

àmbits
de psicopedagogia

DIAGNÒSTIC I INTERVEN- CIÓ PSICOPEDAGÒGICA: UNA VISIÓ DES DEL MODEL HUMANISTA- ESTRATÈGIC

Dra. Carme Timoneda-Gallart

Dr. Frederic Pérez Álvarez

Departament de Pedagogia, Universitat de Girona

Unitat NeuroPsicoPedagogia Hospital Universitari del ICS Dr J Trueta

Fundació Carme Vidal Xifre de NeuroPsicoPedagogia

L'objectiu d'aquest article és el de presentar una nova aportació al bagatge de diagnòstic psicopedagògic partint d'un Model sorgit d'una recerca-acció portada a terme a la Unitat de Neuropsicopedagogia de l'Hospital Trueta de Girona en conveni amb el Departament de Pedagogia de la Universitat de Girona .

Quan parlem de diagnòstic educatiu cal que ens plantejem què volem dir realment, és a dir, quina concepció teòrica empara la nostra forma de procedir. El Model que presentem conceptua el diagnòstic com *la lectura que el psicopedagog realitza de la realitat de l'educand i que ens explica la simptomatologia de derivació*; alhora, el diagnòstic precisa de la definició i concreció d'un pla d'*intervenció psicopedagògica*. Ens trobem doncs amb una primera característica bàsica: les tasques de diagnòstic i intervenció estan interrelacionades de manera que formen part d'un *procés cíclic de diagnòstic*.

Per tal de "llegir" la realitat de l'educand i poder trobar una explicació a la pregunta de "què està passant?", necessitem tant un marc teòric com uns instruments que ens ho possibilitin i que donin coherència interna a tot el procés de diagnòstic-intervenció.(Timoneda-Pérez, 1997, 1998 i 1999).

Quan un psicopedagog s'enfronta al procés de diagnòstic és perquè s'ha generat una demanda d'ajuda. Normalment, ens trobem davant d'alguna conducta que "molesta", que a criteri dels pares i/o professionals "necessita tractament". Ens trobem, doncs, en un primer esglaió important del procés: definir bé *quina és la demanda* i *qui la realitza*. La simptomatologia per a la que generalment es sol·licita l'ajuda psicopedagògica és diversa; el que sí voldríem remarcar és un aspecte que considerem cabdal en el Model que presentem: la *simptomatologia* no és sinònim de *problema*. És a dir, permeteu que ho expliquem amb un exemple; en Marc , un noi de 15 anys, presenta un fracàs escolar important i seriosos problemes de conducta i agressivitat tant envers els companys de classe com envers el professorat. Aquesta podria ser la demanda que fan els pares o els professors al psicopedagog. Fixem-nos, per això, que la descripció de la demanda es correspon a la definició dels "comportaments preocupants" d'en Marc. De cap manera, la lectura diagnòstica pot reduir-se a la descripció de les conductes ja que, com hem dit abans, la nostra tasca diagnòstica implica donar una "explicació" de la simptomatologia. Quan poguem concretar quin és el *problema* d'en Marc ens estarem referint a l'explicació diagnòstica que ens iniciarà en el procés de diagnòstic intervenció psicopedagògica. Per a nosaltres, el *problema* que fonamenta la *simptomatologia* pot esdevenir de dues vessants: el *funcionament cognitiu* o el *processament emocional* sense que siguin excloents. És a dir, en Marc, com qualsevol de nosaltres, té un *cervell que pensa*, que *processa la informació* d'una determinada manera i també té un *cervell que processa el com se sent emocionalment*.

Les recents investigacions en el camp de l'exploració funcional cerebral ens diuen que quan s'esdevé qualsevol comportament humà es posen en funcionament aquells circuits neurològics responsables d'allò que *sabem*, que hem après, i d'allò que *sentim* . De fet, cada experiència nostre és un *saber* i un *sentir*. Parlarem , per tant, de *processament cognitiu* i de *processament emocional*. *Saber* i *sentir* són els dos components de les *creences* que, a la vegada acaben constituint-se en *valors*. Hom pot pensar que aquests valors, creences en definitiva, determinen els comportaments. Aquesta és només una veritat a mitges; és a dir, no és ben bé així si tenim en compte el principi de definir els comportaments per les seves causes en llur origen. Les recerques que hem desenvolupat ens porten a defensar que el que realment determina el comportament és, en tot cas, el *sentir* de la *creença* – *valor* i, no pas, el seu contingut *cognitiu*. Posem un exemple: "Si he après – part cognitiva de la *creença* – que determinades paraules són malsonants i són titllades

de "grolleres", segurament evitaré pronunciar aquestes paraules. Però no les diré degut a que he après que "no es poden dir o que seré un mal educat"? . En realitat, la raó en l'origen és que les evitaré perquè el fet de dir-les *em fa sentir malament*". Per tant, la *causa original* és el *sentir* i no el *saber*.

