

Encetem una nova secció, els Diàlegs entre professionals. Vam convidar a Juan LARBÁN¹ per tal que l'estrenés i triés un contertulià amb qui desenvolupar una conversa lliure que tingués el món dels autismes com a eix temàtic. Juan LARBÁN va escollir a José Luis PEDREIRA² per aquest diàleg. L'edició del diàleg correspon a l'Equip eipea. Atenent a l'extensió i interès del text, hem decidit dividir la conversa en dues parts, que apareixeran consecutivament en aquest número i en el següent. En aquest primer capítol, Juan LARBÁN i José Luis PEDREIRA conversen sobre la base estructural de l'autisme, la seva prevalença i la seva detecció. Els agraïm de manera especial la seva col·laboració.

Diàleg entre professionals: Juan LARBÁN i José Luis PEDREIRA



LARBÁN. La primera pregunta clau, per situar-nos, seria quina és la **base estructural de l'autisme**? Després, vindrien altres aspectes, com ara són la prevalença, la detecció, el diagnòstic i el tractament. Hem escurçat molt l'esborrany inicial que havíem elaborat per centrar-nos més en aquests punts. Et sembla que comencem?

Pedreira. Fantàstic, em sembla molt bé.

L. Des del punt de vista de l'estructura psicopatològica fonamental en l'autisme i, sobretot, com una desviació del desenvolupament humà sa normal, jo ho conceptualitzava i el veia com un fracàs de l'accés de la criatura humana al procés d'humanització perquè el que falla, en el cas de l'autisme, és el constituir-se com a subjecte amb subjectivitat pròpia i tenir accés a una comunicació intersubjectiva. A partir d'aquí, la tendència de l'infant ateses les seves dificultats, relacionar-se més amb els objectes que amb les persones, és el que després desencadena en ell dèficits cognitius, socials i estructurals molt importants en el desenvolupament

de la seva personalitat. Seria com una visió psicopatològica en la qual es veuria com en el primer any de vida s'organitza la integració sensorial, que és la base de la capacitat d'accedir a la intersubjectivitat, es desenvolupa la intersubjectivitat primària que és dialògica mare-nadó, i la secundària al segon semestre de vida, que és més triangular cap a objectes externs que atreuen l'atenció de la mare i el nadó. Estudis recents sembla que mostren que la major dificultat de l'autisme és l'accés a aquesta intersubjectivitat secundària, com mostren els estudis de Muratori.

P. Sí, és clar, perquè l'estructura bàsica que tenim com a subjectes és la integració dels missatges, això és el que tu anomenes la part de persona humana, és a dir, la part de com els diferents estímuls que anem rebent s'organitzen dins nostre perquè tinguin una coherència informativa i, basant-se en ella, establir la interacció. Crec que això és una qüestió important, el que s'altera en l'autisme sembla ser que és l'harmonització interna de tots aquests missatges. No és que no li parlem, no és que no el veiem, no és que no l'estimulem, sinó que no s'aconsegueixen integrar tots aquests elements com a elements positius d'interacció. Sinó que li parlem i va per una via, li diem i va per una altra via, l'acariciem i l'autista no ho integra com a carícia, sinó probablement com que només el toquem, per això

aquestes situacions de defensa davant la situació tàctil. Crec que és molt important aquest trencament dels elements primaris, com tu has dit. L'establiment vincular primari en les conductes d'aferament es posa en marxa gràcies a elements molt primaris, com és el tacte, la parla i com la parla té una intencionalitat; és a dir, no s'utilitza el llenguatge normal, s'utilitzen diminutius, es recalquen les coses, es diuen frases curtes, es fan uns estímuls determinats davant dels quals el nadó reacciona... No obstant això, en el cas de l'autisme, no hi ha una reacció perquè no hi ha una integració entre els diferents elements sensorials que rep. Aquests elements sensorials que rep queden fragmentats, queden trencats... És com en el cas límit, per exemple, de situacions d'un nen institucionalitzat precoçment, no aconsegueix integrar tots aquests sistemes... no es torna autista... en alguns casos pot ser que el tingui... el que sí que passa és que té unes alteracions cognitives importantíssimes que s'anomenen disfunció cognitiva acumulativa, precisament perquè el que ha fallat en la part més primària, en la part més arcaica del desenvolupament humà, és la capacitat de sintetitzar, d'harmonitzar i d'organitzar aquestes qüestions. L'estructura falla per la base. Aquestes interaccions, tant sensorials com psicològiques, com imaginàries i simbòliques que hi ha en la relació mare-nadó/nadó-mare, que

¹ Psiquiatre i psicoterapeuta d'infants, adolescents i adults (Eivissa).

