1890. La seva família el va ingressar en un hospital d'Utrecht, on va morir a causa de la sífilis als 33 anys, el 25 de gener de 1891.

## Sacrifici. Ofrena. Desig de cura.

Entenem que Vincent Van Gogh va sacrificar la seva vida: *“ho he fet pel bé de tots”*, expressà ell mateix literalment... però, podríem *hipotetitzar* que ambdós germans van sacrificar l'existència en la que podria ser considerada com a una doble ofrena? Hi ha molt a debatre en aquest sentit.

S'imposa una realitat purament subjectiva, Sacrificar vol dir oferir -generalment a una divinitat- alguna cosa o algú en el seu honor. Hi ha implícit un acte de destrucció i/o de mort. Vincent va oferir la seva vida *pel bé de tots*, i Theo el va seguir malgrat i que no fos a través d'un acte suïcida.

Des del punt de vista antropològic, la funció de l'autosacrifici, és el resultat d'una selecció cultural pròpia de l'ésser humà. Encara que sembla estar en contra de la selecció natural

-que afavoreix la supervivència de l'espècie- la funció de l'autosacrifici és la d'augmentar la cohesió social. Els que practiquen l'autosacrifici, en el fons, volen demostrar que són capaços d'oferir la seva por i el seu patiment pels altres, és una demostració de fortalesa. Per exemple, les autoflagelacions solen realitzar-se en públic i són conductes que, en el passat, servien per mostrar als enemics que el grup era molt fort, fins al punt d'arribar a l'heroisme sense que hi hagués necessitat.

Des d'un punt de vista religiós, atès que les religions han estat -i són encara- la columna vertebral de moltes societats, el mecanisme de sacrifici i autosacrifici figura entre els seus rituals «per la seva funció de cohesió, de comunicació entre el món sagrat i profà, de control de la naturalesa salvatge i de contenció de la violència», com explica la catedràtica d'Història mexicana Maria Alba Pastor, que relaciona el sacrifici amb la reproducció de la comunitat. També entre els grecs, els romans, els celtes i els vikings es realitzaven sacrificis humans per obtenir el favor de les divinitats. En uns casos les víctimes eren degollades, en altres cremades en el foc purificador. A Amèrica, són molts els exemples de sacrificis humans anteriors a l'arribada del Cristianisme, però també s'han documentat casos d'autopenitències doloroses: des d'èpoques molt remotes era comú entre

els maies un ritual de purificació que consistia a fer-se sagnar les orelles, la llengua i fins i tot el penis amb un instrument tallant d'obsidiana. Es considerava un acte individual de contrició, però també podia fer-se de forma col·lectiva. En definitiva, res diferent de l'autocàstig cristià com a fórmula de reconeixement com a pecadors i penitents, tal com ho defineix M. Foucault «es tracta de provar el sofriment, la vergonya, la humilitat d'un individu ple d'impureses».

Podem considerar que l'objectiu conscient -o inconscient- de Vincent Van Gogh quan es va disparar va ser deixar de ser una interferència en la cohesió del seu grup familiar que tants problemes li va generar? O es tractà d'una mostra de la seva superioritat i unió amb la divinitat? Contenia amb aquest gest una violència que provenia del seu costat més fosc i proper a la pulsio de mort?... Recordem que en Vincent, abans de sacrificar la vida, havia viscut també de manera sacrificada amb una austeritat extrema que el feia sentir a prop de Déu.

Quan es desencadena la primera crisi psicòtica, va fer també una peculiar ofrena que té a veure amb el sacrifici: s'automutilà tallant-se una orella que va dur embolcallada a Rachel, demanant-li que "en tingués cura". Sacrifici. Ofrena. Desig de cura. Encara en els nostres dies els terroristes suïcides realitzen l' autosacrifici suprem, que és donar la pròpia vida, amb l'ànim d'estar més a prop de Déu al paradís, una acció que, lluny de crear discussió, serveix per unir més al grup a què pertanyen.

Com a dada curiosa, referiré que un dels besnéts de Theo van Gogh -també anomenat Theo- va morir assassinat l'any 2004 a mans de Mohammed Bouyeri, un terrorista islamista neerlandès d'origen marroquí. L'última pel·lícula que va completar abans de la seva mort -ell era director de cinema-, és una versió fictícia de l'assassinat del polític Pim Fortuyn. Semblaria que el sacrifici continua i transcendeix generacions en el si de la família Van Gogh.

## Johanna. Vincle reparador.

Podem afirmar amb contundència que és gràcies a la Johanna -esposa de Theo- i el seu

treball d'estudi i recopilació, que actualment gaudim del llegat artístic de Vincent Van Gogh. Va ser ella qui, amb una confiança cega i un amor incondicional envers els dos germans, va reparar la memòria del pintor i també la de Theo. És mitjançant Johanna que s'encarna el desig de cura i reparació de Vincent.

Retrocedirem en el temps i la història. Anem a la nit de Nadal de 1888, a la Casa Groga d'Arles<sup>1</sup>, a la Provença, on vivia el pintor intentant crear una petita comunitat d'artistes. El pintor s'autolesionà aquella nit i es tallà ell mateix l'orella després d'un episodi violent amb en Paul Gauguin, qui s'havia traslladat a la Casa Groga encara no feia dos mesos. Després d'aquest episodi, Gauguin va decidir marxar, deixar en Vincent i marxar d'Arles. Existeix molta bibliografia al respecte i existeix també un interessant dibuix fet per la persona que va atendre'l, el Dr. Rey. En aquest dibuix el metge explica que l'orella es va tallar amb una navalla i dibuixa amb una línia de punts quin va ser exactament el tall. Documenta que es va extraure tota l'orella i que aquest fet va ser extremadament dolorós. La violència de l'acte és devastadora i mostra la desesperació d'en Vincent, que va anar a oferir l'orella a Rachel -una noia que treballava a un prostíbul freqüentat per ell- tot demanant que en tingués cura. Divuit mesos després acabaria amb la seva vida a Auvers-sur-Oise, passant prèviament per la institució psiquiàtrica de Saint-Paul-de-Mausole a Saint-Rémy-de-Provence per tractar la simptomatologia psicòtica que comença a manifestar amb al·lucinacions auditives i visuals, i idees autoreferencials. S'evidencià un trastorn mental greu que li originava un patiment molt difícil ja de contenir. Vincent es trobava sol i angoixat. El seu somni de crear una comunitat/germanor de pintors amb Gauguin es trencava i el seu germà també s'allunyava ja que Theo, el dia abans que ell es lesionés, li

<sup>1</sup> En arribar Van Gogh a Arles al març de 1888, es va allotjar temporalment en un cafè. Al poc temps, va decidir llogar quatre habitacions d'una casa de dos pisos coneguda com la casa groga. Vincent, en el seu especial interès per pintar els seus objectes personals com les seves botes, la seva habitació o la seva cadira, mostra la seva casa, a la qual conviurà amb Gauguin durant tres mesos. Per fer més agradable l'estada d'aquest, va decorar les parets amb panells de gira-sols i va instal·lar gas a la casa. La casa, situada a la Place Lamartine, va ser destruïda en un bombardeig de la 2ª guerra mundial.

comunicà que s'acabava de comprometre amb qui seria la seva esposa: Johanna.

És molt probable que en Vincent se sentís desvalgut i abandonat també pel seu Theo-Mare. En aquesta situació, no valia ja la pena viure i un cop més, tornà a ser la pintura qui el va rescatar de la desesperació. Aquest breu període de temps va ser el més prolífic de la seva, també, breu vida.

A l'obra que en Vincent estava pintant la nit en què va autolesionar-se *Natura morta amb taula de dibuix, pipa, cebes i cera*, apareix una carta



*Natura morta amb taula de dibuix, pipa, cebes i cera.*  
1889. Vincent Van Gogh

que li va enviar en Theo a la part inferior dreta. En aquesta carta, li comunicava el seu compromís amb Johanna. Se sap amb certesa que es tracta d'aquesta, ja que la lletra és la d'en Theo. També porta el segell 67 de l'oficina de correus on anava. La marca de franqueig correspon a la que es va fer servir durant aquell Nadal i Any Nou. La notícia de l'imminent pèrdua del Theo-Mare el mateix dia en què Gauguin li diu que marxa, molt probablement va desencadenar la seva primera crisi mental greu.

En Théo es casa amb Johanna l'abril de 1889 i de nou en Vincent pateix una crisi. És el mes de maig d'aquest any quan ingressa per primer cop a l'Hospital Psiquiàtic de Saint-Rémy-de-Provence, des d'on va crear de manera frenètica una obra plena de bellesa i color. Aparentment el pintor va manifestar-se content amb el matrimoni del germà, però un altre cop entre

juliol i agost - quan coneix l'embaràs de Johanna - Vincent torna a patir una crisi psicòtica. Es torna a posar en evidència la terrible relació simbiòtica entre els germans. Semblaria que de manera inconscient hi havia una hostilitat evident i neix en Vincent una gelosia cap a aquest encara no nascut nebot que representava un perill, donada la dependència emocional del pintor envers Theo. Vincent ja no era el focus principal d'atenció del seu germà.

