

alimara

REVISTA DE TREBALL SOCIAL
NÚMERO 47 / SEGONA ÈPOCA / JUNY 2001



**Consell
de Mallorca**

alimara

Núm. 47

Segona època, juny 2001

Edita: Consell Insular de Mallorca
Departament de Serveis Socials
General Riera, 67
07010 Palma
Tel: (971) 76 07 62
Fax: (971) 76 19 52

Equip editor: Jaume Mateu Martí
Catalina García Garí
(En aquest número hi ha col·laborat el
Servei de Protecció al Menor i Atenció a la Família)

Portada: Joguines II (original 23 x 40 cm)
Jordi Miralles i Hostalot

Maquetació
i impressió: Esment, centre especial de treball d'Amadip

Dipòsit legal: PM-128-1987

Els articles d'aquesta revista expressen únicament l'opinió dels seus autors.

FAMÍLIES I SERVEIS MULTIPROBLEMÀTICS. L'ECOSISTEMA DEL MALTRACTAMENT INFANTIL

Carles Panadès,

Psicòleg i Terapeuta familiar.

Membre de la Secció d'Infància i Família del

Servei de Protecció del Menor i Atenció a la

Família del Consell de Mallorca

RESUM

La intervenció amb famílies multiproblemàtiques comporta un complex treball sobre dos aspectes fonamentals: a) les característiques estructurals-funcionals d'aquest tipus de famílies i b) la resposta terapèutica i assistencial (frequentment fragmentada, desajustada i «multiproblemàtica») dels serveis. L'article acara, des d'una perspectiva ecosistèmica, la conceptualització de la família multiproblemàtica i el seu context ampli (la xarxa social comunitària) i també les característiques específiques de la intervenció terapèutica i psicosocial amb i sobre la família i la seva xarxa. El maltractament infantil apareix com el detonant, la porta d'entrada i l'eix organitzatiu d'aquesta intervenció.

AGRAÏMENTS

Aquest article forma part dels apunts de l'autor per al «Curso Intensivo de Formación Psicosocial 2001: Intervención con Familias Multiproblemáticas» Organitzat pel Centro Kine de Terapia Familiar (www.kine.org). Vull agrair a Luis Santiago, el seu director, mestre i amic, l'estímul necessari per fer l'esforç d'estructurar el meu punt de vista i la meua experiència amb les famílies i els serveis multiproblemàtics.

D'altra banda, l'autor està en deute amb els seus companys de l'Equip d'Infància i Família: Olga Guerra, Xelo Vafió, Vicenç Rosselló, Rosario Pérez, Lola Fuentes, Olga Hernández i Antoni Mateu (terapeutes); Esther Rosselló i Pep Anciños (administratius); i, especialment, amb el Cap de l'Equip, Serafin Carballo, qui ha potenciat i confiat sempre en el meu «entusiasme terapèutic» i en la meua «heterodòxia i inconformisme professional». Amb tots ells he compartit més de dotze anys d'experiències sense convertir-nos miraculosament en professionals multiproblemàtics.

També fa extensiu l'agraïment als moltíssims professionals (treballadors socials, educadors, mestres, treballadores familiars, psicòlegs, etc.) amb els qual hem anat co-constituint xarxes de suport social cada vegada més complexes, flexibles i, sobretot, útils per a la protecció d'infants i pares en dificultats.

Finalment, em senti a prop i en deute amb les famílies que han hagut de suportar la meua «persecució terapèutica» i que m'han obert les portes de ca seva, moltes vegades donant-me lliçons de coratge, força i instint de superació, i supervivència.

I. LA FAMÍLIA MULTIPROBLEMÀTICA I EL SEU CONTEXT ECOLÒGIC

I.1. Introducció

De manera general i des del punt de vista sociològic, la transició d'una societat de baix desenvolupament a una societat industrial i postindustrial ha suposat una evolució de la institució familiar que es reflecteix en dos nivells:

- a) L'estructura organitzativa: es produeix una «contracció» de l'antiga família extensa (clan) amb una progressiva tendència a organitzar-se en forma «nuclear conjugal»; i
- b) L'activitat funcional: tendència a la reducció de les funcions socials i econòmiques de la família que entra en un procés de delegació progressiva de competències.

El desenvolupament socioeconòmic de les societats postindustrials impulsa grans moviments migratoris de les famílies cap a les ciutats. La família s'ha d'enfrontar a processos de desarrelament i pèrdues importants: d'identitat social i cultural, de les xarxes naturals de suport (familiar, veïnals) etc. Majoritàriament, es produeix una adaptació funcional de la família a la nova situació, amb una millora qualitativa del nivell de benestar familiar i individual, però per altra banda van apareixent formes disfuncionals d'adaptació caracteritzades per la marginació i la pobresa. Paral·lelament, es produeix el naixement i progressiu desplegament dels serveis públics assistencials que van assumint diferents funcions (salut, educació, suport social) abans delegades a la família i al seu entorn primari de relació.

El concepte de família multiproblemàtica s'ha d'entendre dins aquests dos paràmetres dels quals és inseparable: per una banda, les dificultats d'adaptació a una nova situació social, cultural i econòmica, i, per altra, l'inici i estabilització d'una relació amb els serveis que intenten respondre a aquestes dificultats familiars. En aquest sentit, ens crida l'atenció que se substitueixin ponències o cursos com ara «Famílies Multiproblemàtiques o Serveis Multiproblemàtics?» (Malagoli, Togliatti, Coletti). Accentuant l'aspecte de «problemacitat» es parlarà de famílies «desorganitzades» (Minuchin, 1967), «suborganitzades» (Aponte, 1976), «aïllades» (Powell, Monohan, 1969) o «asocials» (Voiland, 1962). Incidint, en canvi, en el tipus especial de relació que estableix la família amb els serveis, es parlarà de famílies «multiassistides» (Masson, 1980), «cronificades» o «resistents al canvi». Atenent, a la vegada, els dos pols del fenomen, J. Colapinto parla de «famílies diluïdes» i Imber-Black de «sistemes més amplis que la família».

Des de la perspectiva assistencial cal remarcar, també, l'evolució experimentada aquests darrers quaranta anys quant al tipus de resposta que s'ha anat implementant: s'ha passat del model de «beneficència» —amb la creació de grans institucions «totals» (llars i reformatoris per a infants; presons i manicomis per a adults)— al model «comunitari de benestar social» amb la diversificació i especialització (també fragmentació) de la intervenció.

L'interès per l'estudi de la família multiproblemàtica és relativament recent. S'emmarca en l'àmbit del Treball Social i va associat, precisament, al canvi de model assistencial i a la constatació de la ineficiència i el fracàs repetit no només de les solucions institucionalitzades, sinó també de multitud d'intervencions fragmentades de tipus especialitzat sobre els diferents «problemes de la família».

Per altra banda, en l'actual «Estat del Benestar» (Welfare State), quan un sistema familiar presenta múltiples problemes, el maltractament infantil emergeix com el principal problema, el més alarmant i el que més sensibilitat social desperta. En el nostre context sociocultural s'han anat generant en les últimes dècades mecanismes assistencials i legals que intenten facilitar el control social del fenomen. De fet, els diferents sistemes assistencials poden ignorar, no resoldre, aïllar o deixar fora dels seus mecanismes de

resposta alguns dels problemes (malalties mentals, toxicomanies, delinqüència, pobresa, immigració, etc.) que presenta una família multiproblemàtica, però, encara que sigui per imperatiu legal, els professionals no podem ignorar el maltractament a un «menor».

Els principals avenços en el camp de la intervenció psicosocial i terapèutica amb famílies multiproblemàtiques (FMP) s'han produït precisament des del moment que els professionals de diferents serveis ens hem vist «obligats» a acarar situacions familiars en les que es produïa algun tipus de maltractament, negligència o abús vers els infants. Històricament, la resposta a situacions de maltractament en FMP ha estat l'internament dels menors en institucions residencials de protecció. Les dinàmiques d'exclusió generades d'aquesta manera, deixaven fora les accions dirigides a aconseguir canvis en el sistema familiar al qual es considerava, com a poc, desnonat. Eliminada la possibilitat de canviar, de transformar i refer la disfuncional vinculació afectiva pares-fills, s'obria la via de la repetició transgeneracional. Aquest treball contempla el maltractament infantil, la seva prevenció i tractament, com a porta d'entrada i eix organitzatiu de la intervenció amb la família multiproblemàtica i la seva xarxa de suport social comunitària per tal de preservar la integritat del sistema familiar i evitar la sortida i exclusió del subsistema filial.

Des del punt de vista institucional-assistencial, el «Programa d'Intervenció Psicosocial amb FMP» que inicià el 1995 l'Equip d'Infància i Família del Consell de Mallorca, és probablement un dels pioners en l'Estat espanyol dedicat a l'abordatge de FMP amb fills en situació de risc, negligència, maltractament i abús. Una part important dels continguts d'aquest mòdul sorgeixen, precisament, de l'experiència adquirida aquests darrers anys en el marc d'aquest programa.

1.2. Individu, família i xarxa social

«Si la teràpia no progressa amb un individu, s'amplia la unitat involucrant en la teràpia a la família —pares, germans, avis, oncles, ties i altres parents— i, si s'escau, als membres de la comunitat. Finalment, s'assoleix un nivell en el que té lloc el canvi perquè cada cop que entra en contacte amb noves persones, sorgeixen nous punts de vista i diferents recursos. L'organització d'aquestes noves influències enriqueix la vida de tots». (Cloé Madanés, 2000).

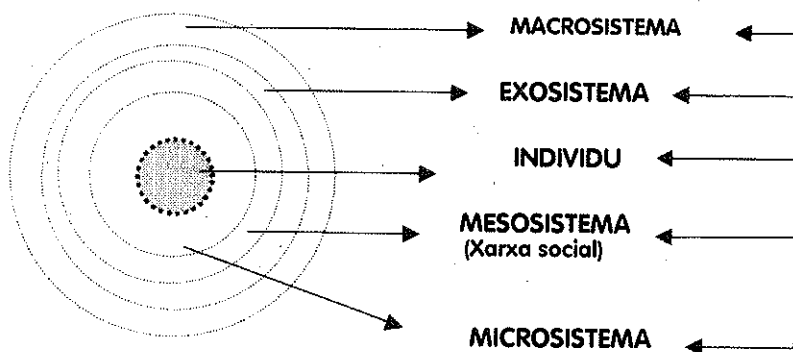
La perspectiva ecosistèmica, que integra aportacions teòriques del *model ecològic*, de la *teoria de les xarxes socials* i del *model sistèmic*, constitueix una eina especialment útil en facilitar una conceptualització i un model d'intervenció per a casos de famílies multiproblemàtiques, és a dir, famílies la relació de les quals amb la xarxa de serveis ha estat marcada, en el passat, i/o marcada en el present per la manca de solució dels problemes i per la creixent rigidesa de les pautes d'interacció relacional. Vegem, en breus traços, alguns aspectes teòrics d'aquests models.

El model ecològic de Bronfenbrenner (1979) concep el desenvolupament humà a partir de la interacció de quatre nivells i estructures seriades:

- a) El **Microsistema** o entorn més immediat de l'individu (família, escola, treball, barri);
- b) El **Mesosistema**, on s'hi ubicarien les **Xarxes Socials**, que inclou les relacions entre dos o més entorns immediats o microsistemes;
- c) L'**Exosistema** o entorns que, tot i no contenir l'individu, afecten la seva vida diària (per exemple, els centres de poder on es prenen decisions educatives, sociolaborals, sanitàries, etc.).
- d) El **Macrosistema** on se situen els factors ideològics, cultural i socioeconòmics.

El concepte de **Xarxa Social** ha estat definit per diferents autors:

- Per l'antropòleg Barnes (1972) com un «conjunt de punts que es connecten entre ells a través de línies on els punts representen persones (a voltes grups o sistemes) i les línies representen les interaccions entre aquestes persones, grups o sistemes».
- Integrant aspectes estructurals i funcionals, Garbarino (1983) concebé la Xarxa Social com un «conjunt de relacions interconnectades entre un grup de persones que



ofereix uns patrons i un reforç contingent per afrontar les solucions de la vida quotidiana».

- Cristina Villalba (1993) identifica la Xarxa de Suport Social amb «relacions interpersonals en les que s'intercanvien o s'ofereixen distints tipus d'ajut (emocional, material o instrumental) i que generen en una sensació en el receptor d'ésser estimat, valorat, respectat com a persona, augmentant-li el seu benestar subjectiu».