² Psiquiatre i psicoterapeuta d'infants i adolescents. Professor de Psicopatologia, Grau de Criminologia, UNED (Madrid).

són com un element d'interacció mútua, queden absolutament trencades, és com si la figura materna comunicés per la seva banda mentre el nadó està a la seva bola. No hi ha nivell d'interacció. I, en tot cas, si n'hi ha, és una reacció defensiva, d'aquí quan es posen hieràtics, es posen rígids, tiren enrere... amb la qual cosa, el que sí que s'ha investigat és que aquests nadons que reaccionen d'aquesta manera, al capdavant, provoquen que a la persona també li costa més posar-se en interacció amb ells... perquè com va i veu que és "rebutjat" o ella ho interpreta com que el nadó l'està rebutjant, deixa d'interactuar amb ell... es va empobrint com una bola de neu per aquestes malinterpretacions que són estructurals, on l'error fonamental rau en aquesta harmonització, integració dels diferents missatges sensorials, restant com missatges aïllats, autònoms, sense cap tipus de relació els uns amb altres

L. Els cognitivistes han mostrat que per tal que es produeixi una interacció sensorial adequada s'han d'utilitzar al-

menys dos canals sensorials, els estímuls dels quals s'integren perquè el nadó pugui fer-se una imatge interna de la realitat percebuda. Està comprovat que el nen autista no té aquesta percepció d'interioritat, de món intern, de subjectivitat i, per tant, hi ha impossibilitat de comunicació intersubjectiva, que és el poder comprendre a l'altre com si estigués al seu lloc, sense confondre's amb ell.

P. Exacte.

L. Respecte al que has dit, em sembla fonamental que no solament és important la quantitat i qualitat de l'estímul que rep el nadó, sinó també la manera de presentar-lo. Tu has parlat de l'harmonització i la sincronització, diria jo, interactiva en l'aspecte tant corporal com emocional. Si el nadó està en un moment en què necessita tranquil·litat, estar a soles amb si mateix per integrar els estímuls rebuts i evitar la desorganització i la mare, sense adonar-se'n, el segueix estímulant, el nadó ha de segmentar el flux d'aquest estímul parpellejant o tancant els ulls, o absentant-se. Aquest és un cas

clar de no harmonització, ni interactiva ni emocional. Llavors, aquesta interacció, sincronització de la integració emocional i corporal seria la que produeix la capacitat d'ajustament relacional i postural a la que tu feies referència quan parlaves de la hipertonía del nadó que dificulta la relació amb la mare i, al final, aquesta dificultat defensiva del bebè es transforma també en una dificultat d'atenció i d'interès per part de la mare, perquè se sent rebutjada, i que ocasiona, efectivament, seriosos problemes de concordança, de sintonia entre la mare i el nadó. Com tu has dit, cadascú va per la seva banda... Es produeixen, d'alguna manera, desencontres interactius que són molt dolorosos, molt frustrants tant per a la mare o el cuidador de referència com pel nadó, que poden portar a reaccions d'evitació de tipus fòbic per part de la mare, que augmenten la tendència a l'aïllament del nadó. Tu has anomenat les defenses del nadó. Efectivament, les disfuncions interactives i la manca de sincronització interactiva no poden portar-nos a un pro-



José Luis Pedreira: El que s'altera en l'autisme sembla ser que és l'harmonització interna de tots aquests missatges. No és que no li parlem, no és que no el veiem, no és que no l'estimulem, sinó que no s'aconsegueixen integrar tots aquests elements com a elements positius d'interacció.

blema de risc autístic si no és que el nadó reacciona a aquesta disfunció amb un determinat tipus de defenses. Jo situaria tres nivells. Un, les defenses anti-comunicació i anti-relació. Aquest nadó absent que trenca el contacte amb l'exterior i en lloc d'embadalir-se per integrar els estímuls, s'aïlla. El segon tipus defensiu seria les defenses anti-integració. El nadó -davant les dificultats d'integrar els estímuls- el que fa és aïllar-los i es queda amb un sol estímulo sensorial i ignora la resta. En lloc de produir-se un mantellament sensorial, el nadó va a favor d'un desmantellament, que és una no-integració. I el tercer element defensiu és la defensa contra la separació, contra el patiment o la desorganització que li produeix el percebre a l'altre com a algú separat de si mateix. Aquesta conjunció de la disfunció interactiva en el sentit de la manca de sincronització, interactiva i emocional, juntament amb les defenses del nadó és el que produeix aquest desajustament que pot ser durador i pot passar dels factors de risc a un funcionament autista més consolidat a mesura que avança l'edat.