Després del període de Sant-Rémy-de-Provence, Vincent marxa a viure a Auvers-sur-Oise. En aquest període neix el nebot i Van Gogh li demana a Theo que el vagi a veure, que cancel·li les vacances que havia programat a Amsterdam amb Johanna i el fill acabat de néixer per estar al costat de la mare. En Theo no el va creure i va anar amb la seva família a passar uns dies a Amsterdam. En Vincent es disparà un tret el 27 de juliol de 1890 i morí dos dies després en braços del germà.

Theo, com ja he referit, morirà abans que passi mig any de la mort de Vincent. Johanna Van Gogh, la seva esposa, quedarà vídua i amb un fill de pocs mesos. El nadó duia el nom de Vincent i el matrimoni portava un any i mig de casats.

Johanna va ser un dels principals elements externs que desestabilitzà l'equilibri existent en la relació fusional entre Vincent i Theo. Va ser ella qui, de manera simbòlica, va tallar el fil invisible de *compensació imaginària*<sup>1</sup> que havia teixit Vincent al voltant del seu germà a la recerca d'una seguretat afectiva.

Paradoxalment, serà la mateixa Johanna qui recuperarà per tota la humanitat l'obra de Vincent Van Gogh, restaurant d'aquesta manera la memòria del pintor i la de Theo.

És Johanna qui rep com a herència gran part de l'obra de Vincent Van Gogh. Decideix seguir fil per randa el que Theo havia deixat per escrit

<sup>1</sup> M. Recalcati parla de la compensació imaginària com a estratègia defensiva per intentar impedir la descompensació mental de caire psicòtic i que consisteix que la persona troba en l'altre una espècie de pròtesi imaginària gràcies a la qual poder consolidar la seva identitat personal. Allò que hom no troba en si mateix, és projectat en aquest altre, creant un vincle afectiu de caire simbiòtic i indiferenciat.



respecte a les pintures de Vincent: “*Hem de mostrar molt, vendre allò necessari i guardar les grans peces per tal de fer-les arribar als museus*” (C.Sánchez, 2015). Gràcies a la seva cunyada, pocs anys després de la seva mort, Vincent Van Gogh era considerat un dels grans genis de la història de l’art. Assumint el lloc d’*intrusa* en la relació extranyament fusional dels germans Van Gogh, Johanna va rescatar un llegat incalculable per a tots nosaltres. Amb humilitat i dedicació. Era una dona activa que participava en els moviments feministes de l’època, havia fundat el Club de Propaganda Socialdemòcrata de Dones d’Amsterdam i militava en política. Després de recopilar i fer un treball de selecció, va muntar diverses exposicions perquè les pintures de Van Gogh poguessin ésser reconegudes i admirades per la gent, i va organitzar la primera retrospectiva al Museu Stedelijk 15 anys després de la mort d’en Vincent. Quan portava venuts més de 200 quadres, va decidir quedar-se amb la resta d’obres, unes 200 peces més, que va heredar posteriorment el seu fill Vincent (nebot del pintor i fill d’en Theo). Aquest va transmetre el llegat a l’Estat holandès qui va crear la Fundació Van Gogh i el Museu (1973).

També va ser ella qui, després de llegir, analitzar, seleccionar i traduir la correspondència que ambdós germans van mantenir al llarg dels anys, la recopilà -i la publicà per primera vegada- en *Cartes a Theo*. Johanna s’emociona amb cadascuna de les paraules que va llegint i va descobrint a poc a poc la força del vincle que unia els germans. Aquest fet, al mateix temps que l’entristeix, la fa més propera al marit mort i a l’obra del cunyat, Vincent Van Gogh.

*“Així va ser. Ara fins i tot ho puc escriure sense tristesa: el veritable amor de la vida de Theo va ser Van Gogh. Ni el meu fill ni jo vam aconseguir tòrcer el seu destí. Però no em demanin que entengui aquest tipus d’amor incondicional que els va arrossegar fins a la mort. Avui aniré al cementiri d’Utrecht. Sentiré un consol. Ara no és el moment i seria un despropòsit, però li prometre a en Theo que alguna vegada el duré a prop del seu germà, perquè reposin junts, al cementiri d’Auvers”* (Camilo Sánchez, 2015: p.139).

El seu gest d’enterrar-los junts a Auvers-sur-

Oise ens ho diu tot sobre la gran sensibilitat d’aquesta també gran dona que va dedicar la seva existència a difondre l’obra i a mostrar la intensa vida interior de Vincent Van Gogh.

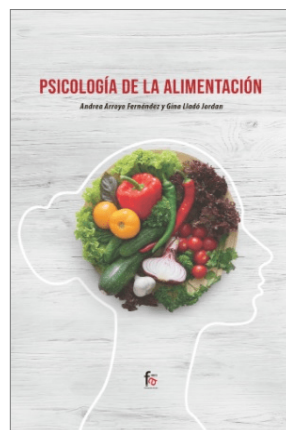
Podem concloure que el treball de Johanna, esposa i cunyada, restaurà la memòria d’en Vincent i Theo Van Gogh. Ella, qui va provocar les fiblades de la gelosia i enveja inconscient de Vincent Van Gogh, ens el retorna amb tota la magnificència que la seva obra mereix. Eterna gratitud a Johanna.

#### BIBLIOGRAFIA

- ARTAUD, ANTONIN “Van Gogh, el suicidado por la sociedad” (1981). Ed.Argonauta.
- BATAILLE, GEORGES “La oreja de Van Gogh” (2021). Casimiro Libros Ed.
- CARBONELL, EUDALD I AGUSTI, JORDI “Matèria vivent, vida pensant” (2020) Ed.Cossetania.
- FREUD, SIGMUND “Psicoanálisis del Arte” (1981). Alianza Editaorial.
- JACKSON, MURRY “Creativity ans Psychotic States in Exceptiona People” (2015). Ed. By Jeanne Magagna (Routledge).ISPS Ed.
- JASPERS, KARL “Genio artístico y locura:Strindberg y Van Gogh” (2001). Acantilado Ed.
- MURPHY, BERNADETTE “Van Gogh’s Ear, the true Story” (2016). Penguin Books.
- PASTOR, MARIALBA “Historia Universal” (2006). Ed.Santillana.
- SANCHEZ, CAMILO “La viuda de los Van Gogh” (2015). Edhasa Ediciones.
- RECALCATI, MASSIMO “Melancolía y cración en Vincent Van Gogh” (2014). Ned Ediciones.
- TABBIA, CARLOS:”El aburrimiento y la belleza del mundo” (2007). Artículo publicado en De un taller psicoanalítico a partir de Donald Meltzer, Grafein Editores. Col. GPB.
- VALLEJO-NÁGERA, JUAN A. “Locos egregios” (1992). Planeta Ed.
- VAN GOGH, VINCENT. “Cartas a Theo” (2017). Paidós Ed.

# PSICOLOGÍA DE LA ALIMENTACIÓN

POR ANDREA ARROYO, COORDINADORA DEL GRUPO DE TRABAJO TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA OBESIDAD DEL COPC



Libro: Psicología de la alimentación

Autoras: Andrea Arroyo Fernández y Gina Lladó Jordan

1ª edición: año 2021

I.S.B.N: 978-84-18418-63-1

Depósito legal: J 281-2021

En un momento en que cada vez existen más planes académicos que integran asignaturas concretas de Psicología de la Alimentación, este libro, pensado como recurso práctico para el público general y para los estudiantes del ámbito de la psicología y la nutrición y dietética en especial, se cuenta entre la escasa bibliografía en castellano sobre los factores que afectan a la conducta alimentaria.

Con un estilo sencillo y cercano, sin demasiados tecnicismos, aquí encontramos vasta información sobre todos aquellos factores internos y externos que intervienen en nuestras decisiones y elecciones alimentarias. Por un lado, se desarrollan los aspectos psicológicos y emocionales que intervienen en nuestra alimentación, dos aspectos que afectan a cualquier conducta humana, como lo es alimentarse, y que deben ser explicados desde la ciencia de la conducta: la psicología. Pero



las autoras también dan mucha importancia y profundizan en los aspectos colectivos relacionados con la alimentación como la publicidad, la cultura, las costumbres y el medio social, además del entorno, la historia familiar y los recursos económicos que rodean a cada persona.

En *Psicología de la alimentación* también se recogen pequeños ejercicios o información muy útil para personas que se quieran formar o profesionales relacionados con este ámbito, así como pequeñas técnicas o estrategias sencillas y efectivas de aplicación directa.

Entre los temas más destacados de este volumen recién publicado, encontramos los procesos de aprendizaje, atención y motivación a la hora de construir hábitos alimentarios saludables, la gestión de las emociones que participan en la conducta alimentaria, la construcción de una relación saludable con la comida, los desequilibrios y disfunciones más comunes vinculados a la conducta alimentaria y los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), como la anorexia y la bulimia.

Si quieres conocer de cerca los detalles del libro y comentarlo con sus autoras, puedes hacerlo en la presentación *online* que organiza el COPC y que tendrá lugar el próximo 28 de septiembre. Pulsa [este enlace](#) para inscribirte.



# #ACTUALIZANDO ADOLESCENCIAS CON ALFREDO OLIVA, DOCTOR EN PSICOLOGÍA EXPERTO EN ADOLESCENCIA

Alfredo Oliva es doctor en psicología, es profesor titular e investigador del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla y es experto en adolescencia. Es también investigador de “Procesos de desarrollo y educación en contextos familiares y escolares”.