Ens trobem, doncs, davant d'una explicació que tot i provenir del camp de la neurologia té una importància cabdal per a tots els professionals de l'educació. Moltes vegades tendim a atribuir una principi de causalitat que és erroni i ens porta a realitzar una "lectura diagnòstica" que no s'ajusta al que realment està passant. Per exemple, sovint, hem sentit l'afirmació següent: "...és un nen mogut, hiperquinètic, i *no aprèn perquè es belluga molt, no para atenció i no demostra interès*" Aquesta afirmació és veritat només en quant a descripció de les conductes que es donen concomitantment, però no ens aporta cap informació sobre quina és la causa o l'origen del problema d'aprenentatge del nen. De fet, el que passa quan realitzem aquesta afirmació és que tres comportaments que tenen lloc de manera simultània, es a dir, "*nen mogut*", "*no atenció*" i "*no interès*" ens condicionen a deduir que són aquests comportaments els que determinen una quarta conducta, la de *no aprendre*. Aquesta deducció, tot i que pot semblar lògica a primera vista, no és certa si hi apliquem un sentit de causalitat. La seqüència lògica causal podria ésser, primer de tot, que una dificultat de processar cognitivament la informació originés les dificultats d'aprenentatge i les conductes abans esmentades. O bé que un problema de tipus emocional bloquejés el seu procés d'aprenentatge i alhora provoqués els comportaments que hem descrit. Per tant, aquesta consideració diagnòstica prèvia és molt important de cares a l'eficàcia de la intervenció psicopedagògica puix que ha d'estar en relació directa a si el diagnòstic és etiològic o no. En altres paraules, és molt important diagnosticar la "*causa*" i no el "*síntoma*".

Un altre concepte que cal tenir molt clar es la diferència entre el *sentir conscient* i el *sentir subconscient*; és a dir, entre el *sentir-se malament conscientment* i *subconscientment*. El sentir conscient no requereix més explicació perquè es el sentir que tots hem experimentat en moltes ocasions. Ara bé, tot i que el concepte de "*sentir subconscient*", d'entrada pot sobtar i semblar il·lògic i paradoxal ja que per definició, estem afirmant que la persona *no s'adona* que experimenta un *sentiment*, cal tenir present que el *sentir subconscient* se *sent* com un *malestar* o *estat d'insatisfacció* o intranquil·litat del que *no ens adonem*, excepte que algú així ens ho faci veure. Ara bé, el que també és cert és que aquest *malestar* es *manifesta* en les *conductes* que *provoca*. Aquests comportaments són comportaments que, òbviament, podem observar i, *conscientment*, ens en adonem. Del que no som gens conscients és del *perquè* els posem en acció donat que el seu mecanisme de producció és inconscient. Per tant, podem parlar de *conductes disfressades, emmascarades* a la llum de la consciència, per a qui fa la conducta i per a les persones de l'entorn, observadores de la conducta. Són *emmascarades* degut a que el seu mecanisme de producció és automàtic i no són de cap manera producte d'un acte reflexiu. La raó d' ésser d'aquestes conductes és el seu caràcter *defensiu i de protecció*. És a dir, el cervell quan processa el sentir-se malament, el que codifica és *perill* i davant d'un perill interpreta que cal respondre de la manera més eficaç, ràpida i precisa possible. Estem parlant d'un mecanisme de funcionament cerebral en el processament emocional que podríem titllar de *primitiu* però que funciona perfectament davant d'una situació de perill imminent. Aquest fet ha permès la evolució de la vida fins al moment present garantint la supervivència.

El fet de que les conductes emmascarades de protecció siguin automàtiques vol dir que no responen al control voluntari i, per tant, són conductes que ens veiem

obligats a *haver de fer*. De cap manera són comportaments que, realment, *volem fer* de manera lliure i voluntària.