P. Potser perquè això també, seguint a Winnicott, justifica amb aquests tres elements que tu acabes de plantejar el que el nadó defensivament torna sobre si mateix i sobre el que ell ha anat segmentant i percebent i apareix aquest replegament, un replegament del qual ja és tremendament difícil treure'l. Per això, quan els nens autistes s'estan replegant cal deixar que acabin el procés per després treure'ls d'allà perquè, si entres a creure que trencaràs aquest replegament, el que aconseguiries és espatllar encara més i entrar en una disharmonia molt més gran. Crec que un comú amic nostre, Juan Manzano, ara seria feliç i estaria molt content tot escoltant-nos en aquesta situació de la defensa, com es van estructurant les defenses, com la clínica apareix com a defensa i la defensa justifica l'aparició i permanència de la clínica, que és una de les grans exposicions que tenia en Juan.

L. Molts pares, quan tractem aquest tema dels replegaments autístics del seu fill, em pregunten com diferenciar els moments d'evolució positiva de l'infant

en els què té una necessitat d'abstracció o de solitud creativa dels moments d'aïllament i de replegament autista. Realment, no és fàcil de diferenciar, però seria fonamental poder fer-ho en la línia de que els moments d'abstracció no tenen tendència a perdurar. Quan el nadó necessita integrar els estímuls per no desorganitzar-se tanca els ulls, o segmenta amb el parpelleig els estímuls que rep o s'abstrau, aconsegueix una unitat psicosomàtica, una unió ment-cos, un control de la interacció dient *ara em toca a mi, jo decideixo si em comunico amb tu o no*. En el moment en què es retira de la interacció, de manera transitòria i parcial, perquè no és un aïllament total (crec que és el que el diferencia, és un aïllament parcial i transitori) i el nadó aconsegueix aquesta integració dels estímuls, en condicions normals, el que fa és tornar a demanar la interacció. En comptes d'això, en el replegament autístic hi ha un aïllament, es nota que no et respon, que estàs com que no existeixes... i després, com tu dius, és molt difícil treure'l d'aquí perquè és un refugi.

P. Hi ha una qüestió molt important en tot el que acabes de dir, perquè el que estem reconduint és eliminar el sentiment de culpa que tenen pare i mare davant d'aquesta situació i aquesta comunicació. No és culpa perquè entra dins del que Brazelton o Cramer anomenen d'una manera molt directa competències del nadó, el nadó té aquestes competències. El que passa és que també és una competència el bloquejar el nivell de comunicació i el tornar-se sobre si mateix perquè no pot fer-ho, perquè es troba aclaparat, perquè no arriba al que ell esperava. La hiperestimulació, com deies tu, de vegades el que origina són elements de saturació i per tant de bloqueig, i llavors aquesta qüestió és absolutament clara. No és culpa del pare i la mare, no és culpa seva, sinó que el nadó amb les seves pròpies competències decideix, poso la decisió entre cometes, aquest bloqueig, aquest replegament i aquesta situació defensiva.

L. Moltes vegades els pares comprenen les necessitats d'abstracció del nadó, que no és aïllament com he dit, quan els parles de la necessitat que tenim els adults també de segmentar el flux d'es-

tímuls, que no ens molestin en un moment donat i tenir un moment de solitud per trobar-nos amb nosaltres mateixos. És fonamental perquè si estàs sotmès a un flux d'estímuls constant sense aquest moment de solitud creativa, et perds a tu mateix

P. Totalment.

L. I, malauradament, això ens passa moltíssim avui, en la nostra societat, perquè aquest eslògan de "sempre connectats", del què tanta publicitat es fa, em sembla que el que està dient és: sempre connectats amb l'exterior; però, sobretot, menys amb tu mateix.

P. De fet, com més connectat estàs amb l'exterior menys criteris tens tu. Els criteris són els dels altres, no els teus.

L. És una bona estratègia per impedir un criteri subjectiu, propi i personal.

P. Per animalitzar-se, crear un *totum revolutum* en què tot és el mateix, tot és igual... No, miri, vostè, jo subjectivament no estic en aquest rotllo.