## **¿Qué periodo debemos entender por adolescencia actualmente?**

Entre quienes trabajamos en estos temas hay un cierto consenso. Se considera que la adolescencia es el periodo que empieza con la pubertad y que termina con la tercera década de la vida. Es decir, en torno a los 20 -21 años ya preferimos hablar de adultez emergente, adultez temprana, o bien juventud.

Así mismo, aclarar que el periodo entre lo que son los 12 años y los 18 o 19 es relativamente amplio, con lo cual también dentro de la adolescencia diferenciamos tres periodos, lo que sería la adolescencia temprana, la adolescencia media y la adolescencia tardía.

## **¿Desde su punto de vista, qué nos puede aportar saber qué entendemos por conductas de riesgo enclavadas en esta etapa?**

La conducta de riesgo, o, mejor dicho quizás, “conducta de asunción de riesgo”, que sería la traducción más correcta del término *risk-taking behaviors*, sería aquel subconjunto de lo que llamamos conductas de búsqueda de sensaciones.

Es decir, las conductas de búsqueda de sensaciones son aquellas que provocan algún tipo de excitación. Pero éstas no tienen necesariamente por qué llevar aparejada una consecuencia indeseable a nivel de salud o a nivel de seguridad. Por ejemplo, si unos/as chicos/as se montan en la montaña rusa, o hacen puenting, pueden hacerlo en unas condiciones de seguridad, porque el riesgo es muy bajo. Pero llega un momento en que el riesgo empieza a subir, ¿no? Si un chico, o una chica, conducen bajo los efectos del alcohol, o tienen relaciones sexuales sin protección, estaríamos entrando ya en lo que son conductas de asunción de riesgo, porque las consecuencias indeseables son bastante probables. Por lo tanto, conducta de búsqueda de sensaciones sería el conjunto más amplio y dentro de ese conjunto más amplio, habría un subconjunto que serían las conductas de asunción de riesgo mucho más temerarias.

**Claro, si se entiende la adolescencia como una época de exploración, nos gustaría saber: ¿Hacia dónde se dirige esa exploración, y en qué términos se dirige? ¿Con qué seguridad uno explora y en qué terreno explora?**

Hay evidencias empíricas que la prevalencia



Eso no quiere decir que el adolescente, en situaciones de baja excitación a partir de los 17 años, no pueda funcionar de una forma muy parecida a la de un adulto, pero en otro tipo de situaciones donde ese sistema mesolímbico está muy excitado, ahí realmente, es donde el cerebro del adolescente empieza a hacer aguas

Alfredo Oliva es doctor en psicología, profesor titular e investigador del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla

de conductas de riesgo empieza a aumentar en torno a los 13, 14 y 15 años, y también que empieza a disminuir en la tercera década de la vida. Hoy en día sabemos, por los estudios con técnicas de neuroimagen, que el cerebro del adolescente experimenta cambios que son muy llamativos en la segunda década de la vida.

Estos cambios llamativos afectan fundamentalmente a dos circuitos cerebrales. Uno sería el circuito que pone en marcha los impulsos, que es el sistema mesolímbico, y que es el responsable de las sensaciones placenteras que sentimos. Esa sensación, en los adolescentes, con las hormonas que empiezan a liberarse en la pubertad, los sobreexcita. Es decir, que esa sensación placentera es mayor.

El otro circuito cerebral, el circuito cognitivo, reside en la corteza prefrontal. Este controla los impulsos e influye en la toma de decisiones y en la planificación de conductas para conseguir un determinado objetivo. Pero este circuito aún está inmaduro, y no madurará por completo hasta bien entrada la tercera década.



y a no funcionar igual que el de una persona ya más madura. Es como una moto que tuviera un motor muy potente, con muchos caballos, pero unos frenos y una dirección aún inmaduros para controlar esa potencia.

### **¿Será difícil poner freno a esa expansión, y más cuando están en grupo?**

Por una parte está demostrado que, cuando están en grupo, los adolescentes se implican en más conductas de riesgo que cuando están solos. E incluso solos, actúan de manera más adulta. Sin lugar a dudas, en realidad, el freno es una competencia personal tan fundamental en nuestra vida como el autocontrol.

El problema del adolescente sería la carencia de autocontrol. Tenemos un estudio donde niños/as/adolescentes de 12 o 13 años muestran tener más autocontrol que los de 14 o 15, porque probablemente el sistema mesolímbico no está tan hiperexcitado a los 12 como a los 14. Luego ya empieza a recuperarse el autocontrol a partir de los 19 o 20 años.

Pero para la construcción de la identidad personal, el adolescente necesita implicarse, abrirse al mundo, tener experiencias... porque esas experiencias que conllevan un riesgo son, también, experiencias que le van a ayudar a madurar. En la adolescencia, la plasticidad cerebral en algunas zonas es tan grande, me atrevería a decir, como en la primera infancia.

¿Eso qué quiere decir? Que las experiencias de estos chicos y chicas van a ser fundamentales para su desarrollo personal.

### **¿Cómo se relaciona el apego de los progenitores, padres o madres, o cuidadores/as a cargo de estos/as adolescentes y estas conductas de riesgo?**

El apego, que es el vínculo que se establece con los cuidadores sobre todo en el primer año de vida del niño o niña, tiene distintas expresiones o distintos modelos. Simplificándolo mucho, puede ser un apego seguro, que es cuando las necesidades del menor son atendidas por quienes tienen que cuidarle, y un apego inseguro cuando no. A veces, el apego es lo que



llamamos ambivalente, cuando las necesidades del menor unas veces son atendidas y otras veces son desatendidas, con lo cual en el menor se crea una inseguridad. A partir de aquí, la relación de apego puede ser de evitación que es cuando el adolescente muestra un rechazo.

Cuando hay una consistente y permanente falta de atención a esas necesidades, en realidad, más que crear una sensación de dependencia, como sería el caso del inseguro ambivalente que yo llamo muchas veces, “inseguro pegajoso” (puesto que hay mucha ansiedad en esa relación y buscan de forma desesperada la atención), muchas veces lo que se consigue es lo contrario, un apego evitativo, y lo que busca ese adolescente es una autonomía absoluta. El adolescente piensa: si no puedo confiar en esa persona adulta que debe apoyarme, que debe darme cariño y satisfacer mis necesidades, pues entonces tengo que ser autosuficiente.

Nos podríamos extender mucho con las distintas relaciones de apego en función de un mayor o menor grado de ansiedad, de seguridad, de control emocional, etc. y cómo se traslada esto también a las relaciones de pareja.

De esta manera los sujetos seguros van a ser más seguros en sus relaciones de pareja, los ambivalentes van a resultar más celosos y con más dependencia, mientras que los evitativos van a tender más a evitar relaciones emocionales.

### **¿Hay relación entre el modelo de apego establecido y la conducta del adolescente?**

Sí, sin duda, sí. Hay estudios que encuentran que el apego seguro establecido en la infancia, esa regulación emocional que establecen mis padres cuando atienden mis necesidades, se convierte en un autocontrol más sólido durante los años de la adolescencia y en una mayor autoestima. Si nos movemos en el terreno de las neurociencias, hay estudios con resonancia magnética que encuentran relación entre un apego seguro en la infancia y un buen desarrollo cerebral, un buen equilibrio.

### **Háblenos de qué otros problemas podríamos enmarcar que son frecuentes en la adolescencia.**

Los problemas son muy espectaculares, y muchos de ellos generan mucha preocupación social. El consumo de sustancias, las conductas antisociales, los problemas de alimentación, etc. Pero a mí me gusta poner siempre el foco en los problemas emocionales, es decir, los problemas ansioso-depresivos. ¿Por qué? Pues por lo que generan. No son tan espectaculares, no son tan llamativos, porque cuando hay una chica que tiene un problema depresivo en un aula, no es tan disruptiva. Por lo tanto, tendemos a prestarle poca atención. Hay problemas externalizados, pero también hay que dar suma importancia a los internalizados.

### **Sobre los medios de comunicación, ¿Por qué la imagen social sobre la adolescencia es tan negativa?**





Desde tiempos muy pretéritos, la imagen siempre ha sido negativa. Por lo tanto, responsabilizar de forma exclusiva a los medios de comunicación tal vez sea un poco injusto, porque antes de que hubiera medios de comunicación, los adultos siempre hemos tendido a pensar de una forma parecida sobre los adolescentes.

Lo que hay que trabajar es incluir modelos de conducta positiva que tienen muchos adolescentes con proyectos solidarios, iniciativas de voluntariado, etc., en los medios.

### **¿Qué nos podría comentar del modelo de déficit versus el modelo de competencias?**

Sí, es el típico dilema entre prevención de problema o promoción de desarrollo. Nuestro modelo, que se basa en el trabajo de prevención, es un modelo muy válido, pero tiene que ser complementario. Porque en lugar de buscar los factores de riesgo para prevenir el problema, lo que buscamos son los factores que vamos a denominar activos para el desarrollo.

Vamos a ver cuáles son los factores que hay en las familias, en la escuela, o en la sociedad, que promueven competencias y desarrollo positivo.

Siempre digo que es un modelo de 2 por 1, porque lo que nos indican nuestros estudios es que esos activos para el desarrollo no solo promueven la competencia, sino que a la vez previenen el desarrollo de esos problemas. Por tanto, hay que buscar cuáles son esos factores que hacen que el adolescente tenga más autoestima, tenga más valores, tenga más autocontrol y tenga más inteligencia emocional.

