

AUTISME I PSICOSOMÀTICA EN EL BEBÈ¹

– Juan Larbán –

**Psiquiatra i Psicoterapeuta d'Infants,
Adolescents i Adults.**
juan.larban@gmail.com
Eivissa



INTRODUCCIÓ

Segons Ajuriaguerra, podem definir la malaltia o trastorn psicossomàtic com “una desorganització somàtica transitòria o permanent amb un determinant psicològic, de caràcter actual o regressiu que mostra organitzacions psicològiques i biològiques precoces”. Veiem, per tant, un cop més, en considerar el caràcter regressiu del trastorn psicossomàtic, la importància de les relacions precoces del bebè amb el seu entorn cuidador. Recordem que el cos del bebè ocupa un lloc totalment central en el primerenc desenvolupament del seu psiquisme en el sentit de que, com diu Golse (2004), “el cos és la via règia d'accés als processos de subjectivització, de simbolització, de semantització i de semiotització en l'espècie humana”.

VULNERABILITAT SOMÀTICA

La noció de “vulnerabilitat somàtica” pot substituir a la de “psicossomàtica”. El concepte de vulnerabilitat és clarament diferenciable del de malaltia: no tots els subjectes vulnerables emmalalteixen ni tots els subjectes malalts són vulnerables. Per aquest motiu, qualsevol malaltia pot ser “psicossomàtica” o no ser-ho, depenent de les característiques del funcionament psíquic del subjecte. La vulnerabilitat és un potencial i com a tal es diferencia de la clàssica noció de disposició determinista

o que fa referència a una sort de tendència definida, essent en realitat més una probabilitat que pot canviar de signe en determinades circumstàncies associades a nous vincles intersubjectius i/o nous ambients facilitadors del desenvolupament.

EVOLUCIÓ I DESENVOLUPAMENT DE L'INFANT

Algunes consideracions sobre el fet de que, en la balança interactiva que decideix cap a quin costat s'inclinarà l'evolució i el desenvolupament de l'infant, intervenen diferents factors.

Respecte al bebè:

D'una banda, hi són les situacions de risc i la vulnerabilitat del bebè. De l'altra, es troben les competències del bebè i el seu extraordinari potencial de desenvolupament, així com la resiliència o resistència i recuperació de l'infant davant de les adversitats que la vida li depara, obstaculitzant el seu desenvolupament normal.

Respecte a l'entorn cuidador:

En la balança interactiva pesen, d'una banda, les situacions de vulnerabilitat i risc, tant aquelles que venen de l'exterior, com la pèrdua d'un ésser estimat o d'altres circumstàncies que dificulten la identificació i comunicació empàtica perdurable entre els pares i amb el bebè, com les que venen de la seva personalitat, del seu món intern, com ara la fragilitat narcisista, situació anímica, grau d'acceptació de si mateix i del bebè, com també el grau d'aïllament familiar del seu entorn, el grau i la força del vincle d'aferrament existent en la família i entre el bebè i els seus pares, etc.

D'altra banda, en aquesta balança, també influeixen el potencial de canvi, la capacitat d'empatia, de reconèixer els seus límits, de demanar i acceptar ajuda i suports externs, alhora que la capacitat

d'assumir la seva responsabilitat en la situació i d'exercir una funció reparadora, el grau de suport social amb el que compten els pares, el grau de satisfacció amb la relació de parella i qualitat del suport que s'ofereixen mútuament, etc. Tots aquests són factors que poden millorar el pronòstic evolutiu i augmentar el grau i capacitat de resiliència o de resistència del bebè, dels propis pares, de la família i de l'entorn cuidador davant de les adversitats de la vida (Larbán, 2014, 2016).

BEBÈ I ENTORN CUIDADOR

L'ésser humà neix amb quatre necessitats bio-psicològiques bàsiques per a la seva supervivència i desenvolupament que estarien al mateix nivell que la sexualitat. La satisfacció adequada d'aquestes necessitats per part de l'entorn cuidador permet a l'infant el desenvolupament de les capacitats corresponents que li permeten l'accés a la constitució del seu psiquisme primerenc i al seu esdevenir com a subjecte.

Stern situa la intersubjectivitat com a sistema motivacional al mateix nivell que l'aferrament i la sexualitat, jugant un paper important per a la supervivència de l'espècie, atès que si no fos d'aquesta manera no seria un sistema motivacional.

Per a la supervivència de l'espècie humana no només cal el sistema motivacional de la sexualitat per a la reproducció i perpetuació de l'espècie sinó que també és necessari l'aferrament. Sense vincles d'aferrament entre els membres d'un grup, família, tribu, etc. no hi ha pertinença ni seguretat que uneixi al grup davant les amenaces ambientals (Bowlby, 1969). D'altra banda, la cohesió i la pertinença grupal en un sentit identificatiu no es poden concebre sense la intersubjectivitat que és el que permet les identificacions recíproques que

¹ Traducció realitzada de l'original en castellà per l'Equip *eipea*.

permeten al grup viure i conviure. Per a que hi hagi cooperació entre els membres d'un grup, uns i altres han de poder saber què és el que passa a la ment de l'altre en un moment determinat. D'altra banda, sense consciència moral, sense la vergonya, la culpabilitat, etc. no seria possible la supervivència humana. Per poder tenir emocions "morals" cal tenir intersubjectivitat perquè cal ser capaç de veure's amb els ulls de l'altre. No es pot mantenir la identitat d'un mateix sense la interacció amb l'altre. Sense l'altre, el si mateix no es forma i, si ja està constituït, s'aliena, es dilueix o es fragmenta.

El funcionament autista de l'infant tindria relació amb dificultats importants en la integració de la sensorialitat, element fonamental per a una adient percepció de la realitat, tant interna com externa, així com dels estats emocionals de l'altre percebuts com a ésser separat-diferenciat, que tenen com a conseqüència les falles bàsiques i invasives en la constitució de l'ésser humà com a subjecte (amb subjectivitat) i, per tant, en la vivència d'intersubjectivitat (experiència subjectiva compartida amb l'altre).

Aquestes quatre necessitats bio-psicològiques bàsiques del bebè serien:

1. Necessitat d'una vinculació adequada amb el seu entorn cuidador per assegurar el seu desenvolupament

Dins d'aquesta necessitat de vinculació té una especial importància per al bebè la necessitat de sentir-se en un procés de vinculació anomenat segur (Bowlby, 1998) amb la persona significativa que en té cura i amb la que s'estableix i desenvolupa una interacció de dependència, de pertinença, seguretat i confiança mútues, mitjançant la qual el bebè va regulant progressivament la por i la curiositat (Stern, 2005).

L'aferrament segur incrementa la resiliència en l'infant.

La figura d'aferrament segur, més que designar la necessitat d'un vincle amb el cuidador, representa per al bebè la seguretat bàsica essencial per poder explorar i, per tant, per aprendre. L'absència de la vinculació d'aferrament segur pot inhibir el desig i la capacitat exploratòria del bebè i, en conseqüència, la d'aprendre (Fonagy, 2004). Perquè el vincle d'aferrament sigui percebut com a segur pel

bebè, cal que la disponibilitat i sensibilitat del cuidador permeti desenvolupar en l'infant un estat emocional basat en la sensació de seguretat. Aquest sentiment de seguretat és un element necessari per l'adequat desenvolupament de les capacitats cognitives i socials que es basen en l'exploració, permetent a l'infant evolucionar cap a una major autonomia.

2. Necessitat d'un espai de desvinculació i per abstraure's, de replegament sobre ell mateix, amb la retirada relacional parcial i transitòria corresponent

Necessitat psico-biològica d'un espai-temps "de soledat" mitjançant el qual el bebè va assolint l'autoregulació psicossomàtica, la regulació de la interacció, la integració cos-psi i la integració dels estímuls tant interns com externs. El bebè ho aconsegueix quan s'abstrau en el moment de prendre el pit o el biberó i, també, quan tanca els ulls després d'una interacció emocionalment intensa amb qui el cuida. El bebè utilitza el parpelleig o la mirada perifèrica com una forma de tallar o segmentar el flux d'estímuls per així regular-los i integrar-los millor (Golse, 2014).