L. Et sembla que hem deixat mínimament clar el que és el dèficit estructural?

P. Total i absolutament, jo crec que està perfectament establert.

L. Passem a la **prevalença**, si no et fa res.

P. Som-hi.

L. Sobre la prevalença, crida l'atenció l'augment de casos d'uns anys enrere ençà... Recordo xifres d'1/10.000, 1/500... Llavors, és clar, estem en xifres de 1/120 o 1/130 d'infants amb autisme o amb funcionament autista, millor dit, i tot i que estic d'acord en que l'augment pot ser resultat d'un augment de l'aspecte diagnòstic en incloure els TEA, per exemple, també penso que pot passar, encara que no estigui demostrat mitjançant estudis rigorosos, que el tipus de vida que portem i les dificultats que tenim per a la criança i educació dels nostres fills, en què hi ha una tendència a delegar la responsabilitat en persones alienes als propis pares, tant si són escoles bressol, mestres, professionals, i tot això pugui estar influent. Tant això com la manca de temps, de disponibilitat que molts pares tenen a l'hora de dedicar-li temps i atenció als seus fills.

P. Sí. Aviam... Hi ha una qüestió important en relació a la prevalença que no

hem de ni podem oblidar i és que per a la prevalença es necessita una definició de cas. És a dir, uns criteris que defineixin què és el que entra i què no entra en aquesta categoria. De fet, Allen Frances que, com saps, va ser president de la DSM3R, DSM4, DSM4TR, va dimitir de la DSM5 i un dels motius pels quals va dimitir va ser per la difusió dels criteris i la seva poca claredat. De fet, deia que és impossible que en 10 anys s'hagués multiplicat per 50 la prevalença d'autisme als EUA. No és que hagi augmentat la prevalença, és que s'han canviat els criteris diagnòstics, els criteris d'inclusió i, per tant, ja no es té aquesta percepció. Segona experiència personal: jo estava en un comitè d'estudi científic de l'autisme i hi va haver dues crítiques fonamentals. Una provenia dels genetistes i l'altra provenia dels neuro-radiòlegs. Els dos deien el mateix: no podem establir bases ni patrons, ni genètics ni funcionament estructural cerebral, perquè els criteris clínics que ens envieu són *infumables*, són dispersos i no s'aconsegueix agrupar per presència clínica i, per tant, les característiques que es presenten són les de cada cas, de cap de les maneres les situacions d'un conjunt de casos que tinguin una mínima unitat. Jo sóc dels que pensa que ens hem passat. Ens hem passat de frenada. I llavors no tot serveix, no tot s'hi val dins de l'autisme. Aquí no hi ha Trastorns de l'Espectre Autista. Espectre en castellà vol dir fantasma, mort. Això no és el que està amb relació a les qüestions importants de l'autisme. Per què? Perquè hem de començar a ser seriosos en el sentit del que definim. Si resulta que el diagnòstic més important dels Trastorns de l'Espectre Autista són els Trastorns de l'Espectre Autista no sistematitzats, llavors el que és una excepció diagnòstica, que és per al que està aquesta categoria, resulta que ja no és una excepció. Perquè si el 80% del que rebem els professionals està dins d'aquesta categoria, ja no és excepcionalitat sinó generalitat. Per tant, no em serveix la categoria, perquè si és una categoria imprecisa i que havia de ser residual i es converteix en predominant, és una perversió de la utilització del sistema i, sobretot, una perversió de la utilització de la ciència.

L. Seria un calaix de sastre, similar al del TDAH, per exemple.

P. Més que calaix de sastre, és un desastre de calaix...

L. Sí, perquè el sastre tenia un calaix on posava tot el que no podia classificar ni categoritzar. Una altra cosa que lamento enormement és que, amb l'avanç del DSM, sobretot a partir DSM3, s'ha perdut la psicopatologia com a referència...

P. Sí, sí...

L. ... i la categorització clínica també. Per exemple, quan s'intenta comprendre la no puresa dels quadres clínics dels nens amb autisme on observes components deficitaris, simbiòtics, dissociatius, alhora que autístics, jo trobo molt a faltar la classificació antiga de les psicosis infantils, on es parlava de la psicosis autista, la psicosis deficitària, la psicosis simbiòtica i la psicosis dissociativa, de les que tu també en aquest sentit has escrit, com en Lasa també. Jo crec que la pèrdua de vista de la psicopatologia ens ha col·locat en una cruïlla en la qual els diagnòstics són insegurs i els tractaments són inadequats perquè per un tractament adequat cal un diagnòstic encertat.

