

La gran variabilitat dins el Trastorn de l'Espectre de l'Autisme: de l'autisme a la psicosi

– Mònica Recio –

Psicòloga Sanitària. Màster en Artteràpia. Servei de Tractaments, Formació i Recerca Carrilet (Barcelona). Espai Terapèutic Desenredat (Canet de Mar). E.E.E. L'Arboç (Mataró) i Fundació Maresme. (Barcelona, Espanya)



En la nostra pràctica clínica, parlem de Trastorn de l'Espectre de l'Autisme (TEA) referint-nos a una àmplia variabilitat de simptomatologia i casuístiques. Les manifesta-

cions són tan variables com persones atensem, així que tenim el repte d'explicar als nostres pacients i als seus familiars què vol dir tenir TEA. Sovint, poden posar-ho en qüestió i sentir-se recelosos perquè "està de moda", com si els professionals veiéssim autisme a tot arreu. Les persones que atensem, sovint no tenen formació al respecte i poden conèixer persones diagnosticades de TEA i veuen que són ben diferents; per tant, pot ser difícil d'acceptar que es comparteix el mateix diagnòstic. En ocasions, al contrari, és el pacient qui ha llegit, qui ha escoltat i creu que els seus malestars poden ser la conseqüència d'un TEA emmascarat, cercant en el diagnòstic un alleugeriment, cosa que també ens inoculara una pressió i sovint ens posa més traves en el camí de l'objectivitat clínica.

Estem en l'era de la sobreinformació, tothom sap alguna cosa sobre l'autisme, n'hi ha que poc, n'hi ha que han fet un "màster", per tant, hem de poder argumentar i explicar amb detall el que hem

observat i el perquè considerem un o altre diagnòstic.

L'augment de la prevalença de l'autisme ha estat molt alta en els últims 40 anys. L'any 1975 la xifra aportada per l'organització americana Autism Speaks assenyalava 1 cas d'autisme per cada 5000 naixements. L'any 2008 aquesta xifra se situava en 1 cas de TEA per cada 150 i les investigacions recents (Centre de Control de Malalties d'Atlanta, 2014) apunten a 1 de cada 68 infants. Al DSM-V s'assenyala que l'1% de la població podria presentar TEA (APA, 2013).

Les raons de l'augment de casos no són clares i s'apunten aspectes multifactorials; d'una banda, la millora de la precisió diagnòstica i l'augment de la detecció precoç, però també cal fer esment a que la toxicitat ambiental, que impregna cada una de les nostres cèl·lules (disruptors endocrins) està afectant especialment al desenvolupament del sistema nerviós central en l'etapa fetal i primers dos anys postnatsals, on es donen períodes crítics de desenvolupament neuronal que afectaran al llarg de tota la vida (Schoore, 2022).

Aquest augment dels trastorns mentals ha fet que els professionals tinguin molta pressió assistencial (especialment en l'atenció pública), molta exigència, s'ha de ser molt eficaç i efectiu en el mínim temps possible amb els millors resultats. Això aboca a una forta frustració en la majoria de professionals que volen atendre el millor possible, però no tenen temps, no es poden oferir treballs llargs i més profunds i, com si d'una pastilla es tractés, els seguiments psicològics i/o psiquiàtrics han de disminuir la simptomatologia a la primera toma. En canvi, sabem que els processos personals i mentals són lents i necessiten de molt de respecte i paciència.

REVISIÓ HISTÒRICA DEL DIAGNÒSTIC DE TEA

Les classificacions dels trastorns mentals van modificant-se periòdicament amb l'objectiu d'afinar i millorar els diagnòstics, però aquestes estan emmarcades en un context social que les acoloreix d'una o altra manera, no per això menys rigoroses, però sí que es pot donar major o menor rellevància a certs aspectes. El manual diagnòstic per excel·lència és el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), actualment el DSM-V, de model americà i amb una orientació de caire més organicista que els manuals que s'intentaven implementar a Europa.