En general, es distingeixen dos nivells de Xarxa Social:

- a) La Xarxa Primària és una entitat microsociològica constituïda per un conjunt d'individus que es comuniquen entre ells a partir d'afinitats personals, fora de tot context institucionalitzat; la xarxa primària o xarxa afectiva d'una persona inclou la totalitat dels parents, amics, veïns, etc., amb qui tracta. La xarxa primària evoluciona segons la fase de cicle vital, la posició socioeconòmica, les circumstàncies, etc. Per exemple, una mudança o la paternitat poden canviar la configuració de la xarxa primària.
- b) La Xarxa Secundària o Xarxa Comunitària, contràriament, es defineix a partir d'un treball, d'una institució, etc. Es tracta del conjunt de les persones reunides al voltant d'una mateixa funció en un marc institucionalitzat: professionals dels diferents serveis assistencials.

La majoria dels obstacles i problemes que una família ha d'afrontar al llarg del seu cicle vital són interns i es resolten en el marc i amb l'ajut de la xarxa primària; altres dificultats, per a la seva resolució, requereixen el suport puntual o temporal de la xarxa secundària. No obstant, hi ha situacions familiars multiproblemàtiques en les que la successiva intervenció de la xarxa primària i secundària no només no resol les dificultats dels individus, sinó que les cronifica o les augmenta. Sembla com si la xarxa, en lloc d'oferir autoajuda, benestar, suport i seguretat als individus i grups que en formen part (com si es tractàs d'una gandula plàcida o d'una xarxa protectora sota el trapezi) s'hagués enxarxat de tal manera que atrapa i paralitza individus i sistemes (talment una teranyina voltant un insecte) o és incapaç de contenir-los i acollir-los adequadament (ben igual que una xarxa de pesca embullada i plena de grans forats després d'un fort temporal).

En el Model Sistèmic, diferents autors (Barudy, Imber-Black, Odette Masson, Coletti, Pluymaekers, Minuchin, Colapinto i altres) han examinat la manera com els sistemes professionals que treballen amb famílies multiproblemàtiques i intenten, des d'una perspectiva individual i lineal, alleujar problemes com la drogodependència, l'alcoholisme, la delinqüència o el maltractament infantil, tendeixen a perpetuar les dificultats, reproduint amb freqüència les pautes de la interacció familiar i contribuint a l'establiment d'un macrosistema cosificat que és, cada cop menys, capaç de produir canvis.

1.3. Descripció i definició operativa d'una família multiproblemàtica

El concepte de FMP suposa dos factors fonamentals i que van indissolublement units:

- a) unes característiques familiars estructurals i funcionals específiques, i
- b) un determinat tipus de relacions disfuncionals amb i entre els serveis.

Descriptivament, una FMP presenta, en general, el següent perfil-tipus:

- Mancances educatives i culturals.
- Manca de qualificació laboral professional i precària situació socioeconòmica: dependència de subsidis i ajuts.
- Tràfic de drogues i activitats delinqüents i marginals.
- Consum de drogues i alcohol.
- Violència domèstica.
- Repetits problemes judicials i ingressos a la presó, especialment dels pares.
- Períodes llargs de monoparentalitat per part de les mares. En general, els pares juguen un rol molt perifèric i secundari pel que fa a l'educació i atenció dels fills.
- Aïllament familiar (conflicte i distanciament quant a les famílies d'origen) i social (absència de contactes significatius de suport personal i afectiu) o relacions dins un circuit de «marginalitat».
- Habitatge sense les mínimes condicions d'habitabilitat.
- Antecedents d'institucionalització dels pares o històries infantils d'ells marcades per la deprivació, la negligència i maltractament o abusos.
- Tendència a repetir de manera transgeneracional les problemàtiques. És possible establir un paral·lelisme entre la història d'uns pares que maltracten els seus fills amb la seva pròpia història com a fills.
- Els infants manifesten símptomes propis de situacions negligents i maltractants: agressivitat i problemes de conducta, absentisme, retard i fracàs escolar; baixa autoestima i depressió encoberta; accidents repetits i problemes de salut, etc.
- Amb expedients oberts en el Servei de Protecció del Menor i en alguns casos en el Jutjat de Menors.
- Usuaris crònics dels serveis socials.

Des del punt de vista operatiu, s'han proposat diferents definicions de FMP (Cancrini, Cirillo). En el seu «Programa d'Intervenció Psicosocial amb Famílies Multiproblemàtiques», l'Equip d'Infància i Família del Consell de Mallorca proposà la següent (Carles Panadès i altres, 1995):

1. Almenys dos dels seus membres presenten un conjunt de símptomes psicosocials, físics i/o psíquics.
2. Són usuaris habituals de diversos serveis personals (socials, sanitaris, educatius) i judicials durant un període de temps superior als tres anys:
 - quasi totes les FMP, tard o d'hora, solen ser usuàries dels serveis socials, però no constitueixen un nombre relatiu gaire elevat;
 - amb tot, tenen un gran potencial de demanda de recursos materials i/o d'intervencions tècniques;
 - entren amb molta facilitat en processos de cronificació, marginació i aïllament social;
 - a la llarga, el cost social i econòmic (tant per recursos materials no suficientment rendibilitzats com pel gran nombre d'intervencions professionals malaganyades i/o fracassades) supera en molt el cost mitjà de les famílies usuàries no multiproblemàtiques.
3. Tenen tendència a repetir les problemàtiques de manera transgeneracional.

4. Presència dels següents factors associats a transaccions relacionades violentes: negligència física i/o emocional, maltractament físic i/o emocional i abusos sexuals:
 - retard maduratiu: psicomotricitat i llenguatge;
 - dificultats en els primers aprenentatges: lectoescriptura i hàbits;
 - absentisme i retard escolar;
 - dificultats de relació amb companys de l'escola «no problemàtics»;
 - problemes de conducta a l'escola i al carrer;
 - no assistència a les activitats comunitàries de socialització infantil: activitats extraescolars, temps lliure, club esportius;
 - en adolescents, fracàs escolar, desescolarització i inici de comportaments anti-socials.
5. D'altra banda, i degut a les esmentades característiques, la intervenció exitosa amb aquestes FMP depassa les possibilitats tant tècniques com personals dels professionals de l'Atenció Primària, i els serveis especialitzats (de salut mental, socioeducatius i judicials), difícilment, per ells mateixos, poden respondre satisfactòriament; es produeix un grau molt alt d'abandonament de les consultes, no hi acudeixen o «desapareixen».
6. Per tant, cal una intervenció altament complexa que atengui no només les dinàmiques intrafamiliars, sinó les dinàmiques o «jocs» patològics entre la FMP i els serveis; «jocs» que contribueixen, en gran mesura, a l'amplificació de la «desviació» i cronicitat de les famílies i al desànim i cansament («Burn out») dels professionals.

II. FAMÍLIES O SERVEIS MULTIPROBLEMÀTICS?

II.1. Inter-CANVI i des-AJUSTAMENT entre la família multiproblemàtica i els serveis

Des de l'epistemologia sistèmica sabem que les «regles» i «mites» del context assistencial en el que desplega el seu treball qualsevol professional, condicionen enormement el que pensa, sent i fa amb els potencials demandants (famílies / derivants / pacients / clients / usuaris) del seu servei.

Per altra banda, sabem també que el tipus d'oferta assistencial (la «marca de context») condiciona i delimita, a la vegada, la demanda de l'usuari i del potencial derivant al servei: metge-medicació, mestre-instrucció, assistent social-ajuda econòmica i altres «ajudes», hospital psiquiàtric-internament, llar-acolliment, terapeuta familiar-«entre-vista familiar», jutge-judici, etc.

Per definició, un sistema és funcional sempre que s'obri a l'intercanvi permanent d'informació amb altres sistemes i té la flexibilitat que cal per adaptar-se a aquestes informacions. En l'ecosistema ampli, dos sistemes coevolucionen vers una riquesa i complexitat estructural i funcional cada cop més gran en la mesura que estan suficientment oberts a l'intercanvi d'informació i són suficientment flexibles per a l'ajustament mutu de necessitats i expectatives (per exemple, la mare i el nadó; la família nuclear i l'extensa a diferents moments del cicle vital; la família i la implicació laboral a cada fase; el nombre de cries i la quantitat de menjar a diferents espècies animals; necessitats de la població i polítiques assistencials implementades, etc.).

Podríem dir que històricament el canvi institucional i l'adequació de les respostes assistencials a les necessitats de la població van evolucionant i reestructurant-se, a grans trets, en quatre fases progressives:

1. la detecció de noves necessitats de la població que apareixen amb certa regularitat i intensitat i a les que s'intenta respondre (sense aconseguir-ho) amb els recursos i enfocaments ja existents;

2. la presa de consciència i la constatació que les respostes tècnico-assistencials ofertes fins al moment no s'adeqüen a aquestes necessitats;
3. la construcció d'un nou plantejament teòric/tècnico/clínic/metodològic/ que flexibilitza antics enfocaments i permet començar a respondre adequadament;
4. el suport polític-administratiu-econòmic al canvi i a la implementació del nou plantejament tècnic.

Fins fa molt poc, la intervenció en casos de FMP gairebé no havia superat la primera fase. Per a la majoria de professionals, la hipòtesi del fracàs assistencial en aquests casos encara emfasitza i centre el problema o la dificultat a la banda de la família / pacient / usuari / client. S'observa clarament el típic problema de «puntuació de seqüències» en què els professionals atribuïm a la família la seva «resistència al canvi», la seva «tendència homeostàtica», la seva «falta de motivació», la seva «manipulació per obtenir doblers o altres tipus d'ajuts», la seva «cronicitat i incurabilitat», etc. Només en els últims anys (especialment des de la xarxa de serveis socials i no tant des del sistema sanitari, educatiu i judicial) s'està entrant en la fase 2 en avaluar i incloure les respostes assistencials com a part del problema i de la ineficàcia en la intervenció amb FMP. El model ecosistèmic, per la seva banda, ofereix l'oportunitat de transitar per les fases 3 i 4.

Però mentre no es generalitzi la nova resposta professional i la conseqüent reestructuració assistencial, és el sistema familiar (o els seus individus «simptomàtics») qui ha d'adaptar-se i adaptar les seves necessitats a les respostes o recursos que li ofereix el servei. Per això, haurà de ser capaç d'ajustar les seves expectatives i acceptar les regles instituïdes per beneficiar-se del servei o recurs. Si una família (i els seus individus) no sap, no pot o no vol ajustar-se a la resposta assistencial-típus, no podrà accedir al recurs o ho farà d'una manera disfuncional o conflictiva que no permetrà cobrir o satisfer les seves necessitats i previsiblement evolucioni cap a la multiplicació de problemes.

II.2. Dinàmiques de tensió i conflicte entre la família i els serveis: l'escalada vers la multiplicació de problemes

Com hem vist, les famílies multiproblemàtiques es caracteritzen per un «desajustament» permanent i crònic amb els professionals i serveis que atenen les seves necessitats: ni la família s'adapta a l'oferta assistencial-típus i a l'organització dels serveis, ni aquests s'adiuen amb les característiques i manera de funcionament de la família. Per exemple, en el seu contacte amb el sistema educatiu es produeix un elevat índex de desescolarització, absentisme i fracàs escolar; quant al sistema sanitari, no van gairebé mai a les consultes ambulatories programades de pediatria, sinó només als serveis d'urgència hospitalària; als serveis especialitzats de salut mental infantil o de tractament familiar només hi van sota coacció o prescripció judicial (o de Protecció de Menors), i no mantenen la continuïtat en el tractament.

Per altra banda, en una FMP el grau d'estrès i malestar intern, el caos organitzatiu domèstic i la conflictivitat i agressivitat quant a l'exterior és tan elevada que supera freqüentment els límits i la capacitat d'autoregulació del sistema familiar. Es produeix, d'aquesta manera, una progressiva escalada de successives crisis: accidents per negligència o maltractaments als infants; detencions dels pares; separacions violentes; etc. Tot aquest malestar i angúnia, que la família no pot contenir per manca de recursos propis i de la seva xarxa social primària, es transmet i es «diposita» en els diferents professionals de la xarxa secundària o comunitària amb els que la família té contacte.

El cúmul de tensió i problemes que «mostra» i «diposita» la FMP sol ser de tal magnitud i gravetat, i de tan diversa índole (salut, economia, educació, justícia, habitatge, relació, etc.) que el professional de qualsevol servei pot, fàcilment, sentir-se «depassat» (tècnicament i emocional) en les seves capacitats de solució.