Si observem l'actitud d'abstraure's del bebè després d'un intercanvi emocional intens amb l'adult cuidador, constatarem com el seu pols deixa de bategar acceleradament i el seu ritme respiratori es fa més pausat (autoregulació psicossomàtica). Després d'aquest moment de replegament parcial i transitori, el bebè amb desenvolupament normal està disposat a continuar la interacció que, fins i tot, reclama. La mateixa cosa ens passa als adults, també necessitem d'aquest moment per abstraure'ns per no trobar-nos desbordats per un excés d'estímuls (interns i externs) que necessiten ser processats per poder ser assimilats. Aquest espai que permet abstraure's o de soledat seria la base del concepte de winnicottiana anomenat "capacitat creativa d'estar a soles amb si mateix".

Aquests moments en què el bebè s'abstrau amb desvinculació transitòria de la interacció amb l'altre, però en presència de l'altre, són fonamentals per tal que el bebè vagi assolint la necessària integració sensorial (transmodal) dels estímuls que li arriben des de diferents canals sensorials per fer-se una imatge

mental global (base de l'experiència que deixa una empremta corporal, neuronal i psíquica, fonamental en el desenvolupament de la capacitat d'aprenentatge) de la realitat percebuda. Per això, tan importants són les paraules i carícies tranquil·litzadores de la persona que realitza la funció materna davant d'un soroll inesperat que espanta al bebè -perquè pugui integrar el soroll percebut pel canal sensorial auditiu amb el to de les paraules del cuidador, amb la seva mirada (canal sensorial visual) i amb les carícies (canal sensorial tàtil), en un context no amenaçador i tranquil·litzador-, com ho és el permetre-li que mitjançant el fet d'abstraure's pugui desenvolupar la percepció interoceptiva (visceral, fonamental per l'autoregulació psicossomàtica i la integració ment-cos), així com interioritzar i integrar l'experiència viscuda com quelcom interactiu-emocional, no amenaçador i tranquil·litzador, en un context percebut com no hostil.

D'aquesta manera, el bebè va entenent de què va el que està passant i vivint, no només en relació a l'exterior i/o interior sinó també i fonamentalment en la seva interacció, primer emocional i després cognitiva, amb l'altre, captant el seu sentit (abans d'entendre el seu significat) i situant-lo en el seu context. Veiem que aquests moments en què s'abstrau tenen com a objectiu evitar el desbordament sensorial i facilitar la integració sensorial, el que Meltzer anomena mantellament sensorial (terme evolutiu contraposat al de desmantellament sensorial, de caràcter anti-evolutiu -consistent en la desintegració o anti-integració sensorial com a defensa activa del bebè davant d'una experiència repetitiva i duradora, no reparada, desagradable i no integrable sense l'ajuda de l'altre, centrant la seva atenció en la recepció de l'estímul percebut mitjançant un únic canal sensorial i dissociant-lo de la resta, per evitar la integració emocional amb l'altre) tant si els estímuls percebuts són viscuts com agradables o com desagradables pel bebè.

Perquè se li faciliti al bebè aquesta integració sensorial cal que l'adult cuidador sigui capaç de despertar i estimular la capacitat d'atenció del bebè -condició necessària perquè pugui percebre i rebre,

interioritzant-los, els estímuls que se li aporten en la interacció-, col·locant-lo en la posició adequada (facilitant el desenvolupament de la percepció i integració de la sensorialitat propioceptiva, base de la constitució de l'esquema corporal, de la percepció del seu cos en l'espai i en relació amb altres objectes o persones) i de manera que el bebè pugui veure l'expressió del rostre de qui li parla (durant les primeres setmanes de vida, és necessària una distància d'uns trenta centímetres de rostre a rostre o de boca a orella). Cal també que la comunicació de l'adult cuidador amb el bebè sigui molt expressiva (el bebè està més atent al que es belluga que al que resta estàtic i, per això, la seva atenció en el rostre humà es centra de forma preferent en el triangle format pels ulls i la boca) i amb un "llenguatge bebè" (necessari durant el primer semestre de vida atès que aquest tipus de llenguatge està adaptat a la seva capacitat d'atenció i percepció, centrada en aquesta etapa del seu desenvolupament en la interacció diàdica emocional amb el seu cuidador) que respecti les bases de la comunicació no verbal, és a dir, el ritme (musicalitat del llenguatge), la prosòdia (accent, tons i entonacions), l'alternança (ara un i després l'altre), la reciprocitat (compartir alguna cosa) i, a més a més, que el seu ritme interactiu (vinculació-desvinculació) sigui compatible amb el del bebè.

Dificultats d'integració sensorial poden manifestar-se en nois grans i en adults -que no s'han curat del tot del seu funcionament autista, però que han fet una bona evolució- en moments d'una interacció emocional intensa o d'una abraçada afectuosa o sexual amb l'altre.

"Des de sempre recordo que he odiat que m'abracessin. Tot i que desitjava experimentar aquella agradable sensació, m'aclaparava massa. Era com si em cobrés una gran onada d'estimulació i reaccionava com un animal salvatge. Tant aviat algú em tocava, necessitava fugir, se'm fonien els ploms. Sentia una sobrecàrrega i havia d'escapar, sovint amb brusquetat" (Grandin, 2006).

Aquest text entre cometes forma part del llibre "Pensar en imatges", de l'autora Temple Grandin, una persona afectada de la síndrome d'Asperger que és profes-



sora d'universitat als Estats Units, que ha triomfat en la seva professió com a investigadora en ciència animal i dissenyadora d'escorxadors per a animals, a més de ser un referent mundial en matèria d'autisme gràcies a la publicació del seu llibre autobiogràfic, que ja ha arribat a la seva segona edició en llengua castellana.

"La necessitat d'estar sol té fonaments psicològics i biològics i és vital per a l'ésser humà. Si la necessitat d'un espai de soledat i d'un lloc de pau no existís, el bebè, que té tant poca memòria de l'altre, no tindria cap mitjà per tranquil·litzar-se, fos en el son o despert. Tindria tota l'estona la impressió d'impotència i estaria constantment reclamant al cuidador. En comptes d'això, la natura ens ha fet capaços alhora de teixir vincles socials i d'estar sols. L'ampli temps de son sense interrupció que necessiten els bebès, i que queda com a necessari al llarg de tota la vida, constitueix una protecció natural de la necessitat de soledat. Fins i tot en moments de vigília, la necessitat de desvinculació del bebè és evident" (Buchholz i Helbraum, 2000).

La interacció que no facilita, no permet, l'accés del bebè a la capacitat d'abstracte's -amb la importància que aquesta té per a regular el flux d'estímuls i integrar-los, a més d'aconseguir a través d'ella l'equilibri psicossomàtic i la unió ment-cos- seria un factor de risc específic de possible evolució cap a un funcionament autista, risc compartit amb l'evolució cap a manifestacions psicossomàtiques precoces del bebè. Aquesta capacitat d'abstracte's del bebè permet, a més de l'autoregulació, la regulació de la interacció amb l'altre.

Veiem que la necessitat d'abstracte's, d'un espai-temps de soledat, de retirada parcial i transitòria de la interacció amb

l'altre, és tan important en l'ésser humà com la d'una vinculació adequada amb l'altre. La capacitat de somieig, d'abstracte's, d'elaboració i d'integració, protegeix al noi i a l'adult del desplaçament cap al cos de les situacions de tensió i conflicte, així com dels trastorns psicossomàtics que també es desenvolupen per manca d'aquesta capacitat d'autoregulació psicossomàtica (vulnerabilitat).