Arribats a aquest punt, ens cal fer esment d'un altre concepte fonamental: el d'*identitat personal*. La podem definir com aquell estat de *seguretat* o *inseguretat* que té memoritzat el nostre cervell com a conseqüència de les experiències viscudes bàsicament al llarg de la infància i adolescència. Cal tenir present que parlem d'*inseguretat* com *inseguretat inconscient* el que es pràcticament sinònim de *sentir-se malament inconscientment*. Quan més creences negatives d'identitat hàgim après, més malestar inconscient i més necessitat tindrem de posar en marxa conductes enmascaradores o de protecció.

Totes les conductes emmascarades de protecció compleixen tres característiques: són *compensadores - conductes de renta-*, són *crides d'atenció* i també són *conductes provocatives*. Diem que són *compensadores* perquè la conducta proporciona una certa tranquil·litat, un *sentir-se millor*. Són *crides d'atenció* perquè són conductes que aconseguen que persones de l'entorn proper responguin i per tant, *donin atenció* a qui ha generat la conducta. Són *provocatives* perquè les situacions que generen són, en general, conflictives i preocupants. La crida d'atenció i la provocació tenen la seva raó de ser perquè el cervell que processa i codifica perill no sap interpretar el que està passant en termes cognitius i no sap fer altra cosa que provocar una resposta conductual que faci que algú doni atenció a l'ésser que està sentint una situació de perill. Aquesta és, precisament, la seva finalitat.

Les conductes emmascarades de protecció tenen, endemés, tres components. Un d'ells és el fisiològic; es manifesta en paràmetres com la freqüència respiratòria, l'estat de contracció muscular, la contracció del budell, etc. Un altre és el *llenguatge corporal* que fa referència, també, al llenguatge paraverbal. El llenguatge corporal és un *transmissor fidel* del sentir. El tercer component és el *llenguatge verbal*. El llenguatge verbal emmascarat és un llenguatge que no es diferencia en res del llenguatge no emmascarat en el que fa referència a la seva construcció i comunicació d'idees i pensaments. La diferència radica en que el llenguatge emmascarat té la particularitat de ser *incongruent, desproporcionat o exagerat* en les seves explicacions o justificacions i, sobre tot, es pot percebre una gran *incongruència* entre el *missatge verbal* i el *missatge corporal*.

Recordem l'exemple d'en Marc: "En Marc es comporta d'una manera que titllaríem d'indisciplinada. En Marc ha viscut experiències en la seva vida que han fet que *memoritzés inconscientment més inseguretat que seguretat*. La part del seu cervell que processa el *sentir* està molt sensible. El malestar que porta i no sap identificar, *li fa fer* conductes indisciplinades. D'aquesta manera treu el seu malestar i se sent millor trobant una compensació tot i que de manera imperfecta perquè fent aquesta conducta malgrat d'entrada tregui la ràbia, cridi l'atenció, etc., després encara se sent més malament ja que les conseqüències *no són mai positives*. En Marc s'adona de les conductes que porta a terme però no del *perquè* les fa. De fet, en Marc moltes vegades diu: "no ho puc controlar... no sé què hem passa...". Quan en Marc contesta malament, la seva manera de contestar, el seu llenguatge paraverbal denota *ràbia* produïda pel seu malestar interior. Respon lluitant com un animal ferit. Si volem fer-li veure que no té raó, que aquells comportaments no el porten enlloc, en Marc contesta argumentant aquelles raons que li justifiquen el seu comportament i pot dir, per exemple, que la professora *l'ha mirat* malament, que *sempre li toca el rebre* a ell, etc.. En cap moment s'adona espontàniament, sense una ajuda adequada, del fet que ell *se sent obligat a haver de fer* aquell comportament sense opció o alternativa".