Els professionals tenim uns criteris diagnòstics objectius que s'han de complir per poder dir que encaixen en una o altra etiqueta diagnòstica, però és cert que ara mateix ens trobem amb que la realitat del diagnòstic de TEA va des de l'autisme clàssic (Kanner) a l'Asperger, al fenotip ampliat, als trets sense complir criteris diagnòstics, al TEA amb pensament desorganitzat... Cal especificar la gravetat, la capacitat cognitiva i el nivell de llenguatge, però amb tot, a vegades, no sabem davant de quin pacient estem i alguns professionals intentem afegir alguna descripció més qualitativa dins l'etiqueta diagnòstica que pugui orientar més al professional en la comprensió del que vol dir en aquell cas concret TEA.

Curiosament, si ens remuntem en la història, els primers casos d'infants amb autisme quedaven englobats en el concepte de *psicosis infantil*. L'any 1833, Cleverly i Spitzka parlen de *bogeries per l'afectació del sistema nerviós*; l'any 1859, Gunz va publicar un treball titulat *La bogeria dels escolars*; l'any 1890, Benjamin Rush va parlar de *bogeria infantil* i, a Barcelona, Giné i Partagàs parlaven de *bogeria dels infants*, entre d'altres pioners.

Folch i Camarasa diu: “El terme *psicosi infantil* apareix l’any 1937 i se l’atribueix a Louise Despert com una necessitat d’englobar en aquest terme una sèrie de manifestacions psicòtiques, probablement no esquizofrèniques” (1984, Symposium Nacional sobre Psicosis Infantiles). Melanie Klein, als anys 30, també ens parla de *psicosi en la infància* i no va ser fins a l’any 1943 que Leo Kanner parla d’*autisme* i al 1944 Hans Asperger de *psicopatia autista*, establint-se les bases del diagnòstic de l’autisme. En l’autisme, s’havien de donar limitacions en diferents àrees del desenvolupament: la comunicació, la interacció social recíproca, el pensament i el comportament.

A la dècada dels 50, apareix un boom de treballs sobre psicosis infantils, de la mà d’autors com Mahler, Vallejo, etc. que parlen d’*autisme* i *psicosi en la infància*. Als anys 60 i 70 tenim les aportacions per a la comprensió de la *psicosi* i el desenvolupament infantil de Winnicott, Ajuaguerra, Mises, Diatkine... El DSM-III apareix de la mà de l’equip liderat per Spitzer, als anys 80, després de molts anys intentant millorar les classificacions i els criteris diagnòstics (DSM-I i II), per tal de implementar uns acords comuns, on es classifiquen les psicopatologies infantils, diferenciant entre *trastorn esquizoide de la infància* i *l’adolescència* i *trastorns profunds del desenvolupament* (on se situa l’autisme i els seus diferents graus). A la dècada dels 90, el DSM-IV parla de Trastorn Generalitzat del Desenvolupament, dins del què es trobaven: el Trastorn Autista (tipus Kanner), Síndrome d’Asperger, Síndrome de Rett, Trastorn Desintegratiu Infantil i Trastorn Generalitzat del Desenvolupament no especificat. S’havien de complir tres requisits simptomatològics: dificultats en la reciprocitat social, dificultats en la comunicació o el llenguatge i interessos i pensament restringits i repetitius.

El DSM-V, que substitueix el TGD per Trastorn de l’Espectre de l’Autisme (TEA), incorpora totes les altres categories diagnòstiques (excepte la Síndrome de Rett que esdevé diagnòstic independent), que alhora s’emmarquen dins dels trastorns del neurodesenvolupament. És necessari especificar els nivells de gravetat i el ni-

vell de suport que necessiten. Quant a les característiques simptomatològiques, s’han de complir dues de les tres categories del DSM-IV: dificultats en la comunicació social i comportaments restringits i repetitius. S’ha afegit la presència de dificultats en el processament de la informació sensorial. En canvi, les dificultats en el llenguatge o en la pragmàtica es consideren no exclusives del TEA i tenen un diagnòstic diferent: trastorn de la comunicació social, on no es troben interessos restringits o comportaments repetitius.