En el seu fur intern, el professional es planteja reflexions com: «Això és un desastre. Per on començ? Això no té solució, a qui els remet?», etc. Davant això i per lògica estratègia de supervivència, el professional que es troba davant la crisi de la FMP intenta «derivar» la «responsabilitat» del cas a un altre professional o servei.

«La relació entre un servei i una família sota pressió és inestable i tendirà a formar un sistema tripartit, sovint amb un altre servei, per dissipar la tensió» (Carl i Jurkovic, 1983).

El nou servei, a la vegada, tampoc no té «la solució» i segueix amb la cadena de derivació a un tercer servei. I així successivament. En molts casos, aquest és el medi de cultiu en el que s'inicien els processos d'exclusió o expulsió d'algun membre del sistema familiar.

En les societats occidentals, quan s'han exhaurit les respostes en l'àmbit dels sistemes assistencials, es recorre, generalment, al sistema judicial. En aquest sentit, una de les sortides «màgiques»¹ que, històricament, ha trobat la xarxa de serveis que atén casos de FMP ha estat la derivació al Servei de Protecció de Menors i esperar que aquest faci «quelcom». D'aquesta manera, els serveis territorials i específics que solen «retirar-se» del cas després de la derivació, resten «tranquils» i la tensió i la responsabilitat passa al servei de Protecció de Menor que, en no tenir en la majoria de casos «la resposta»², va augmentant el seu «desprestigi» i acumulant expedients de situacions «multiproblemàtiques».

És d'aquesta forma com els diferents serveis solen entrar en multitud de conflictes, desqualificacions i acusacions mútues i, fins i tot, en actituds clarament negligents o desresponsabilitzants que reprodueixen, en part, el malestar de la pròpia família i que no són més que el reflex de la «impotència» i «desbordament» producte de les greus problemàtiques que la família els ha «dipositat» i que, per suposat i de cap manera, són resolubles des d'un sol servei.

«Una família pressionada, tal volta sense saber-ho, triangula un espectre de persones i serveis aliens com a participants en el problema familiar; tant que les tensions originals dins la família poden, irònicament, diluir-se i, en canvi, seguir sorgir una tensió entre serveis, de manera que aquests, que en un principi s'aliaren amb diferents membres de la família, sense saber-ho segueixen la disputa familiar d'una altra manera» (Bowen, 1978).

En aquestes circumstàncies i en aquest escenari de tensió i desbordament, les actuacions enfrontades i descoordinades dels diferents serveis i professionals, no només no minven el risc i malestar dels infants i l'agressivitat i conflictivitat de la família, sinó que l'amplifiquen progressivament.

II.3. Conseqüències simptomàtiques de l'«escalada cap als múltiples problemes»

Les dinàmiques de tensió i conflicte que s'estableixen entre els dos sistemes en joc (el familiar i el dels serveis) poden produir processos disfuncionals de desajustament relacional que evolucionin cap a la «multiplicitat de problemes», és a dir, cap a l'escalada progressiva de manifestacions simptomàtiques en ambdós sistemes i en les seves parts (familiars i professionals respectivament). Vegem tot seguit algunes conseqüències d'aquests processos de desajustament.

a) Conseqüències en el sistema familiar: la família multiproblemàtica

- Amplificació del problema que motivà la intervenció inicial i previsible evolució de la situació familiar vers l'estigmatització i la cronificació, amb un augment de la desorganització interna i de conductes de passivitat o d'agressivitat intra i extrafamiliar.
- El correlat simptomàtic de l'esmentada situació: consum d'alcohol i drogues; violència conjugal; maltractament i abús infantil; activitats econòmiques mar-

ginals (tràfic de drogues, prostitució, delinqüència) i/o dependència i utilització crònica de subsidis.

- Exclusió o expulsió, com a «boc expiatori», d'algun membre de la família (especialment els menors) trobant-se en dinàmiques de «desvinculació» afectiva i desresponsabilització.
- Des de la perspectiva relacional, augment de l'aïllament psicosocial o integració en cercles marginals de relació: albergs, centre d'acollida, presons, psiquiàtrics, etc.
- Entrada progressiva de nous serveis amb els que s'estableixen relacions de tipus passiu (dependència, submissió i indefensió) o de tipus agressiu (rebuig del contacte, agressió, desconfiança).

b) Conseqüències en el sistema assistencial: el professional multiproblemàtic

- Estrès crònic o «saturació» del professional amb acumulació de desgast, cansament i esgotament que desemboca en la «*síndrome de Burnout*», o «*síndrome d'estrès laboral assistencial*» (C. Maslach) que inclou: a) cansament emocional; b) despersonalització, i c) reducció de l'autorealització personal).
- Conseqüències: absentisme, poca moral de treball, pèrdua de professionalitat, esgotament físic, insomni, abús d'alcohol, problemes personals i familiars, etc.
- Perversió dels objectes per als que es creà el servei, tot entrant en dinàmiques de burocratització i tecnocratització: «El servei com una finalitat en ell mateix» i no «al servei de les necessitats de l'usuari».
- Rigidesa per adaptar-se a les característiques i necessitats dels usuaris (cultura i estil de vida, horaris, etc.) generant prejudicis i estereotips lineals vers ells: gitanos, delinqüents, traficants, moros, drogoaddictes... «Tots són iguals», «no hi ha res a fer», «són perillosos», «no compleixen», «passen de tot», etc.
- Organització «defensiva», fent prevaler allò «professional» sobre allò «humà» dels sistemes de recepció de demanda, forma de consulta, horaris, lloc de consulta, relació entre professionals del mateix servei, derivació a serveis externs, etc.
- Augment de la concepció «lineal simple» del símptoma i les seves causes (per exemple: retard escolar igual a deixadesa o desinterès patern), en contraposició a una visió «interactiva circular complexa» que entengui el símptoma com una oportunitat o una via d'entrada en la complexitat del sistema fenomenològic individual-familiar més ample (per exemple, retard escolar igual a patiment infantil, igual a depressió materna, igual a violència domèstica, igual a estrès socioeconòmic, igual a aïllament social, igual a història materna d'abús i maltractament, igual a retard i fracàs escolar matern, igual a... etc.).
- Visió del diagnòstic i tractament dels casos centrada en els problemes i les mancances de l'usuari, tot deixant de banda les seves competències, capacitats i solucions.
- Augment de conflictes relacionals amb els companys de treball («boicot» en el traspàs d'informació, «desqualificacions personals»), amb la jerarquia institucional («escaqueig», «obstruccions», «sindicalització permanent») o amb professional d'altres serveis («pilotes fora», «derivacions sospitoses», culpabilització, etc.).

Des d'aquesta perspectiva podem definir el «**professional multiproblemàtic**» com qualsevol professional «normal-típus» (psicòleg, treballador social, metge, mestre, infermer/a, etc.) en un servei assistencial «normal-típus» (de salut, de serveis socials, d'educació, de justícia) sotmès a determinades circumstàncies de tensió o estrès laboral/personal que no compta amb suficients:

- *recursos personals*: equilibri emocional, maduresa personal, suports afectius, relacionals o terapèutics;
- *recursos professionals*: experiència, formació i supervisió permanent;
- *recursos institucionals*: espais periòdics de reflexió, avaluació i anàlisi de resultats, i d'ajustament dels processos de treball: gestió i regulació permanent de les relacions amb serveis i professionals vinculats: reconeixement econòmic i social, etc.

III. LA FAMÍLIA MULTIPROBLEMÀTICA I EL MALTRACTAMENT INFANTIL

III. 1. Ecologia familiar del maltractament infantil

Determinades interpretacions «restrictives» d'alguns dels constructes teòrics del model sistèmic (per exemple: «circularitat», «neutralitat», «complementarietat», «puntuació de seqüències», etc.) impediren durant cert temps valorar justament la magnitud «asimètrica» (edat, força física, dependència emocional i econòmica) de les diferents formes de violència domèstica. Tal vegada sigui **Jorge Barudy** (psiquiatre i terapeuta xilè exiliat a Bèlgica i, darrerament, resident a Espanya) l'autor que, juntament amb Odette Masson, qui amb més brillantor clínica i profunditat teòrica hagi permès aquests darrers anys conciliar l'epistemologia ecosistèmica amb el fenomen del maltractament i l'abús sexual infantil. Vegem, només, algunes de les aportacions que fa Barudy en el seu llibre «El dolor invisible de la infancia» (1998) quant a *l'ecologia del maltractament infantil*:

- Els maltractaments apareixen en el procés històric d'una família quan el funcionament d'aquest sistema humà, degut a una multiplicitat de factors, deixa d'oferir als infants les atencions i aportacions necessàries per assegurar els seus drets a la vida i al desenvolupament integral com a subjectes socials.
- La finalitat de la família ja no és, només, assegurar el benestar de tots els membres, sinó la supervivència material i psicològica dels adults en detriment dels infants.
- En aquesta situació, els infants són «cosificats» pels adults; les funcions adultes parentals (maternal i paternal) es desvirtuen i són reemplaçades parcialment o total.

Barudy distingeix dos tipus de famílies capaces de «cosificar» o maltractar els infants:

a) **La família en crisi**. Els maltractaments com a expressió d'una crisi en el cicle vital de la família a conseqüència de l'arribada d'esdeveniments vitals (interns o externs al sistema familiar) que actuen com a factors d'estrès que el propi sistema no pot contenir de manera funcional.

Desencadenants interns: naixement d'un nou fill, mort d'un membre de la família, conflictes de parella, adolescència d'un dels fills, acollida d'un/a sogre/a, etc.

Desencadenants externs: acomiadament i atur; canvi de domicili, immigració, problemes econòmics, problemes amb la justícia, etc.

- Quan la intensitat i la durada dels esdeveniments perturbadors és molt gran i els recursos familiars escassos o s'han exhaurit; i/o no hi ha en l'entorn familiar i/o social recursos alternatius de suport, es corre el perill cert que la tensió familiar depassi els límits tolerables i apareguin comportaments violents i l'infant (el més vulnerable) es converteix en «boc expiatori».
- En ocasions, l'augment del risc de tensió i violència es deu a factors del propi infant: a les seves característiques físiques o als seus intents («fallits» o «errats») d'adaptar-se a la crisi.

b) **La família multiproblemàtica**. Els maltractaments com a experiència organitzadora de la fenomenologia familiar: famílies perturbades a través de generacions.

- Situacions tràgiques en les que la violència familiar i, concretament, els maltractaments a infants, són el resultat d'una **manera de viure** que dona lloc a una fenomenologia característica que, molt sovint, es manté a través de diverses generacions.
- La violència familiar com una **modalitat homeostàtica**, és a dir, una manera repetitiva de definir les relacions interpersonals en l'interior del sistema familiar per solucionar conflictes i contradiccions greus tot mantenint, així, la cohesió familiar.
- És possible distingir vincles entre les experiències traumàtiques i de mancances viscudes per pares maltractadors en la seva història familiar amb els comportaments violents que tenen amb els seus fills.

III.2. La transmissió transgeneracional del maltractament

Joves famílies amb molts problemes (mancances educatives i socioculturals; antecedents infantils de negligència, maltractament o mancances afectives; manca o insuficiència de recursos socioeconòmics, dificultats d'integració sociolaboral; sense habitatge o inhabitable; consum excessiu d'alcohol i drogues; relació de parella conflictiva, violenta o en procés de ruptura; estructura familiar monoparental; en conflictes o sense suports de les famílies d'origen; sense relacions d'amistat i amb un grau elevat d'aïllament social, etc.) viuen immerses en una situació d'estrès i desbordament continuat de tal forma que, quan tenen fills, aquests rebran i viuran tot el malestar de dues maneres:

- forma activa i directa:** els infants són utilitzats com a *vàlvula d'escapament* de tota la seva frustració, malestar i violència-agressivitat acumulada. Podem observar maltractaments físics i psíquics, i abús sexual.
- Passiva indirecta:** els pares no es vinculen afectivament amb els seus fills (*afecció*), són incapaços de percebre i respondre a les seves necessitats més bàsiques (*empatia*). Podem observar abandonament emocional, negligència física.