P. Hi ha una cosa molt important, que has assenyalat i que cal recordar. A la DSM, la S és *statistical*, en anglès, i s'ha transformat en *clinical*. Bé, doncs no, no és *clinical*, no són característiques clíniques, són recollides de dades estadístiques i una recollida de dades estadístiques s'allunya força del que tu veus a la clínica i sobretot la comprensió psicopatològica d'aquesta clínica i es converteix només en una matematització de compliment de criteris. Aquesta matematització de compliment de criteris s'allunya del procés comprensiu del subjecte i de la subjectivació dels processos. Encara que siguin similars a la clínica, la part de com es comuniquen i de com es recullen és de cada pacient.

L. És clar... Aquesta desviació, jo diria perversa, d'allò estadístic cap allò psicopatològic, quan en realitat té finalitats sobretot epidemiològiques no clíniques, ens porta al fet que molts professionals considerin que la formació clínica la tenen del DSM i que això és psicopatologia, formació psicopatològica.

P. Sí, sí... aquest és el llibre d'estudi. I no, miri vostè, aquest no és el llibre d'estudi. Això és una categorització, com tu molt bé has dit, amb un objectiu de recollida epidemiològica, però mai significa una perspectiva clínica, no ho ha de significar. I és molt important que la gent que som madura recordem que estem amb els DSM molt lluny, molt lluny, molt lluny de la clínica real. Fixa't quina cosa més curiosa... L'any 1981, 1982, quan va sortir el DSM3, Carlos Castilla del Pino ja va avisar que seria un demolidor de la psicopatologia. Ho va avisar l'any 1981. L'any 1983, els propis autors del DSM, Spitzer i Williams, dos dels grans promotors de sistema, van treure un treball que es va publicar a l'*American Journal of Psychiatry* en el qual exposaven que havien realitzat una investigació amb els residents de psiquiatria dels Estats Units. I deien que estaven molt contents perquè hi havia hagut una gran convergència diagnòstica, havien passat de convergències diagnòstiques del 30-35% al 70-75%, estaven molt contents d'haver aconseguit això. S'havien assolit unes convergències de prescripció terapèutica que podien oscil·lar entre el 40-45%, també per això estaven contents. Però, no obstant això, avisaven... recordeu, 1983-84, *American Journal of Psychiatry*, Spitzer i Williams... avisaven: Atenció! Aquests residents de psiquiatria no saben psicopatologia, s'han perdut les bases de l'estructuració i de l'organització psicopatològica i això serà un gran handicap en l'exercici professional i en la pràctica professional. Doncs bé, a finals dels noranta, Offit, un altre dels grans diu: Bé, això és un desastre perquè resulta que vostès estan catalogant símptomes que no tenen res a veure amb les estructures psicopatològiques subjacents i per això fracassen també les eleccions terapèutiques, perquè no és en base als símptomes, sinó en base a les estructures psicopatològiques.

L. És clar. I la pena és que l'OMS, amb el CIE, que és també la classificació internacional de malalties, s'ha adherit pràcticament a l'evolució del DSM i cada vegada ha perdut més la referència psicopatològica que existia al CIE-9, per exemple.

P. No, al CIE-10 encara persistia. El CIE-11 serà molt complicat, perquè hi quedaran restes al CIE-11. Què és el que ha passat? Doncs molt senzill, veuràs. El que inverteix l'Organització Mundial de la Salut en un any per al seu sistema de classificació ho inverteix l'American Psychiatric Association... en un mes! Amb la qual cosa, la capacitat de difusió és molt superior a l'American Psychiatric Association que a l'Organització Mundial de la Salut. Aquesta és una qüestió absolutament fonamental. I el segon gran factor és que la pràctica totalitat del que es coneix com a revistes d'*impact factor* són americanes o tenen una base americana, encara que existeix la neozelandesa, l'australiana, la canadenc... Però bé, diguem que el 70% de les revistes d'*impact factor* són americanes i exigeixen que posis en primer lloc el DSM. Tu envies a una revista americana d'aquestes d'*impact factor*... jo que sé, al Current Psychiatric o al Psychiatric Research, qualsevol d'aquestes, o a Com-

munity Psychiatric i, si no tens la referència del DSM... no passes el nivell demanat pels *referees* ni moltíssim menys, no et publiquen. I si et publiquen amb un altre criteri, ho has de comparar amb el DSM5.

L. Estem en mans d'un oligopoli.

P. És clar, total... I després hi ha una altra potència, una potència magnífica. Un comú amic nostre, que ja no està entre nosaltres dissortadament, com era Valentín Cortés, va fer un estudi meravellós en el qual explicava que la gran pressió perquè arribessin a un acord les societats científiques americanes la van establir les mútues i el sistema judicial perquè estaven fins als nassos de que els pèrits tinguessin visions divergents en moltes ocasions durant un cas. Llavors, els van obligar, els van obligar entre cometes, al fet que es posessin d'acord en un criteri únic i que aquest fos el criteri. En les mútues, per donar les cobertures i en el sistema judicial, per donar la sensació d'unitat a l'hora de culpabilitat o innocència en un cas.