La constitució d'una matriu, d'un continent psíquic que suposa pel bebè la presència d'aquest temps-espai de soledat i la seva utilització creativa, és un procés necessari per aconseguir l'autoregulació psicossomàtica i la integració d'allò psíquic amb allò corporal. És, també, un espai necessari per la integració dels estímuls sensorials que rep i percep, mitjançant canals sensorials diferents, tant del seu cos i món intern com de l'exterior. Aquest espai-temps d'abstracte's, de soledat, és pel bebè un element important per aconseguir la constitució d'un continent corporal i psíquic (psicossomàtic). En ell tenen cabuda progressivament les sensacions, les emocions i consecutius pensaments que les acompanyen, el context en què són viscudes, les actituds i la seva intencionalitat, l'empremta de les experiències viscudes i compartides, així com les representacions dels objectes i la seva relació amb ells i en el seu context; tot això és fonamental per la creació i adequat desenvolupament del seu psiquisme primerenc (Larbán, 2010).

Segons els mecanismes de defensa emprats pel bebè, podem assistir des de les primeres setmanes de la seva vida al naixement d'un procés evolutiu en el que poden anar sorgint els trastorns de caràcter psicossomàtic, procés somatitzant, i/o els trastorns de caràcter autístic, procés autistitzant (Palau, 2010).

3. Necessitat d'intersubjectivitat

El factor de risc més específic d'una possible evolució cap a un funcionament defensiu-autístic seria la interacció que no facilita o no li permet al bebè l'accés a la intersubjectivitat, que podríem definir com la capacitat de compartir l'experiència viscuda amb l'altre, tant en el pla intencional o motivacional, com en l'emocional i cognitiu, a més de fer-ho també amb el moviment i la sensació

de moviment (Stern, 1991). La intersubjectivitat regula la intimitat interpersonal (entre persones). L'empatia o, més concretament, la comprensió de l'altre i la comunicació amb l'altre serien tant l'origen com la conseqüència de l'accés humà a la intersubjectivitat, és a dir, a la comunicació intersubjectiva, així com a la pròpia subjectivitat.

La intersubjectivitat pot ser considerada com un sistema motivacional com ho és el vincle d'aferrament. Té fonaments psico-biològics (neurons mirall, oscil·ladors adaptatius), mentre que la psicologia del desenvolupament posa de relleu els fonaments psicològics.

El grau d'empatia que té i desenvolupa un subjecte determinat no és constant i depèn, a més, de la personalitat i història del subjecte. La persona sana té en major o menor grau aquesta capacitat d'empatia.

Dèficits d'empatia, sobretot emocional més que cognitiva, així com d'intersubjectivitat es donen també en altres trastorns psiquiàtrics de base narcisista com succeeix amb les personalitats psicopàtiques, les personalitats límit o frontereres i les psicopàtiques o caracterials, també anomenades dissocials o antisocials.

La intersubjectivitat i, com a conseqüència d'ella, l'empatia, s'activen i desactiven en funció de la intencionalitat d'un mateix i de l'altre, així com de la investidura de l'objecte d'atenció i del context. La desactivació de la intersubjectivitat, que avui dia se sap que té també una base neuronal, serveix per posar límits a l'empatia evitant així veure's desbordat, inundat, per l'altre i confós amb ell.

La psicoteràpia és, en gran part, un mecanisme de regulació del camp intersubjectiu entre pacient i psicoterapeuta (Stern, 2005).

Les interaccions entorn cuidador-bebè, facilitadores de l'accés a la intersubjectivitat i potenciadores del seu desenvolupament en el bebè, augmentaran la seva resiliència i l'allunyan d'una situació de risc evolutiu cap a un possible funcionament autista. La manca d'accés a la intersubjectivitat fa que els infants amb funcionament autista no puguin prestar atenció al que passa en la ment de l'altre

i actuen com si imaginessin que l'altre no pogués tenir la mateixa experiència que ell i, per aquest motiu, el tracten com un objecte físic.

De la mateixa manera, les interaccions entorn cuidador-bebè que dificulten el procés de relació intersubjectiva, sigui per dificultats que tenen a veure amb l'actitud, amb l'expressió, amb la comunicació de sensacions i emocions i la seva intencionalitat o per la incapacitat d'establir una comunicació empàtica adequada amb el bebè (ni per excés, ni per defecte), poden afavorir, augmentar i potenciar els factors i situacions de risc en relació a la possibilitat del desenvolupament d'un procés defensiu-autístic en l'infant.

El desenvolupament de la capacitat d'intersubjectivitat està en la base de l'aprenentatge humà, de l'accés al simbolisme i del llenguatge verbal; depèn de la capacitat d'identificació empàtica del cuidador amb el seu bebè, de posar-se en el seu lloc, "com si" estigués en el seu interior, però de forma parcial i transitòria per no confondre's amb ell. Procés interactiu que, alhora, facilita el desenvolupament progressiu d'aquesta capacitat en el bebè, facilitant-li la relació intersubjectiva amb l'altre i, entre altres progressos del bebè, l'aparició del somriure intencional o social que avui se sap que apareix en el bebè que es desenvolupa normalment a partir de les quatre setmanes de vida i no dels tres mesos, com es pensava abans.

En la mesura en què el cuidador de referència és capaç de posar-se en el lloc del bebè, d'identificar-se amb ell de forma parcial i transitòria, sense confondre's amb ell, li permet al bebè no només sentir-se entès en les seves necessitats, sinó també sentir-se reconegut en les seves peculiaritats com a subjecte. Es podria dir que aquesta experiència compartida de "viure virtualment" el que viu l'altre està en la base de l'empatia.

Podríem dir que l'empatia és la capacitat d'una persona per vivenciar la forma en què sent una altra persona i compartir els seus sentiments "com si" fossin propis. El "com si" que hem posat entre cometes és el que fa que no ens confonem amb l'altre. L'empatia o comunicació em-

pàtica ja es pot mesurar mitjançant tècniques de neuroimatge i d'espectrometria, permetent veure l'impacte de les emocions en el cervell i com les emocions expressades per un individu en interacció amb un altre afecten a qui escolta.

Per la construcció de la imatge de si mateix amb la corresponent integració del seu esquema corporal, procés necessari per constituir-se com a subjecte, el bebè necessita veure's i reconèixer-se a través de l'actitud i de la mirada empàtica de l'altre que el cuida sense confondre's permanentment amb ell i, posteriorment, de forma progressiva, també davant del mirall (6-18 mesos). Entendrem l'obstacle important que suposa per al desenvolupament d'aquesta funció en el nen, bàsica també per aconseguir accedir a l'experiència subjectiva compartida, l'evitació de la comunicació i, sobretot, l'evitació i rebuig de la mirada en la interacció amb l'altre.

DESENVOLUPAMENT DE LA INTERSUBJECTIVITAT

El bebè és capaç, des dels trenta minuts de vida, d'un gest d'imitació -que no és reflex-, com seria la protrusió de la llengua en la interacció amb l'altre (Meltzoff i Moore, 1977). En les primeres setmanes de vida és capaç d'imitar moviments del rostre i sons. Des dels primers moments de la seva vida, el bebè pot reaccionar davant dels moments de desplaer, dolor i patiment amb conductes de descàrrega emocional (crits, plor), però també amb actituds i conductes d'evitació, d'oposició i de rebuig. Seria, per ell, la seva manera de dir "no".

A partir de les 4-6 setmanes, pot començar a interactuar amb l'altre amb intencionalitat -que no és mera imitació- i dins dels inicis d'una relació intersubjectiva mitjançant el somriure intencional o social. Des dels dos mesos, és capaç de sincronitzar-se amb els moviments i postures de la mare. Se suposa amb això que va desenvolupant la capacitat de sentir on és l'altre, la seva posició en l'espai, així com intuir en quina direcció va orientat el moviment de l'altre. Passa el mateix amb la sincronització amb les primeres vocalitzacions, ja que requereix per part del bebè cert grau de capacitat

d'anticipació intuïnt el que farà l'altre i quan ho farà.