Comença la «carrera vital» de l'infant maltractat (Barudy). Ens trobam amb infants que: no van a les revisions pediàtriques concertades, sinó que van només a urgències: accidents, problemes respiratoris, etc.; possiblement faltaran molt a la guarderia o al pre-escolar, o hi aniran en males condicions de salut i higiene; no hauran dormit prou, no se'ls ha canviat, etc.; més endavant, començaran a manifestar dificultats, algun retard maduratiu o de llenguatge i dificultats per a l'aprenentatge escolar; seguidament, els mestres començaran a queixar-se dels problemes de conducta i agressivitat; i, després, expedients escolars, expulsions i fracàs escolar; predelinquència, jutjat de menors, amonestació, llibertat vigilada...; ingrés a centres de protecció o reforma; inadaptació laboral o atur crònic; sortida de la llar familiar com una «escapada»; consum d'alcohol i drogues, i problemes de salut (sida, hepatitis); detencions policials, judicis penals i presó; marginació individual, promiscuïtat o inestabilitat efectiva amb parelles que tenen problemes semblants; relacions afectives i de parella dependents, amb ruptures violentes i reconciliacions continuades; inici de paternitat/maternitat sense «responsabilitat» o com una «maniobra relacional». Algú observa les primeres mostres de paternitat negligent, maltractant o abusiva... Es tanca el cercle viciós tornant a reproduir el cicle i la «carrera» de manera transgeneracional.

III.3. Conseqüències del maltractament i l'abús infantil

Els efectes de les dinàmiques familiars maltractants o abusives són, en molts casos, devastadors. Vegi's en el quadre adjunt, de manera resumida, les aportacions de Jorge Barudy quant a la negligència física i psicoafectiva, i de Féliz López quant als abusos sexuals.

LA CURSA MORAL DES INFANTS VÍCTIMES DE NEGLIGÈNCIA (J. Barudy)

Negligència física
Negligència psicoafectiva

CONSEQUÈNCIES TRAUMÀTIQUES

1. Autoestima baixa
Sentiments d'inferioritat
Sentiments d'inadequació
2. Tristesa i ansietat crònica
3. Depressió

MECANISMES ADAPTATIS

1. Models relacionals de dependència i desconfiança
2. Trastorns de comportament
 - Comportaments regressius
 - Trastorns alimentaris
 - Robatoris
 - Sexualització de les relacions interpersonals
 - Toxicomanies
3. Comportaments predadors
 - Abús físic, psicològic i sexual dels infants
 - Violència conjugal

EFFECTES DELS ABUSOS SEXUALS (Félix López)

Molt variables d'acord amb:

Tipus d'agressió Edat de l'agressor i la víctima Tipus de relació entre ambdós	Durada de l'agressió Freqüència de l'agressió	Personalitat de l'infant Reacció de l'entorn
--	--	---

EFFECTES INICIALS o a curt termini (els dos anys següents a l'abús)

Afecten el 70% de víctimes de forma clara i entre el 17% i 41 % pateixen patologies clíniques

<i>Vers l'agressor i/o familiars:</i> Desconfiança. Por. Hostilitat. Abandonament de la llar. Conducta antisocial.	<i>Vers ell mateix:</i> Vergonya. Culpa. Estigmatització. Baixa autoestima.	<i>To afectiu:</i> Ansietat. Angoixa. Depressió.	<i>Sexualitat:</i> Excés de curiositat. Precocitat de conductes. Prostitució infantil.	<i>Altres conductes:</i> Problemes de son i/o alimentació. Problemes escolars: retard, no concentració.
---	---	---	---	---

EFFECTES A LLARG TERMINI

Més imprecisos: moltes variables intervinents. S'ha de parlar més aviat d'Associacions que de causa-efecte.
Afecten el 20%

<i>Afectius:</i> Depressió. Idees de suïcidi. Ansietat.	<i>Personalitat:</i> Baixa autoestima. Menor poder de control.	<i>Escolars:</i> Fracàs escolar.	<i>Familiars:</i> Relacions conflictives. Fugida de casa. Desconfiança.	<i>Conducta antisocial:</i> Delinqüència. Drogoaddicció. Hostilitat.	<i>Sexuals:</i> Prostitució. Por al sexe. Dissociació ment-cos Imatges obsessives. Patrons inadequats d'intimitat. Rebuig d'activitat o agressivitat davant demandes. Disfuncions sexuals. Hipersexualitat. Etc.
--	--	-------------------------------------	--	---	---

IV. CONTEXTOS DE DERIVACIÓ I DEMANDA TERAPÈUTICA EN FMP

La demanda d'intervenció terapèutica amb una FMP es pot produir des de diferents contextos assistencials i institucionals, i la via d'accés de la família a aquesta intervenció terapèutica pot presentar diverses modalitats. Vegem-ne algunes de les més comunes:

- A. Des d'un equip especialitzat en la intervenció terapèutica en situacions familiars que presenten risc de maltractament i negligència infantil. En aquest cas, és el professional derivant (en general de serveis socials o del Servei de Protecció de Menors) qui ha de fer la demanda prèvia a l'equip terapèutic, amb qui negociarà les condicions d'accés o no de la família a teràpia.
- B. Des d'un equip d'atenció social primària que compti amb un Programa d'Infància i Família o amb un psicòleg disposat a intervenir terapèuticament amb FMP. En aquest cas, la família entrà inicialment en el servei arran d'una demanda assistencial que ha anat treballant el treballador social fins que, en un moment determinat, creu convenient sol·licitar el suport terapèutic del psicòleg del seu equip.
- C. Des d'un equip de salut mental, que tracta individualment algunes de les patologies o símptomes que es produeixen en una FMP. La família sol·licita una consulta directament al servei per indicació o consell d'un altre servei.
- D. Des d'un equip de tractament de l'alcoholisme o una altra toxicomania. Igualment, la família sol·licita una consulta directament al servei per indicació o consell d'un altre servei.

La informació prèvia amb la que compta el terapeuta sobre el sistema familiar i la seva xarxa de suport social varia d'un context de derivació-demanda a un altre i l'inici del procés de diagnòstic-intervenció és substancialment diferent.

- En els supòsits A i B, el terapeuta té la possibilitat de valorar l'adequació o no de la demanda del servei derivant a partir de la informació (en general exhaustiva) que aquest pot oferir. D'aquesta manera, el terapeuta podrà reajustar la demanda (reorientar-la, reconvertir-la, diferir-la, etc.) i dissenyar amb el derivant (i/o altres serveis) l'estratègia més adequada perquè la família arribi a la teràpia amb més garanties d'èxit.
- En els supòsits C i D, el terapeuta gairebé no compta amb informació de la família (i de la seva xarxa social) abans del primer contacte amb ella; en aquest sentit, el terapeuta haurà de detectar per ell mateix si es tracta o no d'una FMP i investigar quina és la seva xarxa primària i secundària significativa.

V. EL DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL DE LA FMP I LA SEVA XARXA

En qualsevol cas, si el terapeuta treballa des del model ecosistèmic, haurà de construir un mapa o guia complet que faciliti una primera valoració diagnòstica que contempli ambdós sistemes —la família multiproblemàtica i la xarxa de suport social— i la complexitat de les interaccions intra i intersistèmiques.

Una bona valoració diagnòstica permetrà:

- ordenar la multiplicitat d'informacions: des de les més simples i de tipus individual —per exemple el CI de l'infant— a les més complexes de tipus institucional (per exemple: la incidència de la decisió política de reconversió institucional en un cas de retirada de tutela d'un infant a una FMP).
- Valorar la complexitat establint «diferències» (quantitatives i qualitatives) i connexions que permetin construir hipòtesis diagnòstiques a diferents nivells.
- Establir un pronòstic del cas a partir de les seves característiques i dels recursos disponibles.
- Orientar la presa de decisions inicials sobre la base del diagnòstic de necessitats/capacitats, tot establint prioritats a diferents nivells: jurídic (per exemple:

declaració jurídica de «risc» per afavorir la preservació familiar o de «tutela automàtica» amb acolliment institucional per a una reunificació familiar posterior, etc.); social (per exemple: un habitatge, el salari social, un taller ocupacional, etc.); terapèutic (per exemple: intervenció de xarxa o teràpia individual, o teràpia grupal, o individual).

- Dissenyar el pla del cas i les estratègies d'intervenció.
- Preveure l'avaluació dels resultats.

Tot i que en la realitat se superposin i vagin indefectiblement units, amb finalitats expositives podem distingir dos nivells diagnòstics els elements dels quals es complementen i mediatitzen de forma circular:

- a) El diagnòstic psicosocial i
- b) El diagnòstic ecosistèmic.

V.1. El diagnòstic psicosocial

Fa referència al *què* i al *quant* del cas.

- Valora la presència/absència (quantitativament i qualitativa) de determinades característiques individuals, familiar i contextuals que tenen el valor d'«indicadors de risc» o d'«indicadors de protecció».
- En aquest sentit, es tracta d'un nivell de *diagnòstic lineal* i, en gran mesura, *estàtic*, tot i que valoracions successives puguin obtenir resultats diferents.
- Part del «supòsit teòric» previ basat en la investigació a partir de la qual determinades situacions de desprotecció infantil es troben vinculades a diferents indicadors. Aquests indicadors tenen en compte:
 - Factors del menor: aspectes cognitius, emocionals, conductuals, socials, etc.
 - Factors dels pares: salut mental, alcoholisme, antecedents personals, etc.
 - Factors de dinàmica familiar: separació, violència domèstica, conflicte amb família extensa, etc.
 - Factors del context sociocultural-econòmic: immigració, aïllament social, atur, etc.
 - Factors del context assistencial: absència de recursos, conflicte entre serveis, etc.

L'instrument metodològic bàsic del diagnòstic psicosocial són les entrevistes semiestructurades, els qüestionaris i els tests.

V.2. El diagnòstic ecosistèmic

Fa referència al COM del cas.

Els diversos indicadors psicosocials i les seves conseqüències interactuen, emergeixen i s'estructuren de diferent manera en cada cas, creant constel·lacions familiars i macrosistèmiques (família i xarxa social) més o menys complexes, amb dinàmiques relacionals específiques i diferenciades.

El diagnòstic ecosistèmic es caracteritza per la seva circularitat i per la seva dinàmica contínua de co-construcció i des-construcció ja que transcorre en paral·lel al procés d'investigació-acció; ofereix al professional directrius per interpretar la realitat i orienta i il·lumina els «itineraris» estratègics a seguir. El seu correlat metodològic i la seva eina bàsica és la hipòtesi sistèmica-relacional.

«La hipòtesi és una suposició que serveix de base a un raonament, sense referència a la seva veritat, com a punt de partida per a una investigació». (Selvini, 1980).

«La hipòtesi és el moment organitzatiu dels fets observats. La seva funció principal consisteix a orientar la indagació i l'activitat del professional, permetent-li comprendre el funcionament i l'organització del sistema i traçar un mapa de les relacions en les que hi figuri la posició dels distints individus en la família i d'aquesta en altres sistemes... Tant si la refuta com si la modifica, la hipòtesi produeix informació». (Campanini 1991).

- El procés de formulació d'hipòtesis al voltant d'un cas integra els següents elements:
- una determinada epistemologia (ecosistèmica) que facilita una forma relacional i «circular» d'investigar o explorar els fets i d'ordenar informacions.
 - Les investigacions i aportacions teòriques de diferents autors quant al desenvolupament biopsicosocial humà, els sistemes familiars, les xarxes socials, les institucions, etc.
 - La formació i l'experiència professional del terapeuta (i els altres professionals de la xarxa) en situacions i casos semblants.
 - L'experiència personal del terapeuta (i dels altres professionals de la xarxa) i la seva «vivència» en el si dels sistemes humans i contextos relacionals on s'ha mogut: famílies d'origen nuclear, experiències laborals, associacions i altres col·lectius; la vivència com a «pacient / client / usuari de serveis», etc.

V.3. Les hipòtesis amb i sobre la xarxa i la família

Tot el procés d'intervenció amb la família multiproblemàtica i la seva xarxa comunitària anirà guiat per una activitat permanent: la construcció d'hipòtesis. Les hipòtesis es construeixen connectant les successives informacions que el procés d'investigació-acció amb la família i els serveis van generant.

«Pensar de manera circular equival a renunciar els esquemes d'anàlisi reduccionistes i mirar d'integrar el context i les moltes interferències socials, cultural, econòmiques i polítiques als problemes que es plategen... En aquest marc conceptual sistèmic s'afavoreix l'elaboració d'estratègies de canvi en lloc d'imposar canvis decidits apriorísticament...» (Jacques Pluymackers, 1992).

L'anàlisi del cas i la seva evolució, compartida pels professionals dels diferents serveis que constitueixen la xarxa, i la valoració de la seqüència d'esdeveniments que es van succeint en el si de la família multiproblemàtica en la seva interacció amb els sistemes més amplis (escola, serveis socials, menors, etc.), permet contrastar diferents perspectives i facilita la co-construcció de successives hipòtesis explicatives i les seves correlatives estratègies d'intervenció.