Els diagnòstics no sempre són clars, hem de tenir en compte les evolucions tan espectaculars que es donen, especialment en infants atesos en els primers mesos o anys de vida, gràcies als esforços i investigació en la detecció i intervenció precoces. També ens podem trobar pacients que en un moment determinat de la vida han estat diagnosticats de TEA, però ara ja no compleixen els criteris diagnòstics. Es considera l’autisme com un continuïum i els diferents subtipus formarien part de l’evolució a través d’aquest espectre, però sabem per les neurociències que el TEA és una condició neurològica divergent i estable al llarg de la vida, de forma que aquests pacients potser amb les eines facilitades han aconseguit trobar molts recursos, s’han flexibilitzat i augmentat la seva capacitat simbòlica, però la seva condició no canvia i pot passar que en un moment complicat de la seva vida es desencadenin de nou certes dificultats. Tenint en compte aquests factors biològics, actualment s’està posant a debat el fet si es pot definir com un trastorn o bé s’hauria de parlar d’una condició específica, sense entendre-la com una patologia.

LA COMPRENSIÓ MENTAL EN LA VARIABILITAT DEL TEA

Ara cal intentar treballar el millor possible dins d’aquest context canviant i inestable i, lluny de la carrincloneria, crec que ho hem de fer a través de mantenir viva l’experiència i saviesa dels nostres antecessors, els quals treballaven minuciosament a través de l’observació dels seus pacients. Un moment social previ a les noves tecnologies de la informació, en el qual el ritme de vida permetia donar una

rellevància als espais de pensament, discussió i estudi que actualment costa molt esforç de mantenir.

En aquest sentit, us proposo aquestes línies per pensar en com podem ajudar i entendre els pacients tan divergents que ens trobem a consulta. Ho faré a través de dues vinyetes de dos infants que tenen el mateix diagnòstic de TEA, però amb manifestacions ben diferents. Pensar des de la infància ens pot apropar també als adults, ja que moltes necessitats infantils continuen presents a la vida adulta, tot i més suavitzades i amb més recursos; els adults tenen moltes més habilitats per controlar els impulsos i per donar la seva millor versió, l’espontaneïtat de la infància s’ha perdut i això pot dificultar arribar als aspectes més profunds. Per mi, tenir coneixement dels infants amb TEA ha estat imprescindible per poder conèixer les angoixes i defenses més primitives, que és el punt del qual partim tots i que gràcies a la relació i als recursos propis, les podem anar gestionant i transformant.

VINYETA 1

L’Andreu, de 8 anys, entra a la sala amb certa inseguretat, el seu cos sembla descoordinat, poc harmònic, la seva cara és inexpressiva i la mirada fugissera. Té la precaució de no tocar res amb el seu cos i d’allunyar-se de la meua mà si aquesta se li apropa. Com a cada sessió, entra a la sala i diu: “hola, aquesta setmana ha anat bé”. I gairebé sense deixar espai d’intervenció, vol continuar explicant-me la pel·lícula de dibuixos que no va poder acabar d’explicar-me l’últim dia. Quan jo intervenc explicant-li que ell ha seguit en el mateix lloc on va acabar la setmana passada, calla i m’escolta de forma educada, però amb certa ansietat, esperant el meu silenci per poder seguir amb les seves explicacions. Continua amb la representació de la pel·lícula on teatralitza els diàlegs i gestos dels personatges, que té apresos de memòria, de manera que puc fer-me una idea pràcticament literal de la pel·lícula.

Estem compartint un mateix espai, però jo sóc una espectadora, no estem compartint una experiència conjunta. A vegades, intento intervenir fent preguntes que mostrin interès en alguna de les

coses que m'assenyala o per entendre el que està passant, recordant-li que jo no he vist la pel·lícula i no entenc el context d'alguns diàlegs o escenes.

Malgrat la molèstia que li suposen sempre les meves interrupcions, em contesta de forma breu. He de ser àgil entenent-lo perquè sinó es pot mostrar més molest. Un cop acabada la representació, recita els crèdits, els noms del productor, director, músic, il·lustrador... i es mostra molt frustrat si no en recorda algun.