Des del seu naixement, el bebè és capaç de discriminar el contacte físic i verbal amb la seva mare del contacte i relació amb altres persones del seu entorn, inclosa la relació amb el pare. Aquesta capacitat de discriminació i diferenciació progressiva va associada amb el desenvolupament de la vinculació d'aferrament i la capacitat d'abstraure's, així com del grau de resiliència en el bebè.

Cap als 5-6 mesos, es fa cada cop més manifest el grau d'aferrament segur que té el bebè amb el seu cuidador principal i de referència, mostrant inquietud i inseguretat quan se'l separa d'ell. Cap als 7-9 mesos, ja es manifesta, quan tot va bé, l'anomenada reacció a l'estrany, que és la reacció angoixada de temor davant de l'estrany que vol agafar-lo en braços; reacció del bebè davant de la pèrdua de l'objecte de la seva seguretat i cura en separar-se d'ell.

Cap als set mesos, el bebè comença a fer assenyalaments. L'assenyalament no significa només que el bebè vulgui l'objecte que assenjala. Expressa també el desig de compartir el que veu amb la mare; és aquest el motiu pel qual la mira quan assenjala un objecte (assenyalament protodeclaratiu). L'infant amb risc de funcionament autista pot fer assenyalaments per cridar l'atenció de l'adult cuidador indicant el que vol o necessita, però li és més difícil fer-ho per compartir el que veu amb l'altre. Aquest pas evolutiu d'un tipus d'assenyalament a un altre marca sovint el pas de la intersubjectivitat primària (diàdica i dialògica) a la intersubjectivitat secundària (triàdica i amb triangulació emocional amb l'altre i amb allò altre que no sóc jo ni som nosaltres). És un indicador molt important del progrés de l'infant amb risc de funcionament autista i de la seva evolució cap a un desenvolupament normal.

La persona que exerceix la funció materna també comparteix amb el bebè les experiències emocionals internes. Quan el bebè cau, per exemple, reaccionarà, si no s'ha fet mal, amb riure o plor: la seva reacció emocional estarà expressada en funció de la reacció emocional de la mare que ell capta en mirar-la. El

bebè mira a la cara de la mare per saber el que ella pensa de la situació i quin és el seu estat afectiu per regular el seu de propi. Cap als nou mesos, les intencions de l'altre prenen gran importància pel bebè. Detectar les intencions dels altres és una de les nostres importants tasques quotidianes en les nostres relacions familiars i socials. Al mateix temps, i en mirall, també detectem les nostres pròpies intencions.

A l'any de vida, s'ha demostrat mitjançant una experiència consistent en la introducció d'un objecte en un got (Meltzoff, 1995; Rochat, 1999)- la capacitat que té el bebè per detectar les intencions de l'altre i no només la d'imitar els moviments de l'altre. L'observador pren un objecte i, en lloc de ficar-lo dins del got, el deixa caure just al costat. Torna a fer-ho i "falla" un cop més en la introducció de l'objecte en el got. L'infant, que no havia vist mai ficar l'objecte dins del got, surt i torna a l'endemà. Se li dona l'objecte i el got i fica l'objecte dins del got. L'infant no havia vist mai abans aquest acte, però ha tingut la intuïció de la intenció de l'altre i era aquest element el que era primordial per ell. Ha captat la intenció de l'altre i és això el que ha privilegiat com a elecció i el que ha repetit en lloc de l'acte de deixar caure l'objecte. En una experiència semblant, l'experimentador no aconsegueix aixecar un pes i a l'endemà l'infant realitza l'acte que l'experimentador no havia aconseguit fer. Els investigadors han introduït en l'experiment un element de control, un robot en comptes de l'experimentador. L'infant havia imitat la intenció i no l'acte de l'experimentador, cosa que no fa amb el robot atès que, per ell, un robot no té intencions.

Entre els dos i els quatre anys, l'infant realitza jocs de trampes, enganys, etc. amb els seus iguals, que suposen el desenvolupament en l'infant de la capacitat de saber el que l'altre pensarà i anticipar així el resultat de la seva trampa o mentida. Veiem, doncs, que la intersubjectivitat suposa la capacitat d'estimar, avaluar i anticipar l'experiència i resposta de l'altre. A més, els infants de tres a quatre anys ja parlen entre ells dels seus estats interns.

INTERSUBJECTIVITAT PRIMÀRIA I SECUNDÀRIA

El concepte d' "intersubjectivitat" (Trevarthen, 1982) implica un procés en el que l'activitat mental, incloent la consciència, motivació i intencions, cognició i emoció, és transferida entre ments. Es manifesta com la capacitat de ressonància amb sentiments, consciència i propòsits intel·ligents en la interacció amb els altres. És transmesa, especialment, per la cara, cordes vocals i les mans, adaptades per transmetre de forma immediata informació visual, auditiva o tàctil sobre propòsits, interessos, emocions i simbolismes actius en les ments dels subjectes. En ella reposa l'aprenentatge cultural, la creació de la "realitat social", de les creences, els llenguatges, els rituals, les tecnologies. L'educació està arrelada en la intersubjectivitat preverbal i gestual. El diàleg humà, en el sentit lingüístic, també descansa en ella.

Troballes recents basades en la neuro-bio-psicologia de l'aferrament, la regulació afectiva del nen i la psicoanàlisi convergeixen en la influència de l'exterior sobre l'estructuració psicològica del subjecte i la importància de mancances en el mateix durant la infantesa. El món psíquic del nen evoluciona des d'un món dominat per la interacció a un món dominat per la intersubjectivitat primària (relació diàdica), en el primer semestre, i cap a la intersubjectivitat secundària (relació triàdica), des del segon semestre. El cuidador de referència per al bebè, ho repetim un cop més, constitueix un suport bàsic del sentiment de seguretat, imprescindible per a un bon aferrament, en la mesura que va reconeixent l'estat de l'infant i les seves necessitats evolutives.

En l'estat inicial de la seva vida i desenvolupament, el bebè no pot reconèixer els seus estats emocionals i aprèn observant les manifestacions d'afecte de la "mare", associades a situacions i a conductes viscudes en la interacció amb ella.

En l'evolució de l'infant sa, en el primer semestre de vida i en la interacció amb l'altre, les interaccions que predominen són les dialògiques, contingents i sincròniques que van deixant cada cop més espais a interaccions recíproques (segon semestre) on hi ha algú que dona

juntament amb algú que rep. En l'etapa evolutiva de 6-12 mesos, l'infant sa disminueix considerablement la seva necessitat de replegament i d'abstraure's per vincular-se amb iniciativa pròpia i de forma cada cop més activa i intensa amb el seu entorn format per objectes i per persones. L'infant amb risc de funcionament autista, contràriament, accentua i augmenta les seves conductes de rebuig i evitació del vincle (relació i comunicació) amb el seu entorn cuidador i, en especial, amb les persones més que amb els objectes.

La "intersubjectivitat primària" s'activa molt aviat després del naixement, desenvolupant-se durant el primer semestre de vida i instaurant-se el joc "protoconversacional" entre el bebè i el seu cuidador (Bateson, 1979). Aquest darrer terme comprèn tant la subtil cerca de resposta de l'infant com l'acceptació per part dels progenitors o cuidadors de que el bebè està tractant d'expressar algun tipus de missatge. Els primitius mecanismes d'aprenentatge subjacents són, en el primer semestre, els de detecció de relacions de contingència. La mare, mitjançant una identificació empàtica (parcial i transitòria) amb l'estat emocional del seu bebè, produeix un reflex extern del mateix, contingent (depenent, relacionat) amb el seu estat emocional.

A diferència del reflex provinent d'un mirall, el reflex parental no és perfectament contingent amb els trets visuals o amb la conducta del bebè.

L'adult imprimeix, marca, en reflectir l'estat afectiu del bebè, un element que no estava en l'estat afectiu d'aquest.