Les hipòtesis contemplaran informacions significatives i específiques no només de la família, sinó també de les dinàmiques institucionals i personals en les que hi participen els diferents professionals de la xarxa (per exemple, un canvi de funcions d'un servei; una baixa laboral o un canvi de professional).

Vegem alguns dels tipus d'hipòtesis-guia més freqüents. En la pràctica, es complementen i interconnecten, però tractem de delimitar-les per tal de clarificar-les:

— Hipòtesi de la derivació i de la demanda.

Es construeix a partir dels termes concrets de la petició-demanda del servei derivant i connecta la visió que té del problema (i la seva solució) amb la visió que té la família. És fonamental per orientar estratègicament els primers moviments relacionals tant cap als serveis com cap al sistema familiar i per decidir el tipus de resposta amb la que es comença la intervenció terapèutica: amb una orientació o assessorament tècnico-metodològic? Amb suport emocional al derivant/demandant? Amb una citació de la família? Amb una «notificació» al Servei de Protecció de Menors?, etc. Per formular-la ens farem preguntes com: de qui va ser la iniciativa de la derivació? Per què o arran de què se'ns sol·licita ara la intervenció? Què se'ns demana i amb quin objectiu? Com pensa el demandant que es pot fer? En sap res, la família? Qui? Què n'opina? Com reaccionaria si ho sabés? Què n'opinen altres professionals? Hi estan d'acord?

— Hipòtesi de la cronicitat i conflictivitat de la relació FMP-serveis.

Suposa la recerca d'una explicació possible del desajustament de la relació entre la família i els diferents serveis, desajustament que genera dinàmiques de croni-

citat i conflictivitat. Caldrà entendre els problemes, desconexions, sobreimpliació o manca d'implicació entre els diferents serveis i la família; s'exposaran explicacions de les diferents aliances i coalicions entre membres de la família i diferents professionals. Haurèm de contrastar les percepcions que té cada servei tant de la família com de l'actuació dels altres serveis. També les expectatives i les diferents solucions que cada professional proposa (internat, acolliment, teràpia individual, teràpia familiar, etc.) d'acord amb el lloc relacional que ocupa en el tauler assistencial. Per formular-la, ens farem preguntes com: des de quan es comença a intervenir en la FMP? Motius inicials i posteriors? Solucions implementades i resposta de la FMP? Relacions entre serveis? Triangulacions entre la FMP i professionals de diferents serveis?

— Hipòtesi del funcionament familiar.

Suposa una temptativa per comprendre «el joc familiar en curs», és a dir, les regles i els mites del funcionament relacional entre els diferents subsistemes de la família: com veuen el món i a ells mateixos. Permetrà orientar la continuació de la intervenció quant a saber amb qui cal contactar i en quins termes: membres de la família extensa, altres serveis especialitzats o primaris, etc. Per construir la hipòtesi del funcionament familiar s'haurà d'anar investigant en les primeres entrevistes: la distribució del poder dins la família i com s'exerceix; el sistema d'aliances i coalicions entre els diferents subsistemes de la família nuclear i extensa; valorar com es posiciona cada membre de la família quant a la consulta amb el servei i què suposa o pot suposar la demanda assistencial o terapèutica en el joc relacional familiar.

— Hipòtesi dels problemes o símptomes de la família i dels seus membres.

Requerirà anar reconstruint la història relacional familiar i contextualitzant l'aparició dels problemes, especialment aquells relacionats amb la violència i la constel·lació del «maltractament» i/o la «negligència». Es parteix de la premissa teòrica que tota conducta humana (verbal i no verbal, simptomàtica o adaptada) pot ser valorada en termes de missatge, com una comunicació coherent amb el context relacional on es produeix. Es tracta de valorar l'efecte pragmàtic i la funció dels símptomes-problema en la dinàmica familiar (nuclear i extensa).

VI. LA INTERVENCIÓ AMB LA XARXA DE SERVEIS

VI.1. La xarxa de serveis i els seus professionals

«En termes generals, el treball de xarxes es pot definir com un procés de mediació amb un objectiu determinat en el que vinculen a dos, tres o més persones, ajudant a què s'estableixin lligams importants i reaccions en cadena» (Cristina Villalba, 1996).

En aquest sentit, i amb l'objectiu d'afinar en l'«ajustament» i la «mediació», un dels pilars bàsics del professional que treballa en el camp de la intervenció terapèutica i psicosocial amb famílies multiproblemàtiques, ha de ser el coneixement exhaustiu de la Xarxa Secundària o Xarxa Comunitària, és a dir, els serveis i recursos amb els que compta un territori determinat i amb els que haurà de tractar de pal·liar o cobrir el major nombre possible de necessitats i mancances familiars.

A més de la informació genèrica o de «llistat» de recursos, és aconsellable (doncs així augmenta considerablement la capacitat estratègica i de maniobra) que el professional posseeixi un coneixement directe dels serveis (amb les seves característiques, ubicació, manera de funcionament, formes ràpides d'accés, principals dinàmiques institucionals) i una relació «personalitzada» amb els seus professionals (amb nom i llinatges, experiència, etc.). La mesura de recursos, serveis i professionals a mobilitzar en el planteja-

ment d'una xarxa de suport a les diferents necessitats i mancances de tota mena que presenta una família multiproblemàtica serà, en general, elevada tot i que distinta segons el cas. Un dels objectius bàsics del treball de xarxa és, precisament, facilitar l'accés i la relació funcional i fluïda dels diferents membres de la família amb els professionals i recursos que necessita. Que el professional derivant transmeti a la família, en el seu propi llenguatge, una informació clara i personalitzada del servei i el professional al que ha d'anar, permetrà tranquil·litzar-la, «formar-la i dotar-la d'estratègies que evitin el rebuig, la desídia, la burocratització, la confrontació, les dinàmiques «persecutòries» i, en definitiva, la «mala pràctica».

LA XARXA ASSISTENCIAL I ELS SEUS PROFESSIONALS

Equip de serveis socials primaris

- Psicòleg social
- Assistent social
- Educador de carrer
- Treballador (o educador) familiar
- Objector, voluntaris

Guarderia

- Educadors

Escola

- Equip directiu
- Tutors
- Professors de suport

Institut

- Equip directiu
- Tutors
- Orientador
- Professors de suport
- Professors de compensatòria

Equip psicopedagògic

- Assistent social

Voluntari de suport psicopedagògic

- Psicopedagogs
- Voluntaris

Programes de temps lliure o activitats extraescolars

- Educadors
- Monitors

Centre de salut

- Pediatres
- ATS

Unitats de salut mental

- ATS
- Psicòleg
- Psiquiatre

Hospital Psiquiàtric o unitat d'hospitalització

- Assistent social
- Psicòleg
- Psiquiatre

Equip de drogues

- Assistent social
- Psicòleg
- Metge

Servei de Protecció de Menors (Equip de recepció)

- Psicòleg
- Assistent social
- Educador familiar
- Advocat

Servei de Protecció de Menors (Equip de seguiment)

- Psicòleg
- Assistent social
- Educador familiar
- Advocat

Servei de Protecció de Menors (Equip d'acolliment i adopció)

- Psicòleg
- Assistent social
- Educador familiar
- Advocat

Unitat de primera acollida

- Psicòleg
- Assistent social
- Educadors

Centre de dia

- Psicòleg
- Assistent social
- Educadors

Centre d'acolliment institucional

- Psicòleg
- Assistent social
- Pedagog
- Educadors

Equip d'Infància i Família

- Terapeuta familiar

Gabinets privats concertats

- Psicòleg

Centre d'acollida de la dona

- Psicòleg
- Assistent social
- Educadors

Centre d'ajuda a les víctimes

- Advocada
- Psicòlegs

Jutjat de Menors

- Jutge
- Fiscal
- Advocat
- Psicòleg
- Assistent social
- DAMS

Jutjat de Família

- Jutge
- Fiscal
- Psicòleg
- Assistent social
- Advocats

Equip d'inserció laboral

- Assistent social

Tallers d'inserció de dones

- Assistent social
- Minitors-educadors

Programes prelaborals per a joves

- Psicòleg
- Assistent social
- Educadors

Equip d'immigrants

- Treballador social

Projectes de grups de mares

- Psicòleg
- Assistent social

Centre de reforma

- Treballador social
- Psicòleg
- Educadors

Presó

- Treballador social
- Psicòleg
- Educadors

Institut de Reinserció Social (en els jutjats)

- Treballador social

Institut Balear de l'Habitatge

- Treballador social

VI.2. Les reunions de la xarxa professional

En l'escenari de tensió i desbordament propi del treball amb famílies multiproblemàtiques, les actuacions enfrontades i descoordinades dels diferents serveis i professionals, no només no disminueixen el risc i malestar dels infants i l'agressivitat i conflictivitat de la família, sinó que l'amplifiquen progressivament.

És, per tant, no només aconsellable, sinó imprescindible, en la majoria de casos, l'abordatge de la família multiproblemàtica en forma de Xarxa Professional. Es tracta de generar un espai periòdic on, de manera global i des de diferents perspectives es pugui analitzar la complexitat del cas, les necessitats (*indicadors de «risc»*) i capacitats (*indicadors de «protecció»*) de la família nuclear en el seu conjunt i dels seus membres (pare, fills) en particular; i també es compartiran informacions vers les diferents relacions (funcionals o «protectores» i disfuncionals o de «risc») que mantenen els diferents membres de la família entre ells i amb l'exterior (família extensa, amics, professionals). A la llum d'aquesta visió global, les intervencions de cada servei podran flexibilitzar-se el suficient per permetre un ajustament entre la família i el servei.

«La distribució de responsabilitats sovint induïx als membres d'una institució a actuar, davant tot, com agents d'una organització el rol de la qual està perfectament definit. Això crea situacions que, rellegides globalment, semblen absurdes. Els professionals, amb tota la bona fe, es troben, així, «presoners del seu paper» de simples executants d'una divisió de responsabilitats el marc global de la qual se'ls escapa. El funcionament de les xarxes assistencials es torna tan rígid que es converteix en formalment assistencial i substancialment perseguidor. Una rígida adjudicació de rols condemna els agents a no poder més que reproduir l'estructura a la que pertanyen. Les famílies, a la vegada, repeteixen en elles els mateixos processos, brandant, sovint, les «decisions (sovint no es tracta d'una decisió, sinó de la «primera reacció» de l'agent) judicials i administratives» com a amenaça o solució». (Jacques Pluymaekers, 1992).

L'«eix» central de l'anàlisi i diagnòstic del cas, dels objectius a aconseguir, del pla de tractament i de les estratègies per portar-lo a terme, serà sempre la protecció dels menors. La intervenció de cada servei (amb els seus respectius professionals i recursos) serà útil, eficaç i eficient sempre que s'insereixi amb la flexibilitat i adaptabilitat suficient en una estratègia global i funcional de la xarxa professional bàsica, de manera que permeti anar reduint (des de diferents aportacions i perspectives) el grau de risc de malestar i patiment dels infants.

Les reunions de coordinació de la xarxa, en la que hi participen la majoria de professionals, poden ser cada mes o mes i mig —o cada tres— depenent de l'evolució del cas concret. Entre reunió i reunió, els diferents serveis van establint continus contactes «a dos» o «a tres», alhora que intervenen de forma específica sobre cada una de les necessitats que s'avaluaren de forma global (per exemple: suport escolar per a infants; tractament de la dependència de drogues del pare; organització domèstica i seguiment pediàtric dels infants amb la mare; activitats de temps lliure per als infants; millora de relacions de parella; tractament de la depressió de la mare i suport per a la inserció laboral, etc.). Els diferents professionals potencien i faciliten la intervenció de l'altre professional, motivant la família, anant al domicili, reforçant les millores que es van produint (per exemple: una visita a domicili o un acompanyament de la Treballadora social de serveis socials potencia l'assistència de la mare a una revisió pediàtrica; una crida de la pediatra o de la infermera pediàtrica a la mestra o a un educador del centre de dia potencia que un infant segueixi el tractament farmacològic que se li prescriu, etc.)

«En redactar aquest text he reflexionat sobre el meu treball i he comprès que anava passant de les jerarquies a les xarxes... L'organització del treball en xarxa és un procés que uneix grups de persones. Potent instrument per a l'acció social, ha estat el motor de diferents moviments... La xarxa ofereix la vinculació horitzontal, la relació igualitària que desitjam fervorosament els que ens hem pres seriosament la idea de la democràcia. Les jerarquies es preocupen del poder i el control; les xarxes, per l'atribució de responsabilitat i l'educació». (Clot Madanés, 2000).