### **¿Qué características debe tener un estilo parental/parental para que podamos brindar ese apoyo a nuestros/as adolescentes?**

Yo, si tengo que destacar una, la primera sería el afecto y el apoyo. La comunicación, la dimensión emocional, la dimensión afectiva, para mí es la fundamental. En segundo lugar, la dimensión estructural, que tiene que ver con los límites, con la supervisión, con las experiencias de la cuales yo le doto, el ejemplo que le doy, el *feedback* que le doy cuando lo está haciendo bien y se ha esforzado con independencia de los resultados. Así entendemos la estructura. Prefiero hablar de estructura que de control. Y en tercer lugar, la promoción de la autonomía, que durante la adolescencia es fundamental. Un adolescente tiene una búsqueda desesperada de autonomía.

¡Pues nos quedamos con esta receta! [Nos vemos en la Jornada el 19 de noviembre.](#)

# ***1ST NATIONAL (ONLINE) COACHING PSYCHOLOGY/COACHING CONFERENCE COACHING PSYCHOLOGY AND COACHING IN YOUR COMMUNITY AT THIS TIME-RECOVERY AND SUSTAINABILITY, 20TH&21ST MAY 2021***

SECCIÓ DE PSICOLOGIA COACHING. JUAN J. CABRERIZO, XAVIER MONTERO, MAITE SÁNCHEZ-MORA I CARMEN SANTOS

El passat 20 i 21 de maig es va dur a terme el *1st National (Online) Coaching Psychology/Coaching Conference, Coaching Psychology and Coaching in your Community at this time-Recovery and Sustainability*, allotjat a la University College Cork (UCC), Irlanda, i organitzat per l'*Special Interest Group in Coaching Psychology (SIGCP)*, de la *Psychological Society of Ireland (PSI)*.

La relació amb aquesta institució irlandesa de psicologia coaching és mitjançant la ***International Society for Coaching Psychology*** (ISCP, societat amb la qual el COPC -a través de la nostra secció- té signat un *Memorandum of Understanding*, recentment actualitzat), i data de fa deu anys, perquè pertanyem al comitè directiu dels congressos internacionals anuals que venen organitzant-se des de 2010, sent el *1st International Congress of Coaching Psychology* el que es va celebrar a Anglaterra, Sudàfrica, Irlanda, Suècia i **Espanya (COPC, Barcelona, 11-12 d'octubre de 2011)**.

La pandèmia que estem vivint des de fa més d'un any ens està exigint respostes flexibles, i el seu impacte general en la salut mental i el benestar de les persones, encara no s'ha entès completament.

Per aquest motiu, el congrés es va enfocar, tant en la **teoria**, com en la **recerca** i en la **pràctica** de la psicologia coaching i del coaching en la **comunitat**, dins el context de **recuperació** i **sostenibilitat**.

Durant dos dies, i a través de ponents internacionals (la seva majoria, psicòlegs i psicòlogues coaches anglesos i irlandesos) que van compartir la seva **experiència acadèmica**

i **praxi professional**, es van explorar temes rellevants, com per exemple: recerca en psicologia coaching, ecopsicologia, coaching i sostenibilitat, reconexions i canvi climàtic, coaching de 4a generació, diàlegs de coaching transformatiu, coaching i discapacitat, ressonància, fortalesa mental, procrastinació, etc.

Ara, començarem a presentar algunes de les aportacions **transversals**, vàlides per a qual-sevol àmbit d'intervenció de la psicologia coaching:

### [Change makers \(Eddie Murphy\)](#)

Un cop que **Hugh O'Donovan** va fer la presentació i benvinguda al congrés, Murphy va trencar el gel amb la seva intervenció, un discurs més aviat experiencial, respectuós i orientat cap a l'esperança, però sempre vers la solució, per tal d'aconseguir el benestar de les persones, des d'un enfocament psicològic pràctic i basat en l'evidència.

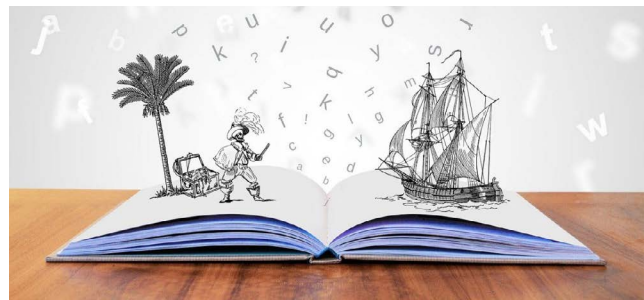
Els professionals i les professionals del coaching, com a agents de canvi, han d'atendre les necessitats socials, considerant els valors fonamentals i treballant amb creativitat.

### [The 4th generation coaching for people and the planet \(recovery and sustainability\) \(Ho Law\)](#)

Law va continuar invitant-nos a reflexionar i revisar la condició humana actual en termes de la postpandèmia covid-19 i la crisi del canvi climàtic. Dins un model espiral, la realitat indiscutible de l'escalfament global acaba influint en la nostra salut a llarg termini, tant en els anys que viurem com en l'estatus socioeconòmic. La "nova normalitat" derivada de la pandèmia exigeix nous enfocaments lingüístics i de coaching (aquest últim reconegut com a professió de la salut) per aprofitar un canvi de paradigma sociocultural i tecnològic.

Dins el marc integratiu universal (competència, responsabilitat, integritat, drets, reconeixement, relacions, representació i respecte), va parlar de la quarta generació del coaching (4GC), sota el paradigma del coaching transpersonal (adaptació de Whitmore, 2010), tant des de la

dimensió espiritual (qualitativa) com des de la psicològica-racional (quantitativa). I tot això ho va fer recorrent al model GROW i a la narrativa integradora (*storytelling*): "Tu no viatges a través del temps. El temps viatja amb tu."



### [Using an educational, cognitive behavioural and positive psychology approach to tackle debilitating climate change worries, ecoanxiety and ecodpression \(Stephen Palmer\)](#)

Palmer, president de la ISCP, afirmà que les persones (adultes, joves i infants) estan preocupades per l'impacte dels canvis climàtics -els que ja hi són i els que se'ns apropen- en el planeta i els seus i seves habitants. Amb sort, per a finals d'aquesta dècada, la covid-19 i les seves variants s'hauran tornat més manejables. No obstant això, la crisi climàtica continuarà tenint un impacte cada cop major en la biodiversitat, el clima i les persones del planeta. Sota un enfocament educatiu, cognitivoconductual i psicològic positiu, va abordar com gestionar les preocupacions sobre del canvi climàtic, l'ecoansietat i l'ecodepressió. Què ha de saber el coach o la coach sobre el canvi climàtic, si sorgeix el tema en una conversa de coaching? Els/les professionals de la psicologia coaching haurien de tenir una formació continuada sobre problemes de salut mental relacionats amb el canvi climàtic? Moltes respostes es van trobar als resultats de l'enquesta que la ISCP va fer a professionals del coaching de molts països.

És evident que en la relació *coachee-coach* es connecta directa i recíprocament amb l'ecologia social i de la naturalesa. L'ecopsicologia influeix en els processos de coaching. Des d'aquí i des d'ara podem satisfer necessitats del món de demà. Per a això cal saber què recol·lectar, repensar o recuperar.

En moltes ocasions, en un procés de coaching





es pot identificar i abordar l'ecoestrès i l'ecoansietat. Moltes vegades, les sessions de coaching es poden fer caminant a l'aire lliure, en un medi natural (bosc, jardins, etc.), i aquesta pràctica innovadora millora el benestar i la vitalitat (“*walk and talk*” *outdoor coaching*, O’Riordan & Palmer, 2019).

Transport elèctric, edificacions sostenibles, millors pràctiques agrícoles, manteniment d’embornals de carboni natural, amortidors d’inundacions... Quants i quantes coaches i coachees (tant a l’àmbit laboral com al personal) poden contribuir a donar suport a la revitalització de la biodiversitat i, per tant, al benestar global de les persones!

La discussió, brillant i provocadora per augmentar la consciència sobre aquests temes, va derivar vers la importància i la necessitat -dins les organitzacions- d’entrenar en lideratge per a la responsabilitat social corporativa; de no invertir en formar líders que siguin resistents a l’acció pel canvi climàtic; etc.

### **How do we create relationships able to hold re-connection and recovery? (Alison Whybrow)**

Arran d’unes preguntes (què podem fer nosaltres que el món pugui necessitar demà? quina és la nostra història i quin viatge hem emprès? quines són les *re-connexions*, les *re-històries* que hem de fer? quins són els regals que el coaching pot fer? quines coses podríem fer per associar-nos amb els nostres clients o clientes, les nostres comunitats i els nostres companys i companyes?), Whybrow va desenvolupar les idees en torn a uns eixos: l’acceptació i la interdependència; reconnectant l’èsser profundament humà, l’agraïment i el

regal; i reinventant una economia basada en la nostra ecologia.

Va aclarir que es parla de sostenibilitat quan cada part d’un sistema negocia les seves necessitats en el context del sistema més ampli en el qual es troba inclòs. I per tal d’exemplificar la perspectiva de sistemes interconnectats, va fer servir la figura de cercles concèntrics: coach/coachee; equip/família; comunitat més àmplia i organització; ecologia social; i ecologia natural.

Amb aquesta econarrativa, va concloure que hem de replantejar la nostra pràctica professional per alinear-la amb un planeta *flourishing*. I el coaching regeneratiu serveix per això: per a millorar la salut de la nostra biosfera, les propietats vivificants del nostre planeta.