Degut al "marcatge", el bebè no atribueix a l'adult l'emoció percebuda ("desacoblament referencial"). El reflex parental així modificat és modulador de l'afecte en el bebè, qui utilitza aquesta informació per categoritzar estímuls com pertanyents o no al si mateix. Mitjançant una experiència especular sana, el bebè percep que la representació de l'expressió emocional que observa en l'altre pertany al seu cuidador i, alhora, es correspon amb el seu propi estat afectiu. Aquest sistema produiria una internalització de la funció reguladora de l'afecte de la mare (Bernardi i Goldstein, 2007).



Posteriorment (des del segon semestre de vida), es desenvolupa una "intersubjectivitat secundària" tendent a desenvolupar una capacitat de compartir propòsits d'acció amb l'altre, desenvolupant una verbalitzable "Teoria de la Ment". El llenguatge i altres convencions simbòliques, des d'aquesta perspectiva, enriqueixen la intersubjectivitat, generant il·limitadament significacions i estratègies de pensament, però sense constituir les bases del coneixement en allò interpersonal (Trevarthen, 1998).

Abans de finalitzar el primer any de vida del bebè, hi ha un desenvolupament important d'interessos conjunts entre la mare i el seu fill en relació amb el seu entorn. Aquest desenvolupament de l'atenció compartida mare-bebè cap a objectes externs representa una pedra angular en el desenvolupament de l'activitat mental de l'infant i és, segons Trevarthen, una de les expressions més importants de la intersubjectivitat secundària, o conscienciació persona-persona-objecte, i això té conseqüències significatives sobre com

els adults es comporten i parlen a l'infant (Trevarthen i Hubley, 1978; Hubley i Trevarthen, 1979).

Aquest procés d'atenció compartida pot fer-se cap als objectes mitjançant una triangulació relacional entre el bebè, el seu cuidador i l'objecte d'una atenció compartida entre els dos. El procés evolutiu que fa possible la triangulació relacional i introdueix la tridimensionalitat espacial suposa, per al bebè, un important recorregut en el procés de separació-diferenciació. El bebè passa de la consciència de si mateix i de l'altre, present en l'infant sa cap als sis mesos, a la consciència de si mateix amb l'altre, durant el segon semestre de vida.

L'accés a la intersubjectivitat secundària (relació triàdica) té conseqüències significatives sobre com els adults es comporten amb l'infant i sobre com li parlen. El llenguatge verbal de l'adult és molt diferent quan s'adreça a un lactant que no parla i es troba encara dins d'un procés d'intersubjectivitat primària (relació diàdica).

La utilització durant el primer semestre de l'anomenat "llenguatge-bebè" per part de l'adult en la interacció amb el lactant que no parla, ateses les característiques descrites anteriorment, permeten a l'infant comprendre de forma progressiva que el que li està comunicant l'adult cuidador parlant-li d'aquesta forma exagerada, pausada, senzilla, retallada i amb entonació musical, no només té a veure amb ell, sinó també amb l'altre que no és ell.

Durant el primer semestre, el diàleg interactiu entre adult cuidador i bebè, en allò que fa referència al llenguatge verbal de l'adult, està marcat per un tipus d'expressions adreçades cap al lactant que no parla amb mímiques exagerades per comunicar millor els estats emocionals i expressions verbals, amb característiques rítmiques i prosòdiques (musicalitat del llenguatge) que són universals; el que podríem anomenar llenguatge-bebè, parlat per l'adult que s'adreça a ell. Aquest tipus de llenguatge que Muratori anomena "maternatge verbal", del tipus "llenguatge-infant-directe", a diferència del "llenguatge-adult-directe", utilitzat amb infants amb els que es pot compartir l'atenció cap a un objecte extern, augmenta l'interès de l'infant pel rostre de l'adult que parla amb ell i interactua amb ell, fins i tot en infants amb funcionament autista.

La intersubjectivitat com a formació innata motivacional i primordial està lligada a estructures límbiques i subcorticals cerebrals que embriològicament són anteriors al desenvolupament de l'escorça cerebral, funcionant com a reguladores del desenvolupament neural. De les seves vicissituds en la trobada amb l'ambient, on en primer lloc hi són els altres humans, neix la capacitat de representar-se a si mateix i als altres, els sistemes motivacionals, l'accés al llenguatge en les seves diferents modalitats, així com les grans "performances" possibles de l'ésser humà (Aiken i Trevarthen, 1997).

La tècnica de la doble gravació de vídeo (expressió del bebè i de la mare) ha permès a aquests investigadors enregistrar clarament les delicades i vertiginoses variants de les expressions de la

díada, podent veure's i escoltar-se ambdós components alhora. L'observador pot posicionar-se amb cadascun d'ells i "contactar" emocionalment amb les expressions en relació amb el plaer, amb l'autoregulació de la tensió provocada per la necessitat, o bé les d'evitació, davant del comportament inapropiat o amenaçador. Aquesta tècnica, que incrementa significativament la fidelitat i precisió de les observacions, revela precisament com els senyals visuals i auditius de l'emoció són coordinats en cada subjecte i entre ells. Els òrgans expressius en conjunt elaboren estats sincrònics i alternants, basats en variants "cinemàtiques", "fisiognòmiques" i "energètiques". La mare i el bebè estan coordinats, sincronitzats i sintonitzats entre si i, també, amb el flux de les seves expressions i estats emocionals.

El context natural de l'emoció és una elaboració dinàmica entre persones que estan buscant controlar una negociació de propòsits i enteniment. L'infant de dos mesos té capacitat per aquest contacte humà, realitzant vocalitzacions de síl·labes rudimentàries, amb moviments de llavis i llengua que són preparatoris per a l'articulació seqüencial de síl·labes ("llenguatge pre-verbal"). El bebè controla les expressions de la mare mitjançant les variacions del contacte ocular. Sap provocar en ella un somriure de reconeixement o una actitud maternant. La microanàlisi dels canvis en el contacte i les expressions mostren que ambdós estan implicats tant en l'autoregulació com en la regulació de l'intercanvi (Trevarthen, 1993).

4. Necessitat de resiliència

Kotliarenko i col·laboradors (Kotliarenko et al., 1997) plantegen que el vocable resiliència té el seu origen en la paraula llatina *resilio*, que significa tornar enrere, tornar d'un salt, ressaltar, rebotar. Aquesta significació faria al·lusió a la regressió que acompanya les situacions traumàtiques en l'ésser humà. Pot ser una regressió -tornada enrere o retrocés- per, des d'allà, saltar cap endavant, avançar o, també, pot ser una regressió anomenada "maligna" que fa que la persona, en les situacions esmentades, es quedi sense recursos i atrapada en ella.

El terme va ser adaptat per Rutter (1986) a les ciències socials per carac-

teritzar a aquelles persones que, tot i néixer i viure en situacions d'alt risc, es desenvolupen psicològicament sanes.

L'origen dels treballs sobre resiliència es remunta a l'observació de comportaments individuals de superació que semblaven casos aïllats i anecdòtics (Vanistendael, 2003) i a l'estudi evolutiu d'infants que havien viscut en condicions difícils. Un dels primers treballs científics que va potenciar l'establiment de la resiliència com a tema d'investigació va ser un estudi longitudinal realitzat al llarg de trenta anys amb una cohort de 698 infants, nascuts a Hawaii en condicions molt desfavorables. Després d'aquests trenta anys, el 80% d'aquests infants havia evolucionat positivament, convertint-se en adults competents i ben integrats (Werner i Smith, 1982, 1992). Aquest estudi, realitzat en un marc aliè a la resiliència, ha tingut un paper important en el seu sorgiment (Manciaux, 2001). Així, davant de la creença tradicional fortament establerta de que una infantesa infelïç determina necessàriament el desenvolupament posterior de l'infant cap a formes patològiques del comportament i la personalitat, els estudis amb infants resilientes han demostrat que són suposicions sense fonament científic i que un infant traumatitzat, "ferit", no està necessàriament condemnat a ser un adult fracassat.