Des d'aquesta perspectiva, la xarxa es converteix en un instrument i un espai d'autoajuda per als propis professionals permetent, a la vegada, contenir i disminuir les rigideses i les inèrcies institucionals tendents a la jerarquització, la burocratització i la desresponsabilització («l'encolomament»). Totes les intervencions són igualment importants i les tasques i funcions es defineixen i assignen no només segons el rol professional o institucional rígid de cadascun, sinó també d'acord amb el lloc relacional (autoritat, confiança, proximitat emocional, motivació, etc.) que ocupa cada professional en els diferents membres de la família. Quan la xarxa funciona, les seves reunions són terapèutiques per als professionals atès que generen suport emocional; en elles s'hi disposen i es comparteixen dubtes, pors, angoixes, fantasmes, ràbies, cansament, etc., i es dilueixen les intenses emocions construint un nou re-assegurament i augmentant la confiança en l'evolució de la família i en les forces del grup-xarxa per aconseguir-ho.

VI.3. Contextos de canvi en FMP: assistencial, terapèutic, de supervisió, de control

Com hem vist, els primers contactes de la família multiproblemàtica amb els serveis solen moure's en un context assistencial. Les necessitats assistencial (habitatge, treball, ajudes econòmiques, etc.) són una constant en aquesta mena de famílies i, per tant, el manteniment de la relació amb els equips multiprofessionals dels Serveis Socials d'Atenció Primària (SSAP) és de vital importància. Però a mesura que el treballador social (segons el cas, el psicòleg social o l'educador social) s'endinsa en el coneixement de la dinàmica familiar, apareixen les primeres «crisi» i, amb elles, els primers indicadors de risc de negligència o maltractament infantil.

«Hi ha un moment (en situacions de crisi) que les coses van molt de pressa, on es percep una atmosfera de catàstrofe, on les decisions, sovint, es justifiquen per la urgència. Si en intervenir es retorna el problema —com intentam fer-ho nosaltres— al seu context social, la lògica de la urgència es fa menys evident i s'obre el ventall de solucions... Aviat confirmam que moltes dificultats i, principalment, les decisions d'exclusió social: hospitalització, internament a llar, etc., estaven vinculades al moment en què un problema, viscut fins llavors en el moment intrafamiliar, abandona aquest camp per entrar en un procés «públic» que porta a l'exclusió d'una de les parts en conflicte... Era com si de cop es passés un llindar». (Jacques Pluymackers, 1992).

Davant d'aquests senyals d'alarma —que van amplificant-se per moments en reunir impressions i informacions d'altres familiars i professional (mestres, metges, altres treballadors socials, policia, etc.)— el professional de l'atenció social primària «esgota els seus recursos» i es veu abocat a derivar el cas. En general, solen produir-se des dels SSAP (de forma successiva o escalonada) dos tipus de derivacions:

- vers un context terapèutic (teràpia familiar o individual per als pares), i
- vers un context judicial o de control (notificació al Servei de Protecció de Menors).

Ambdues opcions posen en perill la continuïtat d'una relació funcional i efectiva de la família amb els SSAP i comporten la possibilitat de «perdre el cas» i, per tant, la impossibilitat de seguir aportant a la família recursos que, moltes vegades, són imprescindibles (especialment quan hi ha infants petits). En el primer cas (derivació a teràpia), la família no va al servei terapèutic o ho fa sense cap més motivació que la d'aconseguir l'ajut econòmic amb la qual cosa «malbarata» una futura opció terapèutica; en el segon cas (derivació a Menors), la família se sent traïda i, o bé inicia una resposta de fugida, o bé d'agressió vers el professional dels SSAP.

La intervenció en Xarxa, prèvia a la derivació i, si pot ser, sota un context de supervisió d'algun servei terapèutic (especialment quan hi ha un equip especialitzat en tractament familiar), pot introduir noves informacions en la dinàmica relacional de la família i dels seus propis recursos (en el sentit positiu i/o negatiu). Noves i més com-

plexes hipòtesis i noves vies estratègiques d'intervenció permetran, en la majoria dels casos, evitar o, com a mínim, pal·liar el risc de «pèrdua» o «ruptura» de la família i, amb això, reduir la possibilitat d'«exclusió» d'algun dels seus membres (quasi sempre algun menor). L'anàlisi conjunta de la xarxa facilitarà els ajustaments que calguin entre els diferents «contextos d'intervenció» perquè les possibles derivacions a nous recursos «arribin a bon port» i siguin funcionals per al canvi de la situació familiar.

En ocasions es produeixen situacions en les que la xarxa avalua el cas i considera que el grau de patiment i maltractament o negligència a què estat sotmesos els menors està arribant a límits de gravetat inacceptables o perillosos per al desenvolupament evolutiu. Si aquest fet s'acompanya d'una actitud de «d'entossudiment» o «boicot» de part dels pares, negant-se a contactar amb els serveis o a rebre ajuts o recursos pressuposats per ells, estarà indicat «notificar» la situació de risc al Servei de Protecció de Menors (SPM), augmentant, així, el potencial de protecció i suport a la família de part de la xarxa.

Les intervencions del SPM —avalades pel fiscal— poden tenir un impacte sovint vital i definitiu en el futur d'un infant i de la seva família per la qual cosa el seu grau de responsabilitat és molt elevat. Els professionals de l'atenció primària o especialitzada són conscients d'això i moltes famílies, també. En aquests moments del procés d'intervenció es produeix un gran augment de l'ansietat de tot el macro-sistema intervinent (família i serveis) i s'està a les portes de desencadenar una crisi. De com se generi i s'acari aquesta crisi en dependrà, notablement, l'evolució posterior del cas:

- vers una **reestructuració funcional del sistema familiar i el seu sistema de suport**, augmentant i millorant el nivell de vinculació a tots els nivells (intrafamiliars i extrafamiliars) i, en definitiva, reduint el grau de violència, ansietat i tensió en totes les parts de la xarxa (especialment en l'infant objecte de protecció).
- Vers una **amplificació del caos, la violència i la tensió**, que generarà dinàmiques d'expulsió, exclusió i desvinculació. A mitjà i llarg termini, la cronicitat en la família i l'«esgotament» en els professionals.

Històricament, aquest tipus de situacions s'ha enfrontat amb un informe al SPM i la retirada, poc temps després, del servei social derivant o notificant. Aquesta solució ha estat (i segueix essent-ho actualment) font de dinàmiques de tensió i conflicte greu entre l'Atenció Primària i el SPM. L'Atenció Social Primària sol acusar d'irresponsabilitat, falta de diligència o falta de suport al SPM; aquest, a la vegada, acusa l'Atenció Primària de «llevar-se els casos de sobre» tot «encolmant-los-ho». La família, per la seva part, acusa els serveis socials de «traïda» i al SPM de «llevar-los» els seus fills injustament. Passades unes setmanes o un mes, la tensió es va diluint i el servei central passa a ser el centre residencial que ha acollit el menor i que mirarà de cobrir totes les seves necessitats. Així, es produeix una *pseudoadaptació* on els pares van perdent funcions i el menor es va desvinculant del seu entorn immediat (família, escola, amics, barri). A partir d'una situació valorada «d'urgència» s'ha generat una crisi que acaba amb l'«exclusió» del menor en risc o maltractat per entrar, posteriorment, en una dinàmica de cronificació que valdrà de poc per introduir els canvis que calen en el context sociofamiliar inicial.

El model d'intervenció en xarxa i la invitació al SPM perquè s'incorpori —segons quan només ho serà de manera temporal— a les reunions de xarxa, permetrà:

- Reduir l'angoixa del professional de serveis socials que ja no és l'únic que assumeix la valoració.
- Avaluar conjuntament la gravetat del cas i les estratègies d'intervenció a seguir, tot evitant la dinàmica de des-responsabilització i culpabilització entre serveis.
- Corresponsabilitzar tota la xarxa (incloent els professional d'educació i sanitari i no només, com sol passar, els de serveis socials) de la notificació al SPM, de l'avaluació del maltractament i de les estratègies a seguir.

- Contextualitzar la crisi familiar i les conductes negligents i de maltractaments vers els menors en un marc «comprensible» a partir de dades del passat i del present familiar.
- Reduir el risc de ruptura de la família amb els serveis, tot evitant la triangulació de la família entre dos serveis. En situacions en les que, davant de la imminent citació i crida del SPM, es preveu una reacció de violència per part de la família, podent habilitar-se estratègies alternatives de notificació que preservin la seguretat dels professionals de l'atenció primària. Per exemple, pot acordar-se una visita a domicili de la policia de barri (o del GRUME) a partir d'una situació d'absentisme escolar, o a partir d'episodis de violència domèstica, o de sospita de tràfic de drogues; en altres casos, pot redefinir-se la citació del SPM amb una revisió «rutinària» d'expedients antics, la qual cosa permet «exigir» informes als serveis que actualment estan en contacte amb el cas.
- Evitar les inicials dinàmiques de tensió i conflicte entre l'atenció primària i el SPM, i també una cronificació del cas inserint la mesura de «retirada» de l'infant en un projecte de preservació i reunificació familiar en el que hi participen tots els serveis.

Un cop incorporat a la xarxa, el SPM, l'estratègia d'intervenció amb la família del qual s'adequarà de manera específica i concreta a les informacions facilitades pel conjunt dels serveis, podrà prendre una de les mesures jurídiques que la legislació preveu: declaració de «risc» o declaració de «desempament» amb o sense retirada de la «guarda» dels menors als pares. Des de la posició de «força» i «autoritat» que li confereix la llei, el SPM facilitarà —en el marc d'un «contracte de protecció» o «pla de cas»— que els diferents serveis de la xarxa (de caràcter social, terapèutic, educatiu, sanitari) reprenguin la intervenció amb la família, ja des d'un context coactiu de control i amb la condició d'un seguiment periòdic.

VII. LA INTERVENCIÓ AMB LA FAMÍLIA

VII.1. Ajustament i adaptació amb el sistema familiar: el dilema del control i l'ajuda

El tipus d'intervenció amb una família multiproblemàtica, com s'ha vist anteriorment, dependrà i tindrà característiques diferencials segons «el context professional de canvi» des del qual es porta a terme (terapèutic, assistencial, judicial, de supervisió, etc.). El repte del professional rau, precisament, en ajustar-se a la complexitat que suposa la seva inserció en un macrosistema i un procés de tractament que transcorre entre diferents i canviants contextos. De qualsevol manera i des del punt de vista terapèutic, el principal potencial de canvi del sistema familiar multiproblemàtic sorgeix quan la intervenció coordinada dels diferents contextos professionals de canvi és capaç de generar una estratègia «crisi productiva» a partir d'una intervenció judicial o de control per part del Servei de Protecció de Menors.

És precisament en el moment que la crisi és oberta (després de produir-se una declaració de «risc» o de «desempament» amb o sense retirada de la tutela d'algun fill) quan té sentit i pot ser molt útil una intervenció terapèutica directa amb la família. Fins llavors, l'absència d'elements considerats essencials en el canvi terapèutic (la consciència del problema i la motivació per solucionar-lo) previsiblement haguessin abocat la proposta terapèutica (una més) al fracàs. La recuperació dels fills o l'evitació de la seva retirada es converteixen en el motor motivacional necessari per a un treball terapèutic que s'encaminarà a la «preservació o reunificació familiar». A partir de la derivació «coactiva» del SPM, la família i el terapeuta (i altres serveis) se situen en un mateix nivell jeràrquic («el SPM els obliga a què vagin a teràpia i a mi que us la faci») i poden iniciar

un incipient context de col·laboració compartint, com a mínim, dos objectius: «que no els llevin els infants» (o que se'ls retornin) i «que el SPM clogui l'expedient com més aviat millor i no ens demani més explicacions».

VII.2. El tractament integral, multimodal i multiprofessional de la FMP

Jorge Barudy (1998) contempla els següents factors per establir un pronòstic en casos de maltractament: consciència del problema; motivació per al canvi en els pares; grau de cronicitat de la problemàtica familiar; nivell d'incapacitat dels pares: retard mental, trastorns psiquiàtrics, alcoholisme, toxicomania; grau de violència intrafamiliar; existència d'un vincle afectiu pares-fills; tipus de maltractament (abusos sexuals, maltractament psíquic, abandonament, maltractament físic); gravetat del dany infringit a l'infant; problemes presentats per l'infant (síndrome d'adaptació: conductes antisocials i/o delictives, etc.).

Atenent aquests criteris, les situacions de maltractament produïdes en un sistema familiar multiproblemàtic presentaran un pronòstic, en el millor dels casos, incert. La intervenció terapèutica amb la família, integrada en el marc d'un treball més ampli amb la xarxa comunitària, s'haurà de dirigir a millorar aquests factors pronòstic amb dos objectius bàsics: garantir la integritat evolutiva dels menors i preservar la integritat del sistema familiar.