Per tant, adonem-nos que estem evidenciant una qüestió bàsica i molt important: el *llenguatge verbal*, allò que diem i expressem en paraules, pot ser una conducta enmascaradora o de protecció que desenvolupem per justificar els nostres actes. És a dir, la informació verbal, en forma de explicacions, raons i justificacions d'una conducta, és sempre fiable? Les raons que ens donem per explicar-nos una conducta són les raons reals en l'origen? La realitat admesa per molts investigadors és que freqüentment ens auto-enganyem (Goleman,1997). Per exemple, en Lluís és un noi que és el "*millor de la classe*" quant a rendiment; es passa, fins i tot, tots els caps de setmana tancat a casa estudiant i treballant. Les seves qualificacions escolars són excel·lents. Quan li preguntem si vol realment aquesta vida ens contesta sense dubtar que sí. Podríem interpretar, doncs, que en Lluís fa allò que fa perquè així ho decideix lliurement i que és feliç. Però potser en Lluís actua d'aquesta manera perquè el seu *JO* és un "*jo no em sento capaç i valuós i estimat si no demostro en cada moment que jo soc el millor a la classe*" i, per exemple, un dia obté una puntuació de nou en un examen de matemàtiques mentre que un seu company obté un deu i en Lluís es passa molta estona plorant perquè *no va entendre un enunciat, va cometre una errada sense importància, etc.*, Justificacions verbals que amaguen que en Lluís se sent obligat a estudiar tant sense poder evitar-lo per compensar el seu propi malestar subconscient interior. Si aquest és el cas, la persona experimenta un malviure i suposa sempre una tensió interior indesitjable. Per tant, se'ns fa palesa, una vegada més, la necessitat de "*llegir l'explicació diagnòstica*" d'una manera molt acurada bo i tenint en compte *l'origen del comportament* que volem diagnosticar per a una posterior intervenció psicopedagògica.

Una darrera qüestió no menys important és conseqüència del que acabem d'argumentar. Quan ens adonem que en Lluís plora perquè ha obtingut un nou de la prova de matemàtiques ens podem sentir com impulsats a argumentar-li les raons positives del resultat amb la intenció de que "*s'adoni*" que *no cal sentir-se trist*. Però, cal que ens preguntem: La solució d'una conducta problemàtica pot abordar-se segons el principi de *fer veure o comprendre* les conseqüències de la conducta?. La solució està en que el/la protagonista de la conducta entengui que allò no té raó de ser?. L'èxit radica en fer operar el cervell pensant sense tenir present el cervell del sentir?. Estem ben convençuts que no; ens ho han demostrat els resultats de la nostra recerca. La **intervenció psicopedagògica consisteix en ajudar a que la persona canviï el signe dolorós de la identitat personal**. L'educador utilitzarà el llenguatge verbal i corporal per canviar el signe de la identitat personal com a objectiu principal (Roger, 1980s). Per això, la paraula i els actes de l'educador estaran orientats a aconseguir estratègicament (Milton Erickson, 1970s) *experiències d'autonomia* per part de la persona objecte d'intervenció.

Aconseguir aquest objectiu requereix incidir psicopedagògicament en la persona que presenta el problema, però, també, sobre el sistema familiar i, molt particularment, sobre els pares (Minuchin, 1974; Madanes, 1985).

Resumint, el model de diagnòstic i intervenció psicopedagògica que proposem es basa en diagnosticar les conductes amb l'objectiu d'entendre quin és la seva "*causalitat*". Si el símptoma que se'ns presenta té un component causal cognitiu o emocional, o ambdós components alhora, la intervenció que haurà de portar a terme el professional no serà mai la mateixa.

D'altra banda, entendre els *comportaments emmascarats* com a *defensa i protecció* davant del sentir-se malament inconscient, pot ajudar en gran mesura a determinar l'actuació de qualsevol professional de l'educació, tant del psicopedagog quan realitzi el diagnòstic com del professor que ha de respondre a una conducta agressiva dins de la seva aula. En el fons, es tracta d'entendre, de "*saber llegir*" el

que està passant i saber com hi respondrem. En definitiva, tot i que no és un procés fàcil, la clau està en *com ens comuniquem*. És en aquest sentit que creiem que les tècniques de comunicació indirecta són molt útils (Pérez i Timoneda, 1999).