Es podria definir la resiliència com la capacitat de resistència que té un individu davant de l'adversitat, així com de resorgir de moments de desgràcia, adaptant-se, resolent els problemes i podent tornar a donar-li sentit a la vida, esdevenint aquesta més positiva i productiva.

S'ha definit la resiliència com "un conjunt de processos socials i intrapsíquics que possibiliten tenir una vida sana vivint en un mitjà no sa. Aquests processos tindrien lloc al llarg del temps, donant afortunades combinacions entre atributs de l'infant i el seu ambient familiar, social i cultural".

D'aquesta manera, la resiliència no pot ser pensada com un atribut amb el que els infants neixen, ni que els infants adquireixen durant el seu desenvolupament, sinó que es tractaria d'un procés interactiu (Rutter, 1993) entre aquests i el seu medi.

La resiliència podria veure's com la capacitat de resistència i recuperació que permet a l'individu desenvolupar-se de forma sana, afrontant sense emmalaltir situacions com les traumàtiques i estressants, així com les crisis psicològiques i vitals, tant les evolutives com les circumstancials.

La capacitat de resiliència és la que incrementa els factors de protecció de la salut mental de l'infant, fins i tot en circumstàncies desfavorables per al seu adequat desenvolupament. En el desenvolupament d'aquesta capacitat de resiliència intervenen tant factors constitucionals (psicobiològics) com ambientals (psicosocials) (Cyrulnik i Seron, 2004).

La resiliència, entesa com la capacitat per mantenir un funcionament adaptatiu de les funcions físiques i psicològiques en situacions crítiques, mai no és una característica absoluta ni s'adquireix d'una vegada per sempre. És el resultat d'un procés dinàmic i evolutiu que varia segons les circumstàncies, la naturalesa del trauma, el context i l'etapa de la vida, podent expressar-se de moltes maneres diferents en diferents cultures (Manciaux et al., 2001).

Com el concepte de personalitat resistent, la resiliència és fruit de la interacció entre l'individu i el seu entorn.

Parlar de resiliència en termes individuals constitueix un error fonamental. No s'és més o menys resilient com si es posseís un catàleg de qualitats. La resiliència és un procés, un esdevenir, de manera que no és tant la persona la que és resilient sinó la seva evolució i el procés de vertebració de la seva pròpia història vital (Cyrulnik, 2001). La resiliència mai no és absoluta, total ni assolida per sempre. És una capacitat que resulta d'un procés dinàmic (Manciaux et al., 2001).

Una de les qüestions que més interès desperta sobre la resiliència és la determinació dels factors que la promouen, tot i que aquest aspecte ha estat escassament investigat (Bonanno, 2004). S'han proposat algunes característiques de personalitat i de l'entorn que afavoririen respostes resilents, com serien la seguretat en un mateix, la pròpia capacitat d'afrontament, el suport social, tenir un propòsit significatiu a la vida, creure que

un pot influir en el que succeeix en el seu entorn, creure que es pot aprendre de les experiències positives i també de les negatives, etc. També s'ha proposat que el biaix positiu en la percepció d'un mateix (self-enhancement) pot ser adaptatiu i promoure un millor ajustament davant l'adversitat (Werner i Smith, 1992; Bonanno, 2004). Un estudi realitzat amb població civil bosniana que va viure la Guerra dels Balcans va mostrar que aquelles persones que tenien aquesta tendència cap al biaix positiu presentaven un millor ajustament que aquelles que no comptaven amb aquesta característica (Bonanno, Field, Kovacevic i Kaltman, 2002).

En estudis amb infants, un dels factors que més evidència empírica acumula en la seva relació amb la resiliència és la presència de pares o cuidadors competents (Richard i Martínez, 1993; Manciaux et al., 2001).

Possiblement, la resiliència, en tant que realitat humana, sigui tan antiga com la pròpia humanitat; tanmateix, l'interès científic per ella és molt més recent. Apareixen, aleshores, dos elements bàsics de la resiliència: la resiliència davant de la destrucció o la capacitat de protegir la pròpia integritat tot i la pressió; dit amb altres paraules, la superació de les crisis, el dolor, la mort, la pobresa, com a situacions límit davant de les quals es resisteix l'ésser humà, com a lluitador innat i supervivent de l'esperança. L'altre element el constitueix la capacitat de construir o reconstruir la seva pròpia vida, malgrat les circumstàncies difícils.

La capacitat de resiliència seria un altre sistema motivacional que regula la resistència de la persona davant de l'adversitat i les situacions traumàtiques, a més de regular la capacitat per recuperar-se dels efectes negatius o traumàtics de l'experiència i de l'empremta deixada en ella per l'experiència viscuda.

Aquests quatre sistemes de funcionament psíquic basats en les necessitats biopsicològiques del bebè, tot i separats l'un de l'altre, són necessaris per a la supervivència de l'ésser humà. Tant la necessitat del vincle d'aferrament segur com la d'intersubjectivitat, així com la necessitat de soledat i la de resiliència són sistemes motivacionals amb base neuro-

fisiològica i psicobiològica que poden activar-se i desactivar-se tenint, a més, com ja hem vist, una funció reguladora.

La motivació humana pot ser contemplada des d'una perspectiva evolucionista mitjançant els sistemes motivacionals que guien la conducta humana cap a la consecució d'un objectiu determinat (alimentació, cura de la prole, defensa del territori, etc.) en funció de la interacció amb el medi ambient.

FACTORS DE RISC ESPECÍFICS I INESPECÍFICS

Totes aquestes capacitats i funcions, que es desenvolupen en el bebè a partir d'una necessitat biopsicològica bàsica, la satisfacció adequada de les quals depèn de la persona que el cuida, estan profundament alterades i fins i tot absents en els casos més greus en els que els infants desenvolupen un funcionament o procés defensiu de tipus psicòtic i autístic. Tanmateix, quan són presents de forma durable en el bebè sa, incrementen i potencien les seves competències i el seu desenvolupament psíquic a l'hora que augmenten la seva resiliència i la seva salut mental.

Les dificultats repetides i duradores de l'entorn cuidador per facilitar el desenvolupament adequat en el bebè d'aquestes funcions bàsiques i essencials en un moment cabdal de la seva evolució, moment necessari per construir determinades funcions essencials tant pel seu desenvolupament psíquic com psicosomàtic, poden col·locar a aquest en la necessitat de protegir-se de forma defensiva tant de l'absència de l'aportació d'estímul refugiament-se llavors en l'auto-sensorialitat i el son, com de l'excés d'estímul intrusiu i de persecució que obliguen al bebè a desconnectar i aïllar-se, així com a absentar-se de la relació i comunicació amb l'altre, en comptes d'abstractar-se momentàniament per després tornar de nou a la interacció, com fa l'infant amb un desenvolupament sa.

El que en psicoanàlisi s'anomena "barrera para-excitació" estaria profundament alterada en els infants que desenvolupen un funcionament defensiu autístic. Aquesta barrera protectora i filtradora d'estímul, tant interns com

externs, seria com una pell psíquica porosa, jo-pell (Anzieu, 1994) o un embolcall psíquic (Houzel, 2005) que, en condicions normals i gràcies al filtratge inicial d'estímuls provinents de la persona que exerceix la funció materna, s'aniria formant progressivament en el bebè. Constituiria el continent psicosomàtic precoç, pell física i jo-pell o pell psíquica (zero a sis mesos), que va permetent al bebè constituir-se com a subjecte separat de l'altre i omplir-se progressivament del contingut, conscient i inconscient, corporal i psíquic, de l'experiència compartida amb l'altre que, un cop interioritzada i integrada, passa a formar part de l'experiència i món intern propis del bebè.

La vinculació d'aferrament insegur, incrementant les pors i inseguretats a costa de la curiositat natural i espontània del bebè, tot i no ser específica d'una possible desviació cap a un funcionament autista, sí que podria ser-ho d'un seguit de vulnerabilitats i possibles desviacions psicopatològiques que podrien facilitar-lo.