Els tractaments hauran de ser intensos, multimodals, integrals i multiprofessionals, tot fugint de la fal·làcia de la «teràpia miracle» (sigui del model teòric que sigui) i tenint present que s'hauran d'abordar paral·lelament dos aspectes bàsics:

- a) el context micro i macrosistèmic de la família multiproblemàtica on «la violència familiar i, concretament, els maltractaments als infants són el resultat d'una manera de viure que dona lloc a una fenomenologia característica» (Barudy), i
- b) les conseqüències traumàtiques i l'impacte cognitiu, emocional, conductual i social que aquest context relacional provoca en els seus protagonistes (pares i fills).

Des d'aquesta perspectiva de la complexitat, la intervenció en casos de FMP haurà de contemplar necessàriament un ampli ventall de recursos de tipus terapèutic, educatiu, social i jurídic:

- teràpia o abordatge de xarxes socials de suport;
- teràpies familiars de tipus genèric i específiques de «reparació» per a casos d'abús i maltractament;
- teràpies individuals (per a pares i per a fills) específiques per a agressors i víctimes;
- teràpies grupals (per a pares i per a fills) específiques i diferents per a abusos sexuals, maltractaments físics i negligència;
- grups psicoeducatius d'habilitats socials per a pares, infants i adolescents;
- educadores familiars a domicili per a casos de negligència emocional i física;
- suport psicopedagògic;
- tractament d'alcoholisme i drogues;
- educadores de carrer i recursos de temps lliure;
- unitats de respir o centres de dia (o de nit);
- acolliments familiars i residencials temporals;
- tallers d'integració laboral;
- mòduls educatius o prelaborals alternatius als instituts per a infants entre 13 i 15 anys;
- suports socials: economia, habitatge, escolarització, salut, etc.

Un dels principals trets de la FMP és la transmissió transgeneracional dels patrons de violència i maltractament relacional. En aquest sentit, s'hauran de contemplar intervencions a mitjà i llarg termini (entre 2 i 4 anys com a mínim) amb l'objectiu que el sub-

sistema filial, amb l'aportació de models de referència i identificació alternatius als pares (terapeutes, educadors, treballadors socials, etc.), pugui rompre la transgeneracionalitat. Les investigacions dels últims anys sobre les dinàmiques del maltractament, la negligència i l'abús, i les seves gravíssimes conseqüències (a curt, mitjà i llarg termini) aconsellen delimitar els temps d'intervenció i augmentar la intensitat i la freqüència del treball terapèutic en aquelles famílies amb fills menors de 8 a 10 anys.

El plantejament de la intervenció terapèutica i psicosocial amb les famílies en un metacontext de *control* i un marc jurídic de *protecció de la infància*, ofereix la possibilitat de promoure *contractes de protecció* amb les famílies que permeten la implementació de mesures «condicionals» escalonades i progressives segons la gravetat de cada cas: des de la simple obertura de «diligències», a la declaració jurídica de «rise» amb manteniment dels menors en la llar o amb la «guarda» temporal i breu d'aquests en família extensa o a llar infantil; des de la retirada de «tutela» a l'acolliment preadoptiu o a l'adopció mateixa. L'ús «estratègic» de les diferents mesures jurídiques, integrades en un *pla de cas* global, pot contribuir a augmentar l'eficàcia i l'eficiència dels tractaments.

Des del punt de vista del treball específicament clínic i terapèutic amb la família, és, certament, imprescindible una especialització en el camp del maltractament, la violència i l'abús. Les intervencions amb tota la família nuclear no seran, en absolut, les més freqüents. En general, s'haurà de treballar amb els distints subsistemes (pares, fills, avis) amb les díades (mare-fill, pare-fill) i amb els individus. En els moments en què es produeixen separacions temporals d'algun dels fills i el seu acolliment en la família extensa (avis o oncles), o en una altra família o centre residencial, s'haurà d'incorporar al context terapèutic els responsables d'aquest acolliment (educadors o membres de la família d'acollida).

VIII. CLAUS PER A UN CANVI DE «XIP» EN EL TREBALL AMB FMP

VIII.1. Mites tècnics i metodològics

Algunes de les idees, afirmacions i mites tècnics i metodològics que formen part de les premisses teòriques i pràctiques normalment acceptades i transmeses en els currículums formatius del camp terapèutic i de la intervenció psicosocial, són ineficaços, inútils i fins i tot iatrogènics per treballar amb sistemes familiars multiproblemàtics. Vegem algunes d'aquestes afirmacions o prejudicis «pseudocientífics», la desmitificació dels quals es converteix en «guia d'ajustament» per al professional.

- És la família i no un professional qui ha de fer la demanda: no es pot fer teràpia obligadament perquè el «control» és incompatible amb l'ajuda.
- Les «insubordinacions» (arribar tard o no anar a una cita, mostrar agressivitat i enuig amb el professional, no seguir les nostres prescripcions o recomanacions, etc.) són sempre senyal de «resistència» o «falta de motivació»... cal tancar el cas... o derivar a un altre servei.
- La família ha de respectar l'organització i l'enquadrament del servei: lloc i temps d'entrevista, horari de recepció, durada del contacte, funcions dels professionals, etc.
- Mai no s'han de substituir les funcions i el treball de la família, ni perseguir-la més enllà de la seva motivació perquè podrien generar-se «dependències» del servei.
- La família és qui té problemes i està desorientada, malalta o és incompetent; el professional no té problemes i sap com s'han de fer i solucionar les coses.
- Si en un cas hi intervenen massa serveis o professionals (encara que tinguin funcions i posicions relacionals diferents) es corre el perill «d'embullar» la família, de «cronificar-la» o de crear dependències en donar-li «massa» recursos.

- Els «rols» professionals han d'estar clarament definits: el psicòleg fa teràpia a la consulta, el treballador social mobilitza recursos socials, l'educador social proposa activitats amb els infants al carrer, la treballadora (o educadora) familiar facilita l'organització domèstica, el psiquiatre medica, el mestre ensenya a l'aula, etc.
- El tractament i la teràpia és funció exclusiva del psicoanalista, el psicoterapeuta, el psicòleg clínic, el terapeuta familiar o el psiquiatre (el mite de la teràpia «profunda»).
- Les reunions de coordinació entre professionals han de ser «serioses i formals» (cadascun des del seu rol professional i el seu servei) i no convertir-les en «xerrades de cafè» (on s'hi introdueixen característiques personals, preferències, etc.).
- No convé implicar-se gaire emocionalment ni mesclar mai la vida personal amb la professional.
- El pre-judici sobre el membre de la família catalogat per informes o rumors previs de toxicòman, alcohòlic, psicòtic, maltractant, psicòpata, violent, delinqüent, perifèric, etc., que determina la seva no citació.
- En l'extrem contrari, el pre-judici segons el qual els diagnòstics o «etiquetes» (encara que serveixin per aconseguir una determinada «beca» o «subsidi») són perjudicials o «estigmatitzants» per al pacient i cal mirar d'evitar-los de totes totes.
- El psiquiatre ha dit, el jutge ha dit, el fiscal ha dit, Menors ha dit, l'alcalde ha dit, etc. i, en conseqüència, «res no es pot fer».
- Els informes sobre la família són «confidencials» i per a tots els serveis; la família no pot ni ha de conèixer-los.
- El professional que detecta una situació de violència o maltractament té (ell sol) la responsabilitat i l'obligació de denunciar-ho.

VIII.2. Orientacions pràctiques

La desmitificació tècnica i metodològica es complementa amb algunes orientacions pràctiques que podem situar en l'espectre de les «solucions» estratègiques i tàctiques per treballar amb FMP:

- **Acceptació i empatia:** partir de la hipòtesi positiva i constructiva que atribueix al comportament problemàtic o simptomàtic un intent d'afrontar o solucionar («equivocadament») el malestar o patiment psíquic relacionat amb esdeveniments i circumstàncies del passat i/o del present. «Jo, en el seu lloc, faria el mateix» (Masson, 1987); «cada un fa el que pot amb el que té» (Barudy, 1997). Davant de sentiments contratransferencials molt negatius (rebuig, impotència, ràbia) analitzar per què contrastant-los amb altres professionals.
- **Proximitat:** només després d'un vincle afectivo-emocional-humà amb la «persona que pateix i fa patir» vindrà el qüestionament o «l'atac» al comportament simptomàtic. La relació és prèvia al contingut. La vinculació amb la família potenciarà la vinculació (l'afecció) intrafamiliar. En molts casos (especialment en situacions de negligència emocional i física), s'haurà de «maternar» la mare perquè pugui «maternar» els seus fills. Implica suplir inicialment les necessitats pràctiques i emocionals de la família.
- **Confiança:** cal emfasitzar, més que les mancances, els punts forts, les capacitats i les solucions de la família, transmetent confiança en les seves possibilitats; en tot cas, és «qüestió de temps, suports adequats i treball».
- **Un gran canvi comença per petit canvis.** Cal amplificar i reforçar les petites millores i generar expectatives per aconseguir un «futur millor». Augmentar l'autoestima és un requisit ineludible i constant de la intervenció. Som els veri-

tables «assessors d'imatge» de la família davant ella mateixa i davant de la comunitat.

- És imprescindible aprofundir sense prejudicis en els valors personals, ètnics i culturals (també subculturals) de la família, valorar-los i reforçar els aspectes més funcionals: les creences religioses poden o no ser un gran suport.
- La xarxa com a sistema «d'autoajuda» per a la família i els professionals. Hi ha molts «forats» per a un professional sol i cal aprendre a unir esforços i compartir suports: «el que jo no puc fer, ho poden fer altres»; «cap de nosaltres, per separat, pot aconseguir-ho, però sí junts» (el sistema és més que la suma de les parts).
- Cal paciència, prudència i flexibilitat amb un mateix, amb la família i amb els altres professionals. Tenir present que els canvis es produiran en el decurs d'un procés temporal i que hi haurà alts (millors) i baixos (recaigudes); no oblidem que enfrontam casos gravíssims i que correspondrien a la «UCI» psicosocial.
- La majoria de serveis i professionals funcionam per a la «classe mitjana-típus»; serà imprescindible un esforç d'apropament (al domicili d'acollida, al treball, al col·legi) i d'adaptació (horaris, llenguatge, visió del món) a les necessitats i característiques de la família. Aquest esforç d'apropament i adaptació és isomòrfic i facilitarà l'esforç que exigim als pares quant als seus fills.
- La intervenció es mourà de manera circular: «d'allò simple a allò complex, i del complex al simple». Tot i que la intervenció es dugui a terme amb un sol membre de la família, tindrà present tostemps les interaccions micro i macrocontextuals. Del patiment individual de l'infant a la dinàmica familiar i d'aquesta al sistema més ampli constituït per la xarxa comunitària, la finalitat primària de la qual serà de bell nou la protecció de l'infant com a individu i com a persona.
- El **genograma** de la família i la seva connexió amb la **xarxa social de suport** constitueixen el mapa on cal cercar l'itinerari a seguir i caldrà fer-hi un cop d'ull abans d'iniciar cada entrevista i mentre la feim.
- On es produeix «actuació reactiva» es potenciarà la «verbalització reflexiva», l'expressió de pensaments, sentiments i emocions associats a determinades interaccions (relacionades amb el passat o el present). Estimular estratègies i mecanismes d'autocontrol, especialment davant de conductes potencials de violència i agressivitat contra els infants. Veure quins sistemes han funcionat altres cops.
- Primer «donem peixos i després ja cercarem canyes per ensenyar a pescar»: habitatge, salut, treball, etc., són **necessitats** primàries i prèvies a les exigències de tipus «terapèutic». Cal contribuir a establir prioritats tant amb la família com amb els altres professionals.

VIII.3. La implicació ètica i emocional del professional

Per intervenir en sistemes familiars multiproblemàtics on el terapeuta entra en contacte amb el patiment, el dolor, la desconfiança, la desesperació i la violència acumulats durant anys (a voltes generacions) de continuats fracassos existencials i vitals pels diferents actors del drama familiar, cal una determinada habilitat per portar a terme dos tipus d'accions complementàries:

- a) Una forta implicació ètica i emocional del terapeuta que possibiliti la seva entrada i vinculació en el sistema, la seva connexió i ressò emocionals amb les vivències i emocions dels diferents membres de la família (víctimes o botxins segons el moment).
- b) Una capacitat de diferenciació emocional del terapeuta (en el sentit *bowenian* del terme) que possibiliti la seva sortida «emocional» del microsistema familiar i del macrosistema família-xarxa professional, amb l'objectiu de preservar l'equilibri personal i emocional que cal per no perdre de vista la perspectiva del procés de canvi del qual ell en forma part activa.