VINYETA 2

En Pau té 7 anys, entra corrents al centre, riu i mira enrere perquè s'ha escapat de la mà de la seva mare. En veure'm, m'empeny rient i segueix corrent pel passadís, es gira amb una mirada divertida per veure si algú el persegueix. Al centre on som, les sales estan comunicades per portes corredisses amb un pati exterior. El perseguim fent voltes fins que aconseguim aturar-lo, l'ajudo a entrar a la sala i, just quan estem a punt d'entrar, fa una estirada ràpida i torna a marxar corrents i rient divertit, esperant una nova persecució.

Al cap de l'estona, aconseguim entrar a la sala. Es treu les sabates i les llença. Agafa un àlbum de cartes de Pokemon de la seva motxilla i comença a mirar-les passant els fulls, n'agafa algunes i les recol·loca perquè totes estan seguint un ordre que ell m'explica, però que jo no acabo de comprendre. M'interesso per les seves cartes i em va explicant els atacs de cada Pokemon, la quantitat de força que té, les evolucions que fa... Coneix tots els noms i característiques de tots ells (n'hi ha més de 500). El seu llenguatge és fluid, m'explica les coses amb connexió amb la mirada i amb cert desig de compartir-les amb mi.

Me'n fa escollir un i després ell n'escull un altre que m'ataca i sempre em guanya. Ell gaudeix sent el millor, el més fort, el que més en sap. Sovint s'aixeca inquiet i camina per la sala amb algunes cartes a la mà mentre parla sol sobre els atacs que em pot fer.

Després, guarda l'àlbum i se'm tira al coll de forma imprevisible en una barreja d'abraçada/ estrangulament agressiu que em deixa molt desorientada. A les

sessions, acostumo a sentir-me en una mena de corda fluixa, no sé si en algun moment pot esclatar alguna cosa, estic amb un continu patiment, alerta...

Li proposo fer alguna cosa amb plastilina i no vol. Diu que dibuixarà. Fa un monstre amb unes urpes afilades i boca amb dents punxegudes. Mira el dibuix i llença els llapis cap a mi. Se'n vol anar. Estira amb força el mànec de la porta que he deixat tancada amb clau. S'enfada perquè no pot marxar. Comença a llençar els materials i els he d'anar guardant dins un armari per protecció. Li dic que guardo les coses per poder estar segurs, que és difícil estar aquí amb mi i que potser ha dibuixat una cosa que el pot haver espantat, però les meves paraules no arriben. Només la contenció del propi espai, la meua resistència als seus atacs i la meua actitud ferma però comprensiva, aconseguen anar calmant la seva ansietat.

En la primera vinyeta, podríem observar una tipologia de TEA amb unes característiques d'un funcionament més tipus Asperger, és a dir, un infant intel·ligent, amb capacitats cognitives que poden arribar a ser brillants en alguns aspectes, una memòria pels detalls i una rigidesa en el pensament molt marcada. L'interès en la relació amb mi és poc o nul, està centrat en els seus interessos i jo he de fer exactament el que ell vol. Jo he de funcionar com una prolongació, sense mostrar distància, indiferenciada d'ell. M'engoleix al seu món com si formés part del seu pensament, del seu món. És un tipus de pacient que no genera gaires conflictes a l'escola, tendeix a aïllar-se i crear-se un món fantàstic, fet a mida, que no frustra, que evita contactar amb el final de la sessió i el principi, la separació i el retrobament, situacions que li podrien generar forts sentiments de por. Els finals i els retrobaments són molt importants perquè tenen relació amb ell i jo, dos persones amb dues ments diferents. En la distància ens podem pensar, recordar i trobar a faltar, fent notar coses diferents per dintre, que fan trontollar la falsa sensació d'invariabilitat i continuïtat que s'esforça en construir.

En el segon cas presentat, podem observar que tot el que succeeix és molt

més visceral, deixa menys espai per pensar i la sensació d'inestabilitat, d'estar a la corda fluixa és constant. Hi ha molt patiment en la relació, és incapaç de sostenir el dolor i busca la fugida per no patir.