En aquesta interessant presentació, Whybrow va utilitzar analogies molt adients i evocadores:

“Nosaltres som el bosc humà del món”.  
“El canvi passa cada dia en el nostre bol d’esmorzar”.

### **Coaching as a resonance relationship (Reinhard Stelter)**

Partint que el coaching s’ha d’entendre com a un fenomen social, que està connectat als canvis socials, ara ens trobem amb molts reptes, dins d’una societat que pateix *burnout*. Hem passat del segle XX, el de la immunologia amb conceptes polaritzats (malalt/a vs. sa/sana; enemic/iga vs. amic/iga; propi/pròpia vs. aliè/ena...), al de la supremacia del positivisme d’avui dia.

Les persones es converteixen en subjectes i víctimes del seu propi desenvolupament i,

per tant, en el seu pitjor enemic. El control del poder creix a través de l'autodisciplina, de la vigilància de la pròpia actuació, especialment, dels mitjans de comunicació social i molts altres sistemes d'informació.

Haurem de treure'ns de sobre aquests conceptes mitjançant més preguntes, haurem d'estar-hi més presents, estar en contacte amb l'altra persona i escoltar-la "sensualment" (*sensual listening*).

Stelter va posar llum sobre la ressonància, adaptant aquest concepte del sociòleg alemany Hartmut Rosa, al coaching i a altres diàlegs transformadors. Una qüestió clau per a una vida saludable és com connectem amb el món. Com ens relacionem com a psicòlegs o psicòlogues coaches amb l'altre/a? Com utilitzem la ressonància com una forma de *co-crear* una nova realitat, com a resultat inspirador de la nostra col·laboració?

Els diàlegs transformadors ajuden a teixir un fil de ressonància. La ressonància es converteix en una característica del diàleg de coaching; és l'esforç fonamental del coach o de la coach. Una veritable ressonància suposa la proximitat a l'altre/a, una experiència corporal, per viure en família, amb els amics i amigues, amb la natura; en el treball, l'escola, l'art, la religió... L'acceleració dels temps actuals està molt relacionada amb l'alienació. Si l'acceleració és el problema, aleshores la ressonància ha de ser



la solució, una mena de vacuna.

Les persones poden buscar situacions que ressonen amb elles o esperar a trobar-se amb coses o situacions que els facin ressonar. El client o clienta pot créixer a través de les reflexions ressonants del coach o de la coach. El coach o la coach -com a soci o sòcia- entra en contacte

i li toquen les experiències del coachee o de la coachee; per tant, es converteix en una caixa o cos de ressonància, una mena de diapasó del seu client o clienta. Es va concloure que el coaching és l'art de romandre en el diàleg; i en un diàleg autèntic, totes dues parts (coach i coachee) estan disposades a canviar.

### **Coaching mental toughness (Lorna Lawless)**

Lawless, presidenta del SIGCP, de la PSI, primerament, defineix la *mental toughness* (MT), duresa o fortalesa mental, com a un tret de la personalitat que determina, en gran part, com les persones responen mentalment quan s'exposen als estressors i a la pressió dels reptes, independentment de les circumstàncies (Peter Clough&Doug Strycharczyk, 2011).

Així mateix, es podria dir que, en el costat extrem de la MT, hi ha la *mental sensitivity* (MS).

La MT impacta en el benestar, el rendiment, les aspiracions i l'agilitat tant de les persones com de les organitzacions. Estudis han demostrat que ho fa directament en la salut mental i això la fa rellevant per al coaching de recuperació i la sostenibilitat. Un procés de coaching pot estar basat a potenciar la mentalitat i les actituds del coachee o la coachee, perquè la MT es pot desenvolupar. Com a eina de coaching, la MT no es tracta de res pejoratiu, ni d'etiquetatge, sinó de consciència de si mateix o mateixa. En constar de diversos factors, és possible ser fort en uns i no tant en uns altres. El coachee o la coachee MT és capaç de controlar la vida i les emocions; confiar en les seves habilitats i també en les relacions interpersonals; comprometre's amb les metes pròpies i de l'equip; i estar orientat/ada als reptes, al risc i a l'aprenentatge. D'aquesta manera, la persona MT pot afrontar millor que la MS les adversitats causades per la pandèmia, com per exemple la pèrdua del treball.

El coaching de MT s'ha de veure com un camí per arribar o acostar-se a l'èxit, a la prosperitat.

### **Thinking about the mental in mental health and mental illness (Pat Bracken)**

En totes les nostres discussions sobre salut

mental i malalties mentals, sovint assumim que sabem a què ens referim quan parlem de la “ment”. Però això és cert? En aquesta xerrada, es va qüestionar el nostre ús fàcil de les paraules “ment” i “mental”. Bracken va partir que el problema a abordar té a veure amb un mecanisme o procés defectuós. Com que la realitat humana no es pot entendre com a una “res cogitans”, una cosa pensant en si mateixa; i com que la ment tampoc no es pot entendre separada del seu món, independentment del seu context; va proposar que cal superar el paradigma tecnològic, cartesiana i reduccionista (centrat en el diagnòstic i el tractament), que està basat en la ideologia però no en l'evidència, per acostar-nos al paradigma de recuperació, on el discurs està centrat en valors i ètica, significats i contextos, i relacions i poder. I aquest model ressona amb les idees del món del coaching.

Citant Repper & Perkins, la recuperació no consisteix a alliberar els problemes; es tracta de veure la persona més enllà dels seus problemes -les seves capacitats, possibilitats, interessos i somnis- i de recuperar els papers i relacions socials que donen valor i significat a la vida. Cal situar la persona en el centre de l'enfocament de la seva recuperació. “La relació és clau per a la recuperació. Escolta el client o clienta i et dirà tot el que has de saber”.

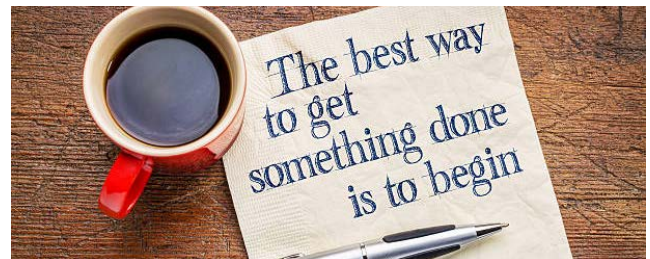
Les persones assistents a aquesta enriquidora xerrada van valorar molt la integritat del psiquiatra i filòsof Bracken, agraint-li aquesta proposta de canvi de perspectiva, de pensar i de veure el món d'una altra manera, tot un repte per als/les coaches, al qual no han de tenir por.

### **[Procrastination from many angles: an applied approach to a common problema \(Jayson Moran\)](#)**

Com a membre actiu del SIGCP, Moran, en primer lloc, va compartir el propòsit d'aquest grup: “Ser la veu de la psicologia coaching, crear comunitat i facilitar l'aprenentatge”.

Explicà com al principi es va interessar per la procrastinació, mentre intentava acabar la seva tesi. Va dir que, en un moment o altre, tothom ho fa. Més del 80% de les persones posterguem les coses amb regularitat, i alguns o algunes de

nosaltres fins al punt de tenir efectes perjudicials en rellevants àrees de la vida com les nostres relacions, les finances i la carrera professional.



La procrastinació s'associa sovint amb molta culpa, vergonya, ansietat i frustració; i això és molt important tractar-ho des de l'inici. Moran va abordar la procrastinació des de múltiples angles, utilitzant diferents models (entrevista motivacional, cognitiu conductual, psicologia positiva, etc.) i facilitant eines molt útils (formulació de metes amb frases positives; posar el focus en la solució; etc.), per ajudar els seus clients i clientes a moure's, augmentant la consciència, abordant els pensaments automàtics i les creences subjacents.

Agrupades en tres tipologies (disturbi, baixa tolerància a la frustració i rebel·lió), va exposar les sis narratives més comuns de la procrastinació: l'aprensiu/iva; el/la perfeccionista, el sobrecarregat/ada, el generador/a de crisi, el somiador/a i el desafiador/a.

Es tracta de substituir l'hàbit de la procrastinació per un d'alternatiu: el mètode “pomodoro”, on les noves rutines generen noves recompenses (productivitat, progrés i identitat), en comptes d'evitar l'avorriment i l'ansietat, com a conseqüència de la procrastinació.

**Hugh O'Donovan**, amfitrió i conductor d'aquest congrés, va voler “regalar-nos” un exemple de rutina diària d'autoqüestionari per a la procrastinació, que va anomenar “Avui, mana la no-crastinació”:

Com podria jo tenir èxit/marcar la diferència completar l'objectiu/viure avui?

Com em sentiria si no fes la tasca necessària?

Quin és el següent pas immediat que he de fer?

Si pogués fer una cosa per aconseguir l'objectiu a temps, quin seria?



I ja per finalitzar, comentarem d'altres aportacions més **específiques** d'un àmbit:

### [Creating positive change in challenging times](#) (David Sharpley)

Una mentalitat resilient permet a les persones dir “mai perdo”. Allò d’“o guanyo o aprenc”, es pot desenvolupar amb el temps. No obstant això, el procés d’aconseguir un canvi intencional rara vegada és fàcil, particularment, quan ens enfrontem a la incertesa.