Es recullen, a continuació, algunes cites de diferents autors que exemplifiquen especialment aquest punt:

Cloé Madanés

La psicoteràpia és l'art de trobar l'àngel de l'esperança enmig del terror i de la desesperació... Si crec en la responsabilitat personal i en què l'única realitat és l'acció —que no actuar és actuar— aleshores he de reconèixer que en la meua teràpia he de protegir els drets i impedir la violència. Evitar l'acció, romandre neutral, és estar al costat de la violència i de l'abús. (*«Violència masculina»*, 1998).

Jorge Barudy

El motor de la intervenció terapèutica (mèdica i/o psicosocial) és el compromís i l'opció ètica del terapeuta. En conseqüència, tot esforç per contribuir a l'alliberament de les víctimes dels efectes traumàtics i alienants de la violència familiar passa per facilitar relacions no violentes i, alhora, reescriure amb ells la història explicativa d'aquests esdeveniments.

La teràpia se sustenta en el reconeixement de les possibilitats i recursos de cada subjecte, i també en la confiança il·limitada en què cada persona pot retrobar, en condicions relacionals favorables, un sentit a l'existència compatible amb la seva condició d'ésser viu i humà. (*«El dolor invisible de la infancia»*, 1998).

Odette Masson

Acabar amb la llarga i duradora indecisió (a reconèixer situacions de maltractaments) mostrada pels professionals jurídic-psico-mèdico-socials i oferir atencions adequades, suposa que cada professional aprengui, en primer lloc, a dominar les reaccions emocionals fortes davant tota situació de maltractaments. Reconèixer els nostres sentiments d'horror, de còlera i avorrició per poder després dominar-los és quelcom essencial... no és fàcil... se'n pot aprendre amb la següent exposició:

Cada professional pot convèncer-se que situant-se ell mateix en el context genètic, històric i existencial actual de l'adult maltractant, actuarà de la mateixa manera que aquest adult... Un cop acceptat això, es pot aconseguir una actitud neutral imprescindible per a qui s'ocupa dels casos de maltractaments.

El professional que accepti aquestes bases podrà, de manera fàcil, desxifrar els missatges d'inseguretat, d'humiliació i desvalorització profunda que hi ha rera les protestes i negacions indignades dels pares... Aquests pares, de fet, pateixen i es deprimeixen en constatar que són incapaces de satisfer les necessitats dels seus fills. És natural que comencin lluitant o posant-se en contra de les persones que els ho diuen. L'aparent insensibilitat dels pares maltractants no reflecteix, forçosament, el fons dels seus sentiments. Aquests adults testen primer les reaccions dels professionals abans de comunicar de forma més veraç.

Intervenir en aquests casos és molt penós. Les persones que necessiten prou l'aprovació de l'altre, que cerquen una vida tranquil·la, arrecerada de conflictes i problemes, presenten dificultats per treballar en aquests casos... No podem enfrontar-nos regularment als aspectes íntims més destructius de les relacions humanes i esperar viure una vida professional sense cap mena de problemes personals i inter-relacionals. Fins i tot sent un expert, l'operador segueix passant per mals moments. (*«Contextos maltractantes en la infancia y coordinación interinstitucional»*, 1987).

Maurizio Coletti

Aplicam la dita xinesa «no els donis peixos, ensenya'ls a pescar» i els indicam com ho hauran de fer, però els membres d'aquesta família ens diuen que «ni canya, ni llinya, ni peixos, ni res», i no ho fan... És frepant haver d'acceptar això.

S'ha d'acceptar l'existència d'una implicació emocional en el nostre treball. La nostra tasca té riscos emocionals i s'han d'acceptar; ben igual que s'ha d'acceptar que moltes coses que feim estan pensades i d'altres són pures reaccions. I cal assumir això. Saber que hi ha un risc fort, un nivell d'empenta emocional tan dura i específica, ja és una solució.

A voltes, aprofundir en un cas en supervisió pot centrar-se en les vivències emocionals dels professional compromesos i en la recerca de condicions més favorables per a la seva gestió... S'ha d'ajudar al professional a elaborar la pròpia posició emotiva, a motivar-se de bell nou i a col·locar la pròpia intervenció en un marc nou. («Familias multiproblemáticas, ¿servicios multiproblemáticos?», 1995).

Jacques Pluymaekers.

[en situacions de crisis] hi ha un moment en què les coses se succeeixen molt aviat, on hi ha una atmosfera de catàstrofe, on les decisions, molt sovint, es justifiquen per la urgència. Si en intervenir es retorna el problema —com intentam fer-ho nosaltres— al seu context social, la lògica de la urgència es torna menys evident i s'obre el ventall de solucions.

Per a nosaltres, conèixer significa veure en funcionament i formar part d'ell. En considerar-nos part interessada en el sistema —les xarxes emergents— que ens envolten, podem actuar amb l'esperança de canviar quelcom. En aquests sistemes oberts, amb aquesta multiplicitat de relacions en el treball social, és indubtable que la tendència a l'homeostasi hi juga un paper i, sovint, els nostres actes hi han contribuït. («Red y práctica de barrio», 1989).

IX. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- ARRUABARRENA, M^a Ignacia; SÁNCHEZ, J.M. (1996). *Guía de investigación y evaluación ante situaciones de desamparo infantil*. Junta de Castilla León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
- BARNES, J.A. (1972). *Social Networks*. Reading M.A. Addison Wesley. Citat per Villalba, C. (1993).
- BARUDY, J. (1994). *El enfoque sistémico del maltrato infantil: una intervención alternativa a la violencia familiar*. A II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada (pp 341-364). Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- BARUDY, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato familiar*. Paidós.
- BOWEN, M. (1978). *La terapia familiar en la práctica clínica*. Desclee de Brouwer (edició castellana de 1989). Citat per Carpenter i Treacher (1993).
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós (edició castellana de 1987). Citat per Villalba, C. (1993).
- CAMPANINI, A.; LUPPI, F. (1991). *Servicio social y modelo sistémico*. Paidós.
- CANCERINI, L.; COLAPINTO, J. (1995). *La familia multiproblemática en Europa y en América*. Seminari: Escuela de Terapia Familiar de sant Pau. Barcelona.
- CARBALLO, S. (2000). *El viaje de un equipo de terapeutas sistémicos por el territorio del maltrato a la infancia*. Revista MOSAICO de la FEATE, 3^a època, núm. 18. Monogràfic sobre Violencia y Maltrato.
- CARBALLO, PANADES i altres (1994). *Familias multiproblemáticas. Intervención terapéutica i psicosocial. Ideas preliminares*. Revista Alimara núm. 34. Segona època. Desembre.
- CARBALLO, PANADES i altres (1994). *Familias multiproblemáticas. Intervención terapéutica i psicosocial*. Revista Alimara núm. 34. Segona època. Desembre.
- CARL, D.; JURKOVIC, G. (1983). *Agency triangles: problems in agency-family relationships*. Family Process núm. 22. Citat per Carpenter i Treacher (1993).
- CARPENTER, J.; TREACHER, A. (1993). *Problemas y soluciones en terapia familiar y de pareja*. Paidós.
- CEREZO, M.A. (1992). *Programa de asistencia psicológica a familias con problemas de relación y abuso infantil*. Conselleria de Treball i Afers Socials. Generalitat Valenciana.
- CIRILLO, S. (1994). *El cambio en los contextos no terapéuticos*. Paidós.
- COLAPINTO, J. (1996). *La dilución del proceso familiar en los servicios sociales: implicaciones para el tratamiento de las familias negligentes*. Revista Redes, volum I, núm. 2.
- COLETTI, M. (1995). *Familias multiproblemáticas, ¿servicios multiproblemáticos?* Seminari: Escuela de Terapia Familiar de sant Pau. Barcelona. Junjo.
- COLETTI, LINARES i altres (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Paidós.

- DE PAUL, J.; ARRUABARRENA, M^a I. (1995). *Los programas de tratamiento de familias con problemas de maltrato y abandono infantil. Descripción y evaluación*. Revista *Infancia y Aprendizaje*, núm. 71.
- DE PAUL, J.; ARRUABARRENA, M^a I. (1996). *Manual de protección infantil*. Masson.
- EQUIP D'INFÀNCIA I FAMÍLIA (1995-98). *Formularis i protocols*. Àrea d'Atenció al Menor i a la Família. Servei d'Acció Social. Consell de Mallorca. Inèdit.
- GARBARINO, J.; ECKENRODE, J. (1999). *Por qué las familias abusan de sus hijos*. Granica.
- IMBER-BLACK, E. (1995). *La perspectiva de los sistemas más amplios que la familia*. Revista *Sistemas Familiares*. Marzo.
- LÓPEZ, F; i altres (1995). *Los abusos sexuales de menores: concepto, prevalencia y efectos*. Revista *Infancia y Aprendizaje*. Número monogràfic sobre maltractament infantil.
- MADANÈS, Cloé (1997). *Violencia masculina*. Granica.
- MADANÈS, Cloé (2000). *Historias de psicoterapia*, en el llibre de Watzlawick, P. i Nardone, G. (compiladors): *Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Paidós.
- MASLACH, C.; JACKSON, S.E.; SCHWAB, R.L. (1986) MBI, *Maslach Behavior Inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California. La versió en castellà del qüestionari és: *MBI: Encuesta al personal de servicios humanos*. TEA, 1997.
- MASSON, Odette (1987). *Contextos maltratantes en la infancia y coordinación institucional*. Revista de l'AEN. Desembre.
- MINUCHIN, P.; COLAPINTO, J.; MINUCHIN, S. (2000). *Pobreza, institución, familia*. Amorrotu.
- MINUCHIN, S.; ELIZUR, J. (1991). *La locura y las instituciones: familias, terapia y sociedad*. Gedisa.
- PANADÈS, C. (2000). *La intervenció de la xarxa professional en casos de famílies multiproblemàtiques amb infants en situació de risc d'abús, negligència o maltractament*. Revista *Alimara* núm. 46. Desembre.
- PANADÈS, C. (1995). *Programa de treball psicosocial amb famílies multiproblemàtiques*. Equip d'Infància i Família. Inèdit.
- PLUYMAEKERS, J. (1989). *Red y práctica de barrio*. Al llibre d'Elkaïm, M. i altres: *Las prácticas de la terapia de red*. Gedisa.
- ROJERO, C. (1988). *Epistemología y terapia sistémica*. Revista *Clínica y análisis grupal*, volum 10, número 48.
- ROMANIA DE GREGORIO, F. (1995). *Famílies multiproblemàtiques; recursos multiproblemàtics*. Jornades internacionals de Serveis Socials. Generalitat de Catalunya. Barcelona. Gener.
- SELVINI, BOSCOLO, CECCHIN i PRATA (1986). *Hipotetitzación, circularidad y neutralidad: tres directrices para la conducción de la sesión*. Revista *Clínica y análisis grupal*, número 42. Desembre.
- VILLALBA, Cristina (1993). *Redes sociales: un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria*. Revista *Intervención psicosocial*, volum II, núm. 4.

NOTES

¹ Les expectatives «màgiques» de solució (que, per suposat, després no ho són i fins i tot, a voltes, empitjoren el problema) s'atribueixen a diferents recursos o entitats quan l'ansietat i la impotència desborda una situació. Entre elles podem esmentar: una teràpia (familiar o d'altra mena), una mediació psiquiàtrica, un internament, una actuació judicial, una expulsió d'un centre, etc.

² No oblidem que el Servei de Menors té una posició i una funció «jurídica» i no assistencial o terapèutica en la protecció a la infància. Després de valorar els casos té la possibilitat de declarar situacions de «desemparament» amb retirada de la tutela als pares (els menors han de passar a una institució) o situacions de «risc» amb el manteniment de menors en la seva família. En qualsevol dels dos casos, les funcions assistencials i terapèutiques han de seguir corresponent als serveis comunitaris.

³ L'elevat nombre de serveis i professionals que participen en una intervenció de xarxa, i també el temps que dediquen a la coordinació, pot ser enganyosa i aparentment costosa. Però basten uns xifres per desmentir-ho: el cost d'un infant per any en una llar residencial pública l'any 2000 s'apropava als 4 milions de pessetes; el cost d'un infant per any en un centre de reforma era entre 8 i 10 milions de pessetes.