Sovint són infants amb una mirada punyent i vivaç, pendents de les reaccions dels altres. Sembla que estableixen un bon contacte, però ràpidament es desorganitzen, són caòtics i desestructurats. A vegades, es mostren molt afectuosos i de sobte hostils, inaccessibles, mostrant una gran ambivalència afectiva.

Són infants que neguitegen en gairebé tots els contextos, a casa, a l'escola, a les activitats extraescolars... Quan arriben a consulta, acostuma a haver-hi un gran caos al seu voltant, hi ha desesperació i desesperança, enuig. Tenen actituds provocadores que tendeixen a despertar reaccions d'autoritat dures, reprovacions, càstigs i amenaces. Són poc entesos en el seu patiment, ans al contrari, s'interpreta el seu comportament com a malintencionat, negativista, desafiador... A vegades el seu entorn, que ja era viscut com a amenaçador, s'ha convertit en una realitat hostil. Com més persecutori és el context, més raons tenen els nostres pacients per defensar-se de l'amenaça que els suposa relacionar-se amb l'exterior.

Fa uns anys, aquests infants haurien tingut el diagnòstic de psicosis infantil, però actualment només es poden diagnosticar com a TEA, compleixen els criteris de dificultats en la comunicació social i interessos o comportaments restringits, però amb la vinyeta podem observar com són de diferents.

Per poder atendre aquests infants de la forma més adequada, hem d'entendre les profundes diferències internes que existeixen. Només he pogut trobar en les perspectives psicoanalítiques i psicodinàmiques elements de comprensió que orientin el meu treball en la pràctica clínica. Aniré citant, al llarg de l'article, autors rellevants en el meu recorregut, però entre ells hi ha Viloca, Corominas, Bion, Meltzer, Klein, Mahler, Stern, Ajuaguerra, Palacio, Winnicott, Favre, Spitz i Trevarthen, entre d'altres.

Des de la perspectiva psicoanalítica, s'ha donat molta importància a l'observació dels nadons i al seu desenvolupament

en la relació. Aquestes observacions han permès entendre amb més detall les ansietats més primitives del nadó i com aquest va fent front a les mateixes, amb els mecanismes de defensa.

Des d'aquesta perspectiva, Favre, Midenet i Coudrot (1983), plantegen tres nivells de relació en el nadó que són evolutius i pels quals tots els éssers humans transiten: el primer nivell, l'autisme; el segon nivell, la relació simbiòtica i el tercer nivell seria la sortida de la psicosis.

Les noves observacions i investigacions (Trevorthen, Schore, per exemple) consideren al nadó sa com un gran comunicador i receptor de la relació, l'autisme ja seria una desviació en l'evolució des del naixement, però tot i això, Favre i col·laboradors m'han permès entendre alguns aspectes del desenvolupament de la consciència d'un mateix i de la diferenciació amb els altres, prou interessants per fer esment a algunes de les seves idees.

El primer nivell de relació: l'autisme

Els autors consideren que el primer nivell de relació, el punt zero de la relació, és la falta de relació. Hi ha diversos nivells d'autisme i el més greu és el que presenten els infants que semblen sords, cecs i insensibles al dolor: autisme "desert". A mesura que van progressant, apareixen aquestes sensibilitats i capacitats sensorials.

Una altra forma d'aïllament autista és evitar i defugir la mirada de l'altre. O bé l'infant mira a través teu com si no existís i segueix quiet i inexpressiu, o bé mostra un comportament anàrquic, una agitació més o menys notable i un evident malestar.

Aquestes formes d'autisme són formes passives d'evitar la relació. Altres infants eviten la relació de forma activa, fugint, anant-se'n físicament. En aquest cas, el caràcter actiu del rebuig es fa més evident: es veu com observen permanentment tot el que els envolta, sempre alerta, com un "radar", perceben qualsevol persona que se'ls acosti i se'n aparten aparentment sense cap mena d'intencionalitat, giren, tot per mantenir-se sempre tan allunyats com puguin dels altres. Aquests tenen millor pronòstic que els

anterior, perquè el seu rebuig de la relació no és tan profund, però d'altra banda la seva obertura els fa més sensibles a les pertorbacions de l'ambient, en especial als canvis en l'entorn i de lloc.