Partint del model usual de l'escala d'aprenentatge, basat en habilitats (de baix a dalt: incompetència inconscient, incompetència conscient, competència conscient i competència inconscient) passà a un model dinàmic de competències real (circular: de baix a dalt, i de dalt a baix) on compta el canvi de context. Aleshores, va introduir l'anomenat factor “hipopòtam” (per sobre de l'aigua: esperança, percepció, intenció, progrés i opcions; per sota de l'aigua: revisió del context i focus futur, tancant-se així el cercle, cap amunt), per a respondre positivament a les situacions de reptes, per a solucions basades en coaching. I va acabar amb el triangle: consciència, percepció i acció significativa.

Mitjançant aquesta metàfora de l’“hippo”, molt ben acollida entre els/les professionals del coaching a les organitzacions, va parlar del manteniment del balanç, de l'equilibri entre demandes i recursos; del *job crafting*, dins dels equips per maximitzar el potencial i reduir les frustracions; i també ho va fer de la flexibilitat cognitiva, amb converses clarificadorres i intencionades sobre el què, com i perquè.

En aquest temps de “fatiga zoom” a conseqüència de l'aïllament per la pandèmia, és bo reflexionar sobre els conceptes de la teoria de l'autodeterminació (competència, autonomia i connexió) i els principis del lideratge, que dona suport a l'autonomia i estan vinculats a passos pràctics per a millorar les converses amb propòsit. En aquest sentit, el coaching pot ajudar a alinear els valors i els principis rector, posant el focus en les metes i les prioritats personals, per progressar cap a resultats positius.

### [Psychologically minded coaching and disability](#) (Mary O'Grady)

O'Grady va compartir, generosament, la seva experiència professional de 30 anys en el camp de la discapacitat combinada amb la formació d'adults en psicologia coaching per l'UCC. Va reflexionar i descriure els desafiaments trobats i els beneficis observats, durant aquests últims cinc anys, en l'ús d'enfocaments i eines de psicologia coaching per millorar l'empoderament i l'experiència de vida d'estudiants amb diferents habilitats i discapacitats, com per exemple: gestionar els reptes de la vida amb èxit, fer transició vers l'ocupació, superar una posteducació per a una vida independent, etc.

I això ho va aconseguir evolucionant des d'un mètode transaccional a un altre transformatiu de suport, fent servir la intervenció de coaching. I pensa que, si es fa en una etapa primerenca de desenvolupament de la vida, ajudaria més les persones a millorar el seu potencial i a contribuir força en la societat.

Va concloure dient que l'educació no és com omplir una galleda, sinó com la il·luminació d'un foc. I el coaching també il·lumina un foc de creixement personal i una major consciència, ajudant-nos a navegar per noves formes de ser i de fer.

En resum, podríem dir que el congrés ha estat una magnífica oportunitat perquè un centenar de professionals de la psicologia coaching, a través de diferents diàlegs, pogués posar-se al dia i treure noves i esperançadores idees per aquests temps turbulents. Durant aquestes dues enriquidores jornades, pensaments “antics” han conviscut amb altres de “nous”, més trencadors i provocadors, reemmarcant-se i desenvolupant-se amb molta més força.

Fent servir les paraules d'Alison Whybrow “**learning from each other is the way forward**”, ara, només ens queda reflexionar i digerir!

# NO SE PUEDE HACER PATRIA SIN TERNURA

POR MARIANA FIKSLER, PSICÓLOGA ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA PREVENTIVA, CRIANZA,  
MUJERES, PAREJA Y FAMILIA

– La demanda es demanda de  
amor-  
  
(Una excepción)

Una de las personas que rigen (de alguna manera) caminos de un pueblo, ciudad, país, ha gritado “Vete al médico” a un edil que casi, por primera vez, habló claramente de la necesidad de considerar la salud mental para la población, en especial la de menores recursos económicos. Salud Mental: ese gran ignorado.

Pero ese grito de un representante del pueblo muestra la urgencia de considerar la asistencia en salud mental para aquellas personas que tienen a su cargo la toma de decisiones que, como población, nos involucra. No cualquiera puede tener en sus manos el permiso, legitimado por elecciones, de tomar decisiones acerca de nuestras vidas, nuestra educación, nuestra medicina, nuestro medio ambiente o nuestra moral.

Podría ser peligroso, podría hasta implicar que un violador sea exculpado o un inocente culpabilizado (hasta con argumentos falsos), podría implicar retrocesos imperdonables no solo por la irreverencia para con logros de años de espera sino por la involución.

Las personas que ocupan cargos oficiales que implican decisiones trascendentales, sean escaños, juzgados, bufets, asesores parentales, cargos de alta responsabilidad y cada vez menos jerarquía, deberían ser evaluadas previamente pues por esa falta de pronto

nos encontraríamos con cargos que separan familias con muros infranqueables, que no cambian ni modifican nada sino que se limitan a criticar y ver, literalmente, la paja en el ojo ajeno confundiéndolo con cambio. Que, básicamente, se olvidan de aquellos a quienes representan o nunca consideraron.



*Autor: Pedro Rota Fiksler*

Hay cargos que no aportan nunca nada para mejorar nada, que obstaculizan y repelen, que acechan para no aceptar nada que no hayan dicho o pensado, para culpar a todos hasta de sus errores. Gente patológica. Gente en la que no cabe la ternura.

### Y si no hay afecto hay enfermedad.

Hay patologías socializables, que pueden compatibilizar con cargos de conducción, pero aquellos marcados por carencias afectivas llevarán a cabo estas tareas, en particular, con absoluta falta de empatía, básicamente por desconocimiento, por ser producto de un patrón desafectivizado, sin que sus deseos o necesidades fueran siquiera vistos en su momento y así desempeñarán sus cargos políticos con ignorancia de las necesidades del otro.



### La falta de empatía es carencia de afecto.

Hay caracteropatías que atentan contra la evolución; su frase regente es: Yo soy así, y tras el yo soy así no sólo no cambian nada en lo personal sino que sus áreas se detienen, que se frena la evolución porque el cambio atenta contra la desestructuración de su débil estructura psíquica y emocional.

La mirada de un profesional de la salud mental podría ayudar a desatascarse incluso en sus propias vidas, ya no sólo en la dirección que ejercen en la vida de tantos y tantas.

Votar sí o no es un trámite veloz, por ejemplo votar una ley que casi no requiere tiempo. Se trata de pensar en el otro al decir que sí o que no.

La clase política y alrededores vive en contacto con un poder personal “impostado”, y aunque lo crean eterno, es efímero. En su fantasía de poderío aumentan sus niveles de narcisismo que involucra falta de empatía y humanidad.

### No se puede hacer Patria sin ternura.

– El narcisismo puede hasta ser algo bueno, sano podríamos decir, si, como dijo Marie-France Hirigoyen, habla de seguridad para autoafirmarse. Seguridad, no imposición.

**Imponer es debilidad**, recuerda el porque lo digo yo dicho dando un golpe en la mesa del comedor familiar; porque la infancia nunca está ausente de la personalidad (su carencia de afecto entre otras ausencias) y marca la vida de cada persona lo que repercute infinitamente si la persona que arrastra dolores y faltas eternas tiene a su cargo pueblos cuyas demandas serán eternamente negadas y, hasta castigadas, como a su artífice le ocurrió y no superó.

Un psicólogo es el decodificador, el traductor de esas faltas que, vistas, elaboradas, cambian destinos personales y, en el tema que nos ocupa, destinos masivos.

Un político, un cargo, sólo debería tener el poder de la empatía, el altruismo y la ternura,



de lo contrario no debería ocupar ese sitio de poder alucinado.

Se legisla para la ciudadanía. El beneficio es del otro, no de uno. Quien no lo entiende así equivocó su lugar en el mundo, o se lo permitieron. Quien oye y mira desde de la sordera y la ceguera no puede dirigir a nadie, escasamente a si mismo. Esto lo detecta un profesional de la salud mental, es más, sus consecuencias nefastas para la vida de los pueblos las evitarían los profesionales de la salud mental.

Los psicólogos, las psicólogas, entre muchas tareas, pueden ayudar a efectuar esa necesaria conexión con el afecto, emoción altamente temida por aquellos cuyo objetivo es respetar la ley paterna imponiendo, sin escucha y sin mirada. El afecto, la emoción, la empatía, la solidaridad, el respeto; la ternura en definitiva no pueden estar ausentes de la clase gobernante so pena de dirigir masas de tristeza, frustración y carencias, cuando no rencor.

Nunca mejor visto en este año de nuestro globalizado mundo que incluyó vocablos: distancia, mascarilla, guantes, gel, sanitarios, alcohol, lavado, hidroalcohólico, pandemia, confinamiento, ola, contagio, aplausos, olvido, soledad, muerte. Palabras que realzaron inmensamente la falta de empatía, de solidaridad, de cuidado del otro, en no pocos casos y que, de una manera u otra, condujeron a matar la muerte de los muertos con la ignominia.

**“Pero hay el narcisismo patológico, peligroso en quienes dirigen destinos de millones de personas, una de cuyas manifestaciones consiste en apabullar o desoír escudado en risas ante lo que el otro, el diferente dice. Se llama invalidación.”**

Quien habla velozmente, dando voces , “apabullando”, anulando, no dando espacio al otro para esgrimir su opinión pero si la escucha la desecha (porque no es la suya) no exhibe fuerza ni seguridad alguna, solo da una triste muestra de su triste y peligrosa debilidad.