La combinació de l'aferrament insegur amb la dificultat duradora per desenvolupar la capacitat d'abstraure's, que seria com la "clau de pas" cap a la patologia psicosomàtica precoç, podria ser també la clau de pas cap al funcionament autista precoç en el bebè, ja que potenciaria i agreujaria la dificultat per compartir l'experiència viscuda amb l'altre. La impossibilitat continuada d'accedir a la intersubjectivitat sí que seria un factor de risc més específic d'una possible evolució cap a un funcionament autista en l'infant.

VULNERACIÓ INTERACTIVA; PSICOSOMÀTICA I AUTÍSTICA

Vulneració vol dir acció de vulnerar o ser vulnerat. El terme vulnerar prové de la paraula llatina "vulnerare" que significa ferir, fer mal o perjudici a algú o a alguna cosa, infringir una llei o disposició. En el cas que ens ocupa, ens referim a la vulneració de la resiliència i de les expectatives del bebè en quant a les seves necessitats evolutives per part del cuidador, situació que pot tenir com a conseqüència l'aparició de trastorns psicosomàtics i autístics. Si el bebè es



veu privat d'aquest espai que li permet abstraure's per un excés de vinculació, de presència i d'intrusió per part de la persona que exerceix la funció materna o per la cura d'una persona que no és sensible ni receptiva a aquesta necessitat (manca d'empatia emocional i cognitiva) o per un cuidador desconnectat emocionalment de la interacció amb ell (empatia cognitiva, però no emocional), aquest haurà d'abstraure's, replegant-se sobre si mateix, aïllant-se de l'exterior (trastorn autista per manca d'empatia emocional i cognitiva) o abstraure's, desconnectant emocionalment de la interacció amb l'altre en el cas d'un trastorn psicosomàtic (manca d'empatia emocional, però no cognitiva) construint així els esbossos del que pot arribar a ser la barrera defensiva psicosomàtica o autista que eviti la interacció emocional amb l'altre, en el primer cas, i la comunicació i la relació amb l'altre, en el segon cas.

En ambdós casos, el bebè es protegeix com pot de l'efecte caòtic i desorga-

nitzador que té l'entorn sobre ell. Quan el bebè, de forma activa, es protegeix del patiment emocional i dolor psíquic viscuts amb una desconexió emocional, però sense evitar la interacció amb l'entorn cuidador, ens trobem llavors amb una situació de risc de possible evolució cap als trastorns psicosomàtics precoços en el bebè.

Quan el bebè es protegeix utilitzant com a defensa l'evitació i el rebuig de la interacció, tant a partir de la mirada com mitjançant les dificultats que aquest presenta per ser calmat, o les dificultats que presenta per atraure la seva atenció així com per assolir un bon ajustament corporal i tònic-postural a la falda materna, quan té tendència a refugiar-se en el son i s'adorm en moments com després de l'alletament -moments en que els bebès acostumen a estar molt atents i presents en la interacció amb la mare-, en aquests casos, ens trobem davant d'un possible risc d'inici d'un procés defensiu-autístic en l'infant.

FACTOR ESPECÍFIC DE VULNERABILITAT PSICOSOMÀTICA I FACTOR ESPECÍFIC DE RISC AUTÍSTIC

El terme “vulnerabilitat” prové del llatí “vulnus”, que significa ferida i, en un ús ampli, fa referència a fragilitat o possibilitat de rebre mal. En tant que noció general, és un terme usat com a tendència a patir o com a factor de risc.

El funcionament psíquic de risc o de vulnerabilitat psicosomàtica podria ser entès com un dèficit simbolitzant producte d’una no correspondència entre les possibilitats reals de l’infant i la consistència o adequació de la cura prestada per l’entorn cuidador, així com els intercanvis que aquest proporciona en el procés de desenvolupament evolutiu normal.

Des d’aquesta perspectiva, els trastorns psicosomàtics del bebè, com ara els vòmits, diarrees, així com reaccions anorèxiques, etc., d’origen psicogen, podrien ser considerats com equivalents somàtics dels mecanismes de defensa autístics en el sentit de protegir al bebè d’un excés d’estímul no filtrats ni elaborats en la interacció amb ell per part de l’entorn cuidador. Mitjançant la reacció anorèxica, el bebè es protegiria de la incorporació-interiorització d’aquests estímuls. També es protegiria d’ells posant en marxa mecanismes d’evacuació o d’expulsió com serien les diarrees i els vòmits.

A diferència del bebè que evoluciona cap a un funcionament o procés defensiu-autístic, el bebè amb trastorns psicosomàtics no té conductes d’evitació de la comunicació i relació mitjançant la mirada; és un bebè que et mira, però ho fa amb mirada absent. El seu mecanisme de defensa és la desconexió emocional en la interacció amb l’altre. Sense canvis en el seu mode de funcionament i en les seves defenses, el bebè aconsegueix estructurar i estructurar-se en un continent alhora corporal i psíquic (psicosomàtic), però pagant el preu de fer-ho amb un buit de contingut afectiu. El bebè amb trastorns psicosomàtics precoços, continuats i greus, assoleix una experiència parcial d’intersubjectivitat o de relació intersubjectiva en la que manca la capacitat de compartir l’experiència emocional

-en aquest cas, no-viscuda- amb l’altre. En el seu món intern tenen cabuda les representacions mentals de l’objecte-subjecte relacional que atrau la seva atenció, però de forma dissociada o separada dels afectes que les acompanyen.

En els casos de traumatisme perinatal viscut per la mare com a tal i amb efecte traumatogen per al bebè, el fill es defensa del malestar, dolor emocional i patiment psíquic que la situació interactiva genera en ell, mitjançant els mecanismes de defensa primitius de que disposa, originant-se en ell, i tenint com a font les seves defenses, els trastorns psicosomàtics i autístics (Palau, 2009a, 2009b).

Tenen els mateixos efectes sobre el bebè els microtraumatismes repetitius i acumulatius. És mèrit de Masud Khan (1980) el fet d’haver introduït la noció acumulativa del trauma i diluir el concepte de trauma puntual. Khan introdueix la cronicitat de les successions prospectives i retrospectives de confirmació i rectificació de la vivència sobre els esdeveniments i sobre els seus efectes. Aquesta noció de repetició permet comprendre que no és suficient amb una única situació traumàtica, així com que aquestes no sempre són evidents, sinó silencioses i imperceptibles, succeint-se en formes diverses i en una espiral que les uneix.

El concepte de microtraumatisme o traumatisme acumulatiu i repetitiu és especialment útil per comprendre l’efecte traumàtic i traumatogen que tenen per la mare i el seu bebè els desencontres repetitius, dolorosos i frustrants, no reparats, viscuts en la interacció entre ambdós.

Clínicament, en nois grans i en adults amb vulnerabilitat somàtica s’observa en el seu funcionament psíquic el següent fet: una dificultat per enfrontar-se a situacions estressants, una baixa tolerància al desemparament o a les pèrdues significatives, una significativa presència de comportaments de risc, una gran pobresa de recursos mentals, automatismes repetitius, una distància afectiva i carència representacional.

Podríem incloure aquí el que clàssicament s’ha definit en medicina psicosomàtica com funcionament psíquic alexitímic en les persones amb vulnerabilitat somàtica per adonar-nos de la importància de

l’ajuda prestada al bebè i als seus pares perquè els trastorns psicosomàtics precoços no es cronifiquin i passin a formar part de la seva personalitat.

ALEXITÍMIA

L’alexitímia seria la incapacitat per identificar i expressar emocions. Es podria definir com la incapacitat per expressar verbalment les emocions degut a que aquestes persones no són capaces d’identificar el que senten, entendre-ho o descriure-ho.