L. Què et sembla si passem al següent punt, José Luis?

P. Fenomenal.

L. Seria el de la **detecció**. Pel que fa a la detecció, et volia comentar que, potser, no es fa fins ara prou aviat perquè el M-CHAT, per exemple, es fa a partir dels 18 mesos i, com hem vist, els déficits estructurals en el cas de l'autisme es poden desenvolupar ja en el primer any de vida de l'infant. D'altra banda, si parlem dels criteris del DSM ens trobem ja amb un començament d'estructuració rígida, que comença a ser rígida de l'autisme, i ens enfrontem més a seqüeles que a un trastorn en el seu inici. Estaríem diagnosticant dins d'una prevenció diguem terciària, pràcticament... i quaternària per no haver-ho fet abans, perquè això ja és un perjudici iatrogènic pel nadó i les famílies. Estàs d'acord en què caldria estimular més el que seria la detecció veritablement primerenca, que jo la situo, si és possible, en el primer any de vida del nadó?



Juan Larbán: Està comprovat que el nen autista no té aquesta percepció d'interioritat, de món intern, de subjectivitat i, per tant, hi ha impossibilitat de comunicació intersubjectiva, que és el poder comprendre a l'altre com si estigués al seu lloc, sense confondre's amb ell.

P. Home, si us plau... Mira, això no és un sistema de classificació, sinó que és una entrevista semiestructurada que va dissenyar Serge Lebovici per avaluar la interacció de les figures parentals amb el nen, amb el nadó, i aquesta és una qüestió absolutament fonamental perquè té l'aspecte sensorial, l'aspecte comunicacional, l'aspecte reactiu, l'aspecte estimulador i, llavors, clar... si introdueixes tot això en una observació i fas una entrevista llavors ja sí que et pots apropar a l'aprofitament de la part d'intervenció precoç. Potser no com un diagnòstic total, però si de sospita suficient, si més no de disfunció comunicacional i disfunció en l'estructura de la comunicació i la interacció i, per tant, et permet actuar d'una manera positiva, en aquest aspecte, a la díada, d'una manera clau. Aquest és el primer aspecte que crec que és fonamental per a la prevenció. El segon aspecte és que hem de tornar a reavaluar com s'estableixen les conductes d'aferrament i, per tant, el progrés del procés de vinculació per veure que estigui a la seva zona. Si no s'obté, potser això sona molt antic, la seqüència dels organitzadors del jo que deia Spitz o no s'obté la humanització de les relacions en la interacció, com deia Stern, d'aquest bebè que parla, d'aquest nadó que comunica i per tant no li donem aquesta perspectiva de Cramer i Brazelton en la qual ens deien... Escolti, que té competències, que un nadó quan tomba el cap és que no en vol més, aprenem a integrar aquestes competències del nadó d'una manera raonable... Llavors veurem que ens anem acostant més als diagnòstics precoços. Però alerta, quan diem això no ho fem com a recollida d'ítems, present-absent- present-absent, sinó com a element dinàmic en el qual s'obté un o altre i com es relaciona amb els altres i això vol dir tenir experiència. Dit d'una altra manera, cap R1 sabrà mai diagnosticar un procés autista de veritat precoçment, perquè es necessita una experiència clínica i una comparació molt important, sobretot una capacitat d'observació sense projecció. Per tant, necessitarà supervisió per fer aquest tipus de diagnòstics. Jo crec que allò absolutament clau perquè

el procés de diagnòstic es faci més precoç i, per tant, es pugui fer prevenció, és que es diversifiquin les observacions de bebès; quantes més, millor. Si tu fas una bona observació de nadons i un bon recull de les interaccions tant de les comunicacionals com de les simbòliques, de la interacció simbòlica... aquesta és una situació que ens permetrà poder accedir, crec jo, a prevenir d'una manera raonable o, si més no, l'evolució a situacions d'autisme greu-sever i ens quedaran probablement uns trets, unes percepcions que podran ser diverses, diferents i, com tu deies, que es van articulant en els aspectes més psicòtics dels nuclis psicòtics del subjecte sense arribar a ser l'element autista. Jo recordo una mare d'un noi autista gravíssim que, quan ja sortia de l'autisme i estava en aquesta situació ja més psicòtica, em va fer una pregunta que va ser de les de potència. Deia, "ara veig al meu fill i veig la tasca i el treball que ha estat fent vostè amb ell i vostè amb nosaltres, però jo no sé si hagués estat millor que s'hagués quedat sense assabentar-se de tant".