Una persona débil, lábil, insegura, manipulable,

sedienta de un espacio en el mundo donde “crea” tener poder no debe conducir los destinos de millones de personas.



**Gobernar no debería ser despotismo: (incapacidad, ignorancia y debilidad encubiertas).**

Una persona centrada en si misma, en si mismo y sin la menor empatía con la existencia de necesidades que no sean las suyas no puede ocupar un sitio que implique la toma de decisiones que involucren a otros por ser manifiestamente antisociales y con actitudes de sadismo destacables en las que hay una absoluta falta de empatía con las necesidades individuales o sociales que no les atañen. Una persona cuyo rango de conceptos es diminuto, que sólo se guía por escasos conceptos cuadrículados como fórmulas matemáticas inamovibles no debería ser quien decida por nadie más que por si mismo por ser enemigo de la evolución, del crecimiento y de la libertad.

**En mentes cuadrículadas no hay un mínimo espacio para el afecto.**

Algunos, bastantes, personajes políticos cuando se ven enfrentados a la emancipación del otro/a se sienten relegados, relegadas; fracasados. Si no dominan, si no cercenan, si no castigan, no sirven para nada, son personas altamente vulnerables disfrazadas de dominantes por ley. Disponen de la ley. O de su transgresión cuando les es conveniente.

En más de un caso se trata de, lisa y llanamente, maldad, y haber encontrado el sitio desde donde ejercerla; contra el diferente, contra

todo aquel, toda aquella que, por ideas, raza o religión, exhiba un camino que no es el que le han marcado sus padres, fundamentalmente. Es el lugar donde castigar lo que para esa persona es transgredir como, probablemente fueron castigados en su vida.

### **La historia personal nunca está lejos ni al margen de los caminos tomados en la adultez.**

Esos caminos se toman, no se eligen, hay una direccionalidad ineludible, un mandato, un destino que de no ser acatado implicaría traicionar el legado familiar.

Esto lo podría recomponer la psicología preventiva, sino los pueblos terminan siendo castigados como sus dirigentes fueron castigados y acallados en la infancia, haciendo activo aquello que sufrieron pasivamente en particular durante los años de crianza en el seno del hogar familiar y esto incluye apelar a sembrar el miedo como el que, probablemente sintieron en su infancia ante la posibilidad de castigos por no cumplir con los preceptos paternos. Generalmente paternos.

### **Un mal político es aquel que no puede transgredir “la ley del padre”, es decir: elegir.**

Así, las personas que rigen destinos de personas avasallan (creen triunfar) a pura prepotencia de patología, mitomanía, manipulación, toxicidad sin escatimar medios para imponerse a riesgo de parecer débiles.

### **Cambiar es ser débil.**

### **La ternura es vista como sinónimo de debilidad.**

Pero triunfan para sí mismos, para sus arcas, para su patológica amnesia, como una reverencia, como un guiño, como una honra a sus antepasados. Amnesia o hasta ignorancia, en particular del sentido real y olvidado, no pocas veces, de la política: el bienestar de los ciudadanos, los países, la Tierra.

Pierde la ciudadanía, pierde además porque sus dirigentes, no evaluados antes de ejercer

esos cargos, desarrollan una autoafirmación desmesurada o bien proyectan la vergüenza (de su debilidad oculta) sobre otro (cualquiera que no sea él mismo o sus ideas) despreciándolo y desvalorizándolo al tiempo que se coloca él mismo sobre un pedestal (endeble y quijotesco).

Se supone que un político está al servicio de los ciudadanos. Se espera de ellos coherencia, moral, abnegación, honestidad y solidaridad. Ser un ejemplo.

Cada vez más, la política, en muchos de sus ejecutores (palabra no inocentemente elegida) es fraude, estafa, beneficio personal, poder; es lo que diferencia la ética y el saber de la sed de protagonismo como objetivo con total ausencia de empatía, cuando no humanidad; una amenaza para los ciudadanos. Probablemente cuando el tiempo avanza y se empiezan a descubrir las características de algunos cargos directivos, los traspies, las injusticias y, a veces, las inmoralidades, ya es tarde, ya hay desempleo, enfermedades, injusticia y vivienda precaria, si la hay. Hay muchos nuevos ricos también.

### **Debería haberse detectado antes de que fueran, siquiera, votados. Un profesional de la salud podría detectar si un individuo es peligroso tanto para si mismo como para los demás.**

Tal vez mucho de esto se pudo haber evitado en muchos tiempos anteriores, tal vez, por el ingenuo deseo de que psicólogos hicieran entrevistas diagnósticas con todo/a aquel/la que tuviera en sus manos los destinos de un pueblo, una nación, una patria: vidas.

Entrevistas diagnósticas que traducen, decodifican, interpretan lo que está detrás de lo que se muestra, eso que no aparece en las campañas electorales pero que, ineludiblemente sale; por el narcisismo, por las patologías, por eso que el poder presta con intereses elevados, durante el efímero tiempo en que es poder.

Para que la política sea una cuestión de poder ser sutil, humano, ético y creativo y no una cuestión de poder.

# ENTREVISTA A LA DRA. ANDERSON, PONENT DE LA CONFERÈNCIA “*NEUROPSYCHOLOGICAL REHABILITATION FOR CHILDHOOD BRAIN INJURY*”

La Dra. Vicki Anderson és neuropsicòloga pediàtrica i investigadora australiana, doctora en psicologia i referent en neuropsicologia clínica en l'àrea del dany cerebral adquirit en la infància. Actualment és cap del servei de psicologia del Royal Children's Hospital Melbourne i directora d'investigació clínica de l'Institut d'Investigació Pediàtrica Murdoch (Murdoch Children's Research Institute), així com professora de Ciències Psicològiques i Pediàtriques a la Universitat de Melbourne.

Les seves línies d'investigació actual se centren a traslladar les seves primeres troballes científiques a la pràctica clínica per optimitzar els resultats d'intervenció de nens i nenes amb dany cerebral adquirit, entre altres.

El COPC va tenir l'honor de tenir-la com a ponent a l'activitat formativa *Neuropsychological rehabilitation for childhood brain injury, and parent focused e-health intervention as a way to maximize rehabilitation outcomes on daily activities*

que es va celebrar online el passat 7 de maig. Abans de la cita, però, hem volgut entrevistar-la per conèixer de primera mà la seva experiència i endinsar-nos en algunes de les temàtiques que tractarà a la seva ponència.

**La neuropsicologia està reconeguda a Austràlia com una especialitat sanitària com ho són la neurologia, la psiquiatria o la pediatria? Quina formació és necessària per convertir-se en neuropsicòleg/òloga? I d'estar considerada una especialitat, hi**





Dra. Vicki Anderson, neuropsicòloga pediàtrica i investigadora australiana, doctora en psicologia i referent en neuropsicologia clínica.

### **ha un reconeixement diferenciat per a la neuropsicologia pediàtrica o infantil?**

Si, ho està. La formació és un grau de 4 anys (arts o ciències), un curs d'honor d'un any (*honours course*) i un màster en neuropsicologia clínica (2 anys: estades clíniques, conferències, tesi d'investigació). Després d'això, per registrar-se es requereixen 2 anys addicionals de pràctica supervisada, que es poden fer mentre es treballa. No hi ha diferències en la formació en neuropsicologia infantil respecte a l'adult.

### **Un dels principals objectius terapèutics és que els i les pacients guanyin el màxim d'autonomia i tinguin qualitat de vida. Quins són els beneficis que aporta la “telemedicina” en aquest sentit?**

Aquest és un camp molt nou per a la pràctica clínica, ja que la telemedicina era inexistent abans de la COVID-19 per als professionals sanitaris. Des de fa 5 o 6 anys, hem estat investigant, desenvolupant i testejant diferents

plantejaments amb videoconferència per dur a terme les teràpies i els beneficis són: un millor accés i menys càrrega per a les famílies, i més implicació per part dels pares. D'altra banda, els reptes són la dificultat d'establir relació i interpretar els senyals no verbals i que aquestes propostes no són adequades per a problemes clínics realment greus.

### **Segons la seva experiència, i la del seu equip, quins avantatges i desavantatges ha trobat en la intervenció a casa a través de la “telemedicina”?**

Hem llistat els avantatges en la pregunta anterior però també és útil poder observar el context familiar i les interaccions en el seu entorn familiar. Alguns desavantatges, especialment per a adolescents són els següents: és difícil garantir la privadesa; els nens petits són molt difícils d'avaluar si tenen problemes d'atenció o discapacitat. Els problemes tecnològics també són força habituals i frustrants per a tothom. En general, crec que per als professionals sanitaris

el servei telemàtic requereix més temps.

### **Quin és el rol dels pares en les intervencions centrades en ells mateixos?**

Els rols respecte als pares poden ser molts, des del seu paper com a referents a l'ajuda amb les seves habilitats parentals, passant per donar suport a la seva salut mental. A més, la vinculació entre pares i professionals és clau per a l'èxit.

### **Quins són els principals components d'intervenció dels seus programes centrats en els pares?**

Psicoeducació i diverses modalitats de tractament: TCC, ACT, *mindfulness*.

### **Considera que una intervenció eficaç pot ser duta a terme exclusivament pels pares?**

No, però crec que els pares són importants per seguir l'orientació del professional.