Correspondència amb els autors: Carme Timoneda. E-mail: carme.timoneda@udg.es. Frederic Pérez. E-mail: fpereza@comg.es

Referències bibliogràfiques:

- Damasio A. (1994) *Descartes's error: Emotion, reason and the brain*. New York: Grosset&Putnam.
- Das JP, Kirby JR, Jarman RF. (1979) *Simultaneous and successive cognitive processes*. New York: Academic Press.
- Das JP, Naglieri JA, Kirby JR. (1994) *Assessment of cognitive processes. The PASS theory of intelligence*. Massachusetts: Allyn & Bacon / Simon & Schuster, Inc.
- Das JP, Kar R, Parrila RK. (1996) *Cognitive planning. The psychological basis of intelligent behavior*. London: Sage Publications Ltd; 1996.
- Das JP, Garrido MA, González M, Timoneda C, Pérez-Álvarez F. *Dislexia y dificultades de lectura*. Barcelona: Paidós, 2001.
- Goleman D. (1997) *El punto ciego. Psicología del autoengaño*. Barcelona: Plaza & Janés Editores SA.
- LeDoux JE, Sakaguchi A, Reis DJ. Subcortical efferent projections from the medial geniculate nucleus mediate emotional responses conditioned by acoustic stimuli. *J Neuroscience* 1984; 4: 683-698.
- LeDoux JE, Sakaguchi A, Iwata J, Reis DJ. Interruption of projections from the medial geniculate body to an archi-neostriatal field disrupts the classical conditioning of emotional responses to acoustic stimuli in the rat. *Neuroscience* 1986; 17: 615-627.
- LeDoux JE. Emotion. En: Plum F. Ed. *Handbook of Physiology. The Nervous System: Higher Functions of the Brain*. Bethesda: MD American Physiological Society; 1987. p. 419-460.
- LeDoux JE, Romanski LM, Xagoraris AE. Indelibility of subcortical emotional memories. *J Cognitive Neuroscience* 1989;1:238-243.
- LeDoux JE, Farb CF, Ruggiero DA. Topographic organization of neurons in the acoustic thalamus that project to the amygdala. *J Neuroscience* 1990; 10:1043-1054.
- Madanes C. (1985) Finding a humorous alternative. In: Zeig JK. Ed. *Ericksonian Psychotherapy. Vol. II: Clinical Applications*. New York: Brunner / Mazel, P. 24-43.
- Minuchin S. (1974) *Families and Family Therapy*. Harvard University Press: Cambridge, Mass.
- Naglieri JA, Das JP. (1997) *Das-Naglieri Cognitive Assessment System*. Chicago: Riverside Publishing.
- Pérez-Alvarez F, Timoneda Gallart C. (1995) Procesamiento cognitivo y epilepsia. *Rev Neurol*; 23 (Supl.3): S444
- Pérez-Alvarez F, Timoneda Gallart C. (1996) Trastornos paroxísticos no epilépticos. *Crisis psicógenas. Rev Neurol*; 24:1153.
- Pérez-Alvarez F, Timoneda C. (1996) Epilepsia y aprendizaje. *Rev Neurol* ; 24: 1128-9.
- Pérez-Alvarez F, Timoneda C. (1997) Distonía paroxística del sueño. *Rev Neurol*; 25: 1447.
- Pérez-Alvarez F, Timoneda Gallart C, Alabau J, Hernández J, Baus J, García MA. (1999) Neuropsicosomatismos: Un reto diagnóstico. *Rev Neurol*; 28 (Supl.): 207.
- Pérez-Alvarez F, Timoneda C. (1998) *Neuropsicopedagogia. ¿Es como parece?*. Barcelona: Editorial Textos Universitarios Sant Jordi.
- Pérez-Alvarez F, Timoneda C, Font X, Mayoral S. (1998) Inteligencia PASS y Síndrome de Williams. *Rev Neurol*; 28: (Supl): 201.
- Pérez-Alvarez F, Timoneda Gallart C. (1999) Paroxismos no neurológicos y neuropsicosomatismos. Procesamiento cerebral cognitivo y emocional. *Rev Neurol*; 29 (Supl.): 548.
- Pérez-Alvarez F, Timoneda C. (1999) Cognición, emoción y conducta. *Rev Neurol*; 29:26-33.
- Pérez-Alvarez F, Timoneda C. (1999) Fenotipos conductuales: Explicación cognitiva y emocional. *Rev Neurol*; 29:1153-1159.
- Pérez-Alvarez F, Timoneda Gallart C. (1999) El PASS y la disfasia, dislexia e hiperquinético. *Rev Neurol*; 28 (Supl.): 193.
- Pérez-Alvarez F, Timoneda Gallart C. (1999) El hiperquinético a la luz del PASS. *Rev Neurol*; 28: 472-475.
- Pérez-Alvarez F, Timoneda Gallart C. (1999) La disfasia y la dislexia a la luz del PASS. *Rev Neurol*; 28: 688-69.
- Pérez-Álvarez F, Timoneda Gallart C. (2000) Disfunción del procesamiento secuencial PASS en la dislexia. *Rev Neurol* 30:614-619. <http://www.revneurol.com/3007/i070614.pdf>.
- Pérez-Álvarez F, Timoneda C. (2000) *NeuroPsicoPedagogía. Cognición, Emoción y Conducta*. Girona: Ed. Unidiversitat.
- Pérez-Álvarez F, Timoneda Gallart C. (2001) *La disfunción cognitiva PASS en el defecto de atención*. *Rev Neurol* 2001; 32:30-7. <http://www.revneurol.com/3201/k010030.pdf>