L. Sí, a mi també m'ha passat amb pacients que han sortit del nucli autístic, fins i tot que han recuperat part del component deficitari, però en els que s'ha posat més en relleu l'aspecte dissociatiu i hi ha nens que es tornaven molt més agitats, que es podien confondre amb diagnòstic d'hiperactivitat. I també em deien en un moment de confiança: no sé si no estava millor més quietet, ens deixava més tranquils. Però bé, és important que aquests pacients com a mínim han aguantat, i els familiars també, perquè són moments clau en què el recolzament que cal donar-li a l'infant i a la família són més grans. Precisament, per anar millor poden avortar el tractament, motivat per això del que estem parlant. Quan parlàvem de la detecció i parlaves de l'aspecte seqüencial de la detecció dels factors de risc, efectivament jo estic d'acord amb tu en que cal fer-ho mitjançant etapes evolutives. Si anem a detectar els factors de risc en el primer any de vida, com a mínim caldria fer-ho als 3 mesos, als 6 mesos, als 12 mesos i, potser, després als

18 mesos per veure la persistència dels signes d'alarma, per veure la potenciació dels uns amb els altres, per veure la persistència o no de cert tipus de disfuncions interactives, de certs mecanismes de defensa del nadó, etcètera. Una observació puntual, per descomptat que no ens serveix. Sí que ens pot servir una observació puntual en una cosa molt interessant que està potenciant ASMI³, que és l'Escala d'Observació del Nadó, que es diu *Alarma: Bebè en Apuros*, de Guedeney, que permet la detecció dels replegaments emocionals de l'infant per causes inespecífiques i això pot ser molt útil pels pediatres, si més no, que es desperti l'atenció en ells i, si persisteix, el puguin derivar a una consulta més especialitzada. Et sembla?

P. Em sembla perfecte. Hi ha també un altre sistema que s'utilitza, que són les escales de Barthélémy. Barthélémy va fer unes escales també de 3, 6, 12 i 18 mesos que són d'una gran importància i són fàcils en el sentit que amb formació adequada les pot treballar el pediatre, tenint en compte que el pediatre està fent seguiments seriat i molt periòdics sobre l'estat de salut i per tant pot anar integrant. Que no ha de passar-ho com una enquesta, sinó que ha d'augmentar la seva percepció sobre aquestes dades i quan marxa el pacient poder-ho ressenyar d'alguna forma, una manera de dir... doncs no m'està agradant el que està passant a la percepció, en la reacció, en la motivació i en les respostes que està tenint... Que ho pugui descriure d'una manera personal. Jo crec que això és absolutament clau i fonamental. L'Organització Mundial de la Salut va plantejar com un element fonamental el treball en els cinc primers anys de vida. El treball de captar aquests nivells d'interacció i de vinculació d'una manera molt clau i que a més havien de ser realitzats des dels serveis d'atenció primària perquè això són activitats pròpies de tipus preventiu, no són activitats de tipus intervenció professional. I sí que va plantejar d'una manera rotunda que calia formar els professionals d'atenció primària en que fossin sensibles a aquest estímul. Jo recordo que jo

³ Associació per a la Salut Mental Infantil des de la Gestació. Filial espanyola de la WAIMH (Associació Mundial per la Salut Mental Infantil).

pertanyia a aquest grup i que una de les coses era, per exemple, com es valora la resposta interactiva i la resposta sensorial. Els dèiem: doncs ho poden fer quan els estan traient del bany, el treuen del bany, el posen nu de panxa enlaire, t'apropes, t'allunyes, li poses el bolquer, li fas les carícies a les plantes dels peus, li agafes de les manetes i, de sobte, tots aquests aspectes donen un tipus de respostes i, al mateix temps, estàs fent una estimulació i, al mateix temps, t'estàs posant tu a disposició d'aquesta interacció amb el nadó i, a més, no cal ensenyar-ho directament perquè surt d'una manera automàtica en l'exercici de les funcions i de les conductes d'aferrament, perquè les conductes tenen aquesta característica fonamental de transversalitat fetològica. I això és absolutament important, importantíssim. Després li donarem nosaltres la lectura professional. En què? En el treball de cobertura als serveis d'atenció primària, en el treball amb els serveis socials, en el treball amb els serveis educatius, però el que els hi correspon ja ho estan recopilant, ho estan recollint i cal donar-los el sentit, no diagnòstic, sinó comprensiu, això és molt important. A mi no m'importa que faci el diagnòstic un pediatre, no m'importa gens, Juan, el que vull és que detecti, que sigui sensible i, per tant, reculli i ho pugui canalitzar. El mateix quant als serveis psicopedagògics i psicoeducatius. No els veig jo amb un criteri diagnòstic, els veig amb un criteri de detecció i de mobilització cap a l'atenció i després potenciar les cobertures que es puguin donar. I als serveis socials. Igual. Però és que aquí ho estem pervertint tot... tothom vol diagnosticar i col·locar rètols. I així anem malament... És el meu punt de vista.