A més, el coneixement que obtenen treballant amb els professionals clínics i els seus fills és valuós per reduir l'ansietat i desenvolupar competències.

### **Quins altres factors considera clau en la recuperació de lesions cerebrals en infants?**

Atenció de qualitat (*Gold standard acute care*) i intervenció precoç (física, de parla) i una bona comunicació amb les escoles durant la reintegració i després.

**“L'escola és fonamental, igual que la llar familiar, ja que ens esforcem molt per tornar els nens als seus entorns ‘normals’ al més aviat possible. Tornar als amics i a les interaccions socials també és un paper clau del retorn a l'escola.”**

### **Què pot fer la societat per millorar la qualitat de vida d'aquests nens i nenes? Hi ha alguna iniciativa coneguda a Austràlia que pugui compartir?**

No crec que ho fem del tot bé, però els models multidisciplinaris i l'atenció centrada en la família són fundamentals. Que els nivells de finançament siguin adequats és útil, així com l'avaluació – amb un correcte acompanyament i seguiment- en punts clau de transició (per exemple, el retorn a l'escola o l'entrada a l'escola preescolar).

### **Quin paper té l'escola en les lesions cerebrals infantils a Austràlia o específicament a Melbourne (en cas que hi hagi alguna particularitat remarcable)?**

L'escola és fonamental, igual que la llar familiar, ja que ens esforcem molt per tornar els nens als seus entorns ‘normals’ al més aviat possible. Tornar als amics i a les interaccions socials també és un paper clau del retorn a l'escola.

Al llarg de la seva trajectòria ha contribuït a la sensibilització social i a la divulgació científica escrivint més de 500 publicacions. Com creu que podríem fer arribar l'evidència científica per nodrir millor la pràctica clínica dels serveis públics comunitaris?

Bé, aquesta és una qüestió molt important, la qual només he tractat realment en la darrera part de la meua carrera. Crec que és fonamental treballar en col·laboració amb professionals sanitaris i famílies per assegurar-nos que la investigació que fem és la que volen i que aquesta és factible per a la seva implementació.

L'entrevista en anglès es pot consultar aquí.



# EL RETO DE TENER HIJOS EN ÉPOCA DE PANDEMIA

POR LAURA CERDÁN, PSICÓLOGA CLÍNICA Y PSICOPEDAGOGA

Los estilos de crianza evolucionan y cambian en cada generación. Pero la actual pandemia y sus consecuencias en la vida de los ciudadanos ha producido cambios importantes en cómo se plantean los jóvenes el reto de la maternidad y paternidad.

Recientemente, “[The Parenting Index](#)”, estudio encargado por Nestlé, ponía de manifiesto cómo ha cambiado la percepción que padres y madres tienen de la experiencia de crianza. Vivimos en una sociedad conectada las 24 horas del día, sobreestimulada y sobreinformada que está experimentando una profunda crisis sanitaria, económica y social como consecuencia de la pandemia.

Algunos de los aspectos que, según este estudio, se valoran como facilitadores de crianza son, entre otros, el nivel económico y la estabilidad laboral. Este aspecto parece haber cambiado poco respecto a las últimas décadas.

Tener un nivel de ingresos que permita afrontar los costes de la llegada de un bebé, así como tener un trabajo estable, influyen directamente en la decisión de tener hijos. Sin embargo, la actual situación de pandemia y la pérdida de numerosos empleos también influyen actualmente en esa decisión.

El hecho de que muchos de los trabajos que se han perdido pertenezcan a sectores que han funcionado muy bien en España durante los

últimos años, como la hostelería y el turismo, ha acrecentado la sensación de incertidumbre respecto al mundo laboral.

**“La pandemia cambia el enfoque de la crianza, ¿es fácil tener hijos hoy en día?”**

Directamente relacionado con esto, están las políticas en materia laboral y social llevadas a cabo en el país para solventar esas pérdidas. Si las medidas al respecto se consideran

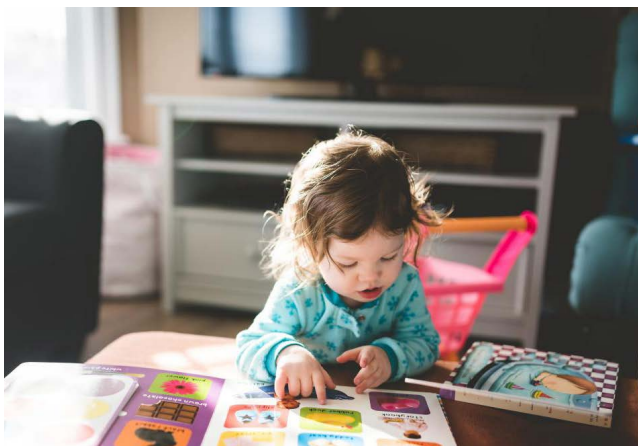


insuficientes, los jóvenes se mostrarán más reticentes a plantearse una futura paternidad/maternidad. Si además tenemos en cuenta que los últimos estudios demuestran que las mujeres siguen siendo las más afectadas en la crisis económica causada por el COVID-19, nos



encontramos de nuevo con un retraso en la edad de maternidad. Actualmente, ésta se sitúa por encima de los 32 años según el Instituto Nacional de Estadística.

A favor de tener hijos encontramos el hecho de llevar a cabo una crianza compartida. Actualmente, los padres están más implicados en la crianza de sus hijos, involucrándose en tareas como cambiar pañales, llevar al cole, ayudar a hacer deberes, etc. Este cambio de enfoque de la crianza favorece que la responsabilidad de criar y educar recaiga en ambos progenitores por igual. Si, además, los padres tienen un entorno de apoyo y ayuda, la crianza les parecerá más fácil y les aportará seguridad. La importancia de tener redes de apoyo es vital para tener una sensación de acompañamiento en la crianza de los hijos.



Hoy en día, el patrón de familia ya no sólo es el clásico, sino que hay muchos tipos de familia y a esa red de apoyo se pueden añadir personas como vecinos o amistades. En algunas comunidades, la ayuda entre los vecinos es una realidad social que permite a determinadas familias con escasas fuentes de apoyo, prolongar sus redes sociales más allá del entorno familiar y encontrar el apoyo que necesitan en su entorno más próximo.

Como aspectos en contra de tener hijos, los padres y las madres se encuentran actualmente con una fuerte presión por parte del entorno. Y no solo en lo que se refiere a la edad de tener hijos, pues como decía, ésta se ha retrasado.

Sino que, en la sociedad actual donde todo el mundo está hiperconectado y sobreinformado, el entorno de los progenitores está lleno de personas que opinan y aconsejan, en ocasiones, sin el conocimiento adecuado. Estas valoraciones y juicios ejercen una presión añadida sobre los padres y las madres creando en ellos la falsa idea de que deben ser perfectos y llegar a todo.

Antiguamente, se confiaba exclusivamente en las abuelas y en los pediatras para los aspectos relacionados con la crianza y la educación de los hijos. Sin embargo, actualmente, padres y madres recurren a otros manuales, blogs, redes sociales, etc., cuyo autor no siempre tiene la formación adecuada. El actual auge de las influencers también afecta padres y madres, sobre todo madres. Las influencers tienen una clara influencia sobre sus seguidores, pero sobre todo muchas de ellas ofrecen una idea de maternidad perfecta que puede frustrar a sus seguidores.

Juntamente con estos aspectos, es muy importante la percepción de control que los jóvenes tengan de la situación, del entorno y de sí mismos. La pandemia ha acrecentado la sensación de incertidumbre y de falta de control de nuestras propias vidas.

La combinación de todos esos factores será lo que haga que el futuro padre y la futura madre vean la crianza como algo más o menos difícil en los próximos años.

# Serveis del COPC pel teu desenvolupament professional



**Ets professional sanitari/ària i vols obrir la teva pròpia consulta de psicologia?**

## **Registre Sanitari**

Amb el servei de **Registre Sanitari**, et podem informar dels requisits que ha de reunir la consulta o centre sanitari per tal d'obtenir l'autorització del Departament de Salut.

**Tens formació i molta experiència i vols sol·licitar un reconeixement com expert o experta en un àmbit d'intervenció concret?**



## **Acreditacions d'Expertesa**

Amb el servei d'**acreditacions**, pots sol·licitar un certificat de qualitat, com a reconeixement de les competències professionals adquirides.

La revista Psiara és el suport en què el Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya comparteix reflexió, anàlisi i opinió amb totes les persones col·legiades i no col·legiades que tenen interès en el món de la psicologia.

La revista permet la participació de psicòlegs i psicòlogues i reflecteix al màxim la realitat de la professió. S'hi publiquen els següents tipus de textos: articles sobre qüestions professionals, articles d'opinió, entrevistes i resums d'activitats.

Si fruit de la teva praxi professional o acadèmica vols compartir un article amb els teus companys i companyes psicòlegs, si us plau, envia'ns-el a [comunicacio@copc.cat](mailto:comunicacio@copc.cat).

Esperem la teva aportació!



VISITA EL WEB  
DEL PSIARA,  
**LA REVISTA**  
**DIGITAL DEL**  
**COPC**

Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya  
c/ Rocafort, 129 - 08015 Barcelona  
Tel: 932 478 650  
[copc@copc.cat](mailto:copc@copc.cat)

Segueix-nos





Col·legi Oficial de  
Psicologia de Catalunya