Origen del terme alexitímia

Durant la dècada dels anys cinquanta i seixanta del segle passat, els psiquiatres Peter E. Sifneos i John C. Nemiah, del Beth Israel Hospital, a Harvard, van veure que una gran quantitat de pacients amb trastorns psicosomàtics tenia moltes dificultats per parlar de les seves emocions. A més, assolien una postura rígida, es centraven en detalls funcionals i no feien servir la fantasia. L’any 1972, Sifneos encunyà el terme alexitímia per designar aquestes característiques.

Característiques de l’alexitímia

1. Dificultat per identificar emocions i sentiments. Aquestes persones tenen problemes per diferenciar una emoció d’una altra. Per exemple, no saben amb seguretat si el que senten és por o ira. Aquesta incapacitat no es dóna només respecte als propis sentiments, sinó que també tenen dificultats per identificar les emocions en els altres (en les seves veus, expressions facials, postures).

2. Dificultat per descriure emocions i sentiments. Els resulta impossible descriure el que senten i descriure a altres persones tot allò referent a l’àmbit subjectiu i dels afectes.

3. Dificultat per diferenciar els sentiments de les sensacions corporals que acompanyen a l’activació emocional. Les emocions solen anar acompanyades de símptomes fisiològics, com sudoració, acceleració del ritme cardíac, etc. Els alexitímics atribueixen aquestes manifestacions fisiològiques a símptomes vagues o els confonen amb l’emoció mateixa. Quan sent emocions intenses, aquesta persona descriu simplement un malestar físic de manera imprecisa.

4. Reduïda capacitat de fantasia i de pensament simbòlic. Acostumen a tenir un pensament concret, amb problemes per al maneig simbòlic de les emocions. La seva forma de parlar és monòtona, parca i sense matisos afectius. Amb prou feines gesticulen ni introdueixen canvis en el to de veu, seuen de forma rígida i el seu aspecte és inexpressiu.

5. Preocupació pels detalls i esdeveniments externs. En el seu llenguatge existeixen poques referències abstractes i simbòliques, més aviat es limiten a descriure detalls concrets, sense un marcat to afectiu.

CONCLUSIONS

Si volem evitar que els trastorns precoços de naturalesa psicossomàtica i/o autística del bebè s'instal·lin en el seu psiquisme primerenc en formació, cronificant-se, hem d'aconseguir que es detectin i tractin adequadament abans dels tres anys de vida que és quan, interioritzats i formant part del seu món intern, van estructurant la seva personalitat, amb les dificultats que això implica llavors per revertir aquests processos que hauríem de tractar com a seqüeles a mesura que l'infant es va fent més gran (Larbán, 2008). ●

BIBLIOGRAFIA

- Aiken, K., i Trevarthen, C.** (1997). Self/other organization in human psychological Development. *Development and psychopathology*, 9, 653-677.
- Anzieu, D.** (1994). *El yo piel*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bateson, G.** (1979). *Espíritu y naturaleza. Una unidad necesaria*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu editores.
- Bateson, M. C.** (1979). The epigenesis of conversational interaction: a personal account of research and development. En M. Bullowa. (Editor), *Before speech: the beginnings of human communication* (p. 63-77). London: Cambridge University Press.
- Bernardi, R., i Goldstein, S.** (2007). La relación terapéutica vista desde el campo de la psicoterapia y desde las neurociencias. En *VII Congreso de la FUPSI, Federación Uruguaya de Psicoterapia*.
- Bonanno, G.A., Field, N.P., Kovacevic, A., i Kaltman, S.** (2002). Self-enhancement as a buffer against extreme adversity: Civil war in Bosnia and traumatic loss in the United States. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 184-196.
- Bonanno, G. A.** (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Bowlby, J.** (1969). *Attachement et perte, Vol 1, L'attachement*. Paris: Presses Universitaires de France – PUF.
- Buchholz, Es., i Helbraum, El.** (2000). Un modèle développemental et psychobiologique du besoin de «temps de solitude» chez l'enfant. *La psychiatrie de l'enfant*, 43 (1), 286-307.
- Cyrułnik, B., i Seront, C.** (2004). *La résilience ou comment renâître de sa souffrance*. Paris: Ediciones Fabert, collection «Penser le monde de l'enfant».
- Fonagy, P.** (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Espaxs.
- Golse, B.** (2004). *Du corps à la pensée*. Paris: Presses Universitaires de France – PUF.
- Grandin, T.** (2006). *Pensar con imágenes. Mi vida con el autismo*. Barcelona: Editorial Alba.
- Huble, P., i Trevarthen, C.** (1979). Sharing a task in infancy. En C. Uzgoris. (Editor), *Social Interaction During Infancy: New Directions in Child Development*, 4 (p. 57-80). San Francisco: Jossey-Bass.
- Houzel, D.** (2005). *Le concept d'enveloppe psychique*. Paris: Editions In Press.
- Khan, M.** (1980). El concepto de trauma acumulativo. En M. Masud, y R. Khan (Editores), *La intimidación del si-mismo* (p. 47-66). Madrid: Editorial Saltés. (Orig. 1963).
- Kotliarenco, M. A., Càceres, I., i Fontecilla, M.** (1997). *Estado de Arte en Resiliencia*. Organización Panamericana de la Salud.
- Larbán, J.** (2008). Guía para la prevención y detección precoz del funcionamiento autista en el niño/a, en su primer año de vida. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 45/46, 63-152.
- Larbán, J.** (2010). El proceso autístico en el niño: Intervenciones tempranas. *Revista de psicoterapia y psicossomática*, 75, 35-67.
- Larbán, J.** (2014). *Vivir con el autismo: una experiencia relacional. Guía para cuidadores*. Barcelona: Editorial Octaedro.
- Larbán, J.** (2016). *Vivre avec l'autisme. Une expérience relationnelle. Guide à l'usage des soignants*. Paris: Éditions Érès.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., et al.** (2003). La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux. (coord.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Editorial Gedisa. (Orig. 2001).
- Meltzof, A. N., i Moore, M.K.** (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 198, 75-78.
- Meltzoff, A.N.** (1995). Understanding the intentions of others: Re-enactment of intended acts by eighteen month-old children. *Developmental Psychology*, 3, 838-850.
- Palau, P.** (2010). Psicossomática y autismo en el niño pequeño. Interacción, afectos y audición. *Revista de psicoterapia y psicossomática*, 74, 39-70.
- Palau, P.** (2009a). Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé. *Actualités Psychosomatiques*, 12, 21-42.
- Palau, P.** (2009b). El sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿Afectación neurobiológica? *Revista de psicoterapia y psicossomática*, 73, 41-60.

Richters, J.E., i Martínez, P.E. (1993). Violent communities, family choices and children's chances: an algorithm for improving the odds. *Development and Psychopathology*, 5, 609-627.

Rochat, P. (Editor). (1999). *Early social cognition*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Rutter, M. (1986). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.

Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.

Stern, D. (1991). *El mundo interpersonal del lactante*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Stern, D. (2005). Le désir d'intersubjectivité. Pourquoi? Comment? *Psychothérapies*, 25 (4), 215-222.

Trevarthen, C., i Hubley P. (1978). Secondary intersubjectivity: Confidence, confiding and acts of meaning in the first year. En J. Lock. (Editor), *Action, Gesture and Symbol* (p. 183-229). London: Academic Press.

Trevarthen, C. (1982). The primary motives for cooperative understanding. En G. Butterworth, y P. Light. (Editores), *Social cognition: Studies of development of understanding* (p. 34-53). Brighton: Harvester Press.

Trevarthen, C. (1993). The function of emotions in early infant communication and development. En J. Nadel, y L. Camaioni. (Editores), *New perspectives in*

early communicative development (p. 48-81). London: Routledge.

Trevarthen, C. (1999). Intersubjectivity. En R. Wilson, y F. Keil. (Editores), *The encyclopedia of cognitive sciences* (p. 413-416). Cambridge MA: MIT Press.

Vanistendael, S. (2003). La resiliencia en lo cotidiano. En M. Manciaux. (Editor), *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Editorial Gedisa. (Orig. 2001).

Werner, E.E., i Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.

Werner, E.E., i Smith, R.S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