L. És clar, has comentat una cosa molt important i jo reflexionava sobre aquesta important tasca de l'atenció primària i, en el cas dels nens petits, del pediatre

o de l'atenció primerenca en educació. I em plantejava el tema de la formació d'aquests professionals i com articular els coneixements des de la psiquiatria amb els seus per aconseguir una col·laboració eficient. I he recordat la gran tasca que has fet tu durant molt de temps com a psiquiatre d'enllaç en hospitals i, dissortadament, crec que és una funció dels psiquiatres que pràcticament s'ha convertit en inexistent. Espero que, amb la creació de l'especialitat de psiquiatria infantil i de l'adolescent, aquesta figura de la interconsulta i del consultant es sistematitzi perquè ara queda en mans, simplement, de la bona voluntat dels psiquiatres dels centres de salut el col·laborar o no i el formar o augmentar la comprensió dels professionals, tant d'educació com d'atenció primària. Espero que, tant en els criteris de formació de l'especialitat de psiquiatria de la infància i l'adolescència com en l'estratègia de salut mental, aquest tema de la interconsulta sigui un dels punts forts, ja que a més tu has estat molt pioner en aquest tema.

P. Doncs moltes gràcies, Juan. Veuràs, tant en la part de l'especialitat com de l'estratègia de salut mental futura, que està ja a punt a punt de caramel, alguna cosa he tingut a veure, en una cosa i en l'altra. I la veritat és que és molt difícil aconseguir consensos, Juan, és terriblement difícil. Perquè la gent confon el consens amb el *posa el que jo dic, amb el què hi ha d'allò meu*, no és un acostament i integració de postures, sinó que, quan tu busques una síntesi dialèctica, l'altre diu *és que no hi ha tot el que jo he dit...* És que no hi ha de ser el que vostè diu...

L. El narcisisme, José Luis, el narcisisme...

P. ... No és el que vostè diu, sinó el que podem construir plegats, entendre, comprendre i avançar en conjunt, que tots anem en la mateixa línia de progrés,

no cadascun d'una manera disharmònica. Te'n recordes d'allò de les disharmònies evolutives de Misès? Doncs cadascú d'una manera molt disharmònica. No. Ha d'anar harmònicament tot, perquè entre tots es pugui fer. Jo crec que ara el que és important és què passarà amb aquesta comissió que en els propers tres mesos ha de formar-se. És a dir, el 4 d'agost el podem assenyalar a foc perquè hi ha hagut alguna cosa important, però no serà fins al 4 de novembre quan jo et digui si de veritat s'ha entès el que va sortir el 4 d'agost.

L. És clar. Les comissions que deies, que són les que elaboraran la normativa i els criteris.

P. Això és allò de Romanones, oi? Facin vostès les lleis, deixeu-me a mi els procediments. I això és una gran feinada.

L. Esperem, també, que no trigui massa en ser aprovada l'especialitat de psicologia de la infància i l'adolescència.

P. Però ha d'anar al ritme que porta la part de la psicologia. Aviam, la medicina porta 25 segles, la psicologia porta 150 anys. Aquests decalatges... Encara que en 150 anys han fet molt més camí que nosaltres en 25 segles, això també cal dir-ho així, però les situacions institucionals han estat molt peculiars en aquests 150 anys. Tant de bo sigui el més ràpid possible, però també cal veure aquesta dificultat que de vegades ha tingut la psicologia de veure's dins del campus sanitari. I estar al campus d'humanitats, estar al campus de socials ha dificultat molt la possibilitat d'integració.

L. Jo crec que l'especificitat cada vegada més arrelada i més diferenciada de la psicologia clínica pel que fa a la psicologia educativa i l'empresarial és el camí a seguir dins de la psicologia clínica, així seria més fàcil aconseguir aquest reconeixement.

P. Tant de bo! ●