- Pérez Alvarez F, Timoneda Gallart C. *Conductas emocionales como disfunción neurológica*. Revista Neurologia 2002; 35: 612-624. <http://www.revneurol.com/LinkOut/formMedLine.asp?Refer=2001110&Revista = Revneurol>
- Rogers C. Rogers, Kohut and Erickson (1987) : A personal perspective on some similarities and differences. In: Zeig J. Ed. The evolution of psychotherapy. New York: Brunner / Mazel, pp 179-87.
- Rogers C. (1994) El proceso de convertirse en persona. Barcelona, Paidós ,9ªed..
- Timoneda Gallart C, Pérez-Alvarez F. (1994) *Successive and simultaneous processing in preschool children*. Madrid: Book 23rd International Congress of Applied Psychology. pp 156.
- Timoneda Gallart C, Pérez-Alvarez F. (1994) *Processament de la informació en preescolars*. Girona: Llibre X Jornada Cloenda Curs Acadèmic 1993-1994 pp 31.
- Timoneda Gallart C, Pérez-Alvarez F. (1995) *Procesos cognitivos y epilepsia*. En: *La Educación: Reto del Tercer milenio*. Barcelona: Institució Familiar d'Educació; pp 209.
- Timoneda Gallart C, Pérez-Alvarez F. (1995) Procesamiento simultáneo y secuencial en preescolares. *Acta Pediatr Esp*; 53:503-508.
- Timoneda C, Pérez-Alvarez F. (1995) Valoración de la aptitud escolar con el K-ABC: Una nueva perspectiva. *Rev Esp Pediatr*; 51: 125-30.
- Timoneda C, Pérez-Alvarez F. (1995) Capacidad intelectual y el K-ABC. *Rev Esp Pediatr*; 51: 425-9.
- Timoneda Gallart C, Pérez-Alvarez F. (1995) El K-ABC en preescolares de nuestro país. *Revista Investigación Educativa*; nº 25: 35-44.
- Timoneda C, Pérez-Alvarez F. (1996) Las dificultades de lenguaje a la luz del K-ABC. *An Esp Pediatr*; 45: 471-4.
- Timoneda C, Pérez-Alvarez F. (1997) Neuropsicopedagogía. Aprender: ¿Qué y cómo?. 2ªed. Girona: Editorial Unidiversitat .
- Timoneda C, Pérez-Alvarez F, Casadevall R, Fabregas M. (1999) Un modelo educativo: El modelo Humanista – Estratégico. *Revista Investigación Educativa*; 17 (nº2).
- Watzlawick P.(1978) The language of change. New York: Basic Books.
- Watzlawick P. (1982) Erickson's contribution to the interactional view of psychotherapy. In: Zeig JK. Ed. Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy. New York: Brunner / Mazel, . P. 147-154.
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DT. (1983) Teoría de la comunicación humana. 3ª ed. Barcelona: Herder.
- Watzlawick P.(1985) Hypnotherapy without trance. In: Zeig JK. Ed. Ericksonian Psychotherapy. Vol. I. Structures. New York: Brunner / Mazel. P. 210-233.
- Watzlawick P. (1994) Cambio. Barcelona: Herder.
- Watzlawick P. (1995) El arte de amargarse la vida. Barcelona. Herder.
- Zeig J. (1985) Experiencing Erickson. An introduction to the man and his work. New York: Brunner/Mazel.
- Zeig J. (1987) The evolution of psychotherapy. New York: Brunner / Mazel.