Si ara vinculem aquesta informació amb la primera vinyeta, podem observar com l'Andreu es podria ubicar dins d'aquest grup, evita la relació de forma activa, s'allunya de la meua proximitat física, defuig la mirada, sempre alerta als altres per prendre distància. El rebuig no és tan intens com en l'autisme desert, però la sensibilitat és molt alta i, com un cargol, necessitarà amagar-se si el contacte el viu amb molta intensitat.

Primer període crític: relació fusional

El pas d'un nivell a l'altre està precedit per un període crític. La paraula crisi vol dir canvi i, per tant, període crític vol dir període de canvi o de pas d'una situació a una altra. Però un canvi només és crisi quan va acompanyat d'angoixa; l'angoixa de deixar una situació coneguda i controlada per passar a una altra, potser millor, però que no coneixem, ni sabem si la podrem controlar. Tota l'evolució personal és un curs en el qual s'alternen etapes de crisi i etapes de seguretat.

Hi ha dos períodes crítics, que en tots els infants seran breus i poc definits, però en el cas de l'infant psicòtic pot quedar-s'hi ancorat durant molt de temps, fins i tot tota la vida.

Pels autors, la relació fusional és l'obertura del tancament autista sense la seguretat encara de la relació simbiòtica. Els infants molt petits tenen un coneixement de la mare i de si mateixos tan simbiòtic que els sembla que si desapareix la mare (usaré el terme mare per referir-me a la persona que en té cura, que exerceix les funcions de cura física i emocional) també desapareixeran ells; de fet desapareixerà tot. Aquest període, en el desenvolupament neurotípic, és molt breu gràcies als progressos de la memòria i d'altres processos de pensament que es van donant.

La fusió es podria definir com la impossibilitat de tolerar la ruptura d'una relació corporal directa. Una conducta típicament fusional seria l'oscil·lació i la inversió dels afectes, de la qualitat del to

afectiu en la relació. El nadó o infant que sembla feliç al costat del company simbiòtic, de sobte sembla horroritzat i inicia una conducta agressiva contra el company com si desitgés aniquilar-lo. L'infant es submergeix en l'altre, arrenca d'ell el sentiment d'existir, però alhora, contradictòriament, té por de perdre's. La psicosis es manifesta com una por de morir, una por de no ser, de deixar de ser o de no arribar a ser.

En el cas de la segona vinyeta, es pot veure aquesta ambivalència en la relació afectiva, la qual està lligada a una sensació desagradable de por i dolor. Vol relacionar-se, però no pot, és molt sensible a les emocions i aquestes el trasbalsen profundament, per això vol evitar-les, vol marxar corrents de la sala.

Sostenir amb actitud terapèutica la situació és una forma d'acostumar-lo a les emocions, a distingir les emocions, a fer-li perdre la por a emocionar-se, a ser capaç de controlar la por i a descobrir que l'amor no fa mal i que val la pena arriscar-se a la relació i sortir de la carència afectiva que provoca el tancament autista. Caldrà ajudar aquests infants en la conscienciació i control de les emocions, és a dir, ajudar-los a no viure sotmesos a la satisfacció de les seves pulsions.

És per aquests motius tan primaris pels quals es comporten tan *malament*, poden semblar malintencionats, però això és atribuir-los una organització mental i personal que no tenen. Se'ls suposa infinitament més ben organitzats del que realment estan i es pensa que posen en pràctica un comportament premeditat, quan en realitat són esclaus de les seves pulsions.

Si anem ajudant a l'infant durant el procés terapèutic, permetrem que vagi transitant per la següent fase, tot i que la consecució de les fases no és lineal, sinó que poden haver-hi avenços i retrocessos, també presenten aspectes de diferents nivells al mateix temps, és a dir, que en un moment determinat pugui relacionar-se de forma més involucrada o a l'inrevés.

El segon nivell: la relació simbiòtica

Segons la teoria dels nivells de relació, durant el primer any de vida i bona part

del segon, l'infant es relaciona amb els objectes i amb ell mateix, però encara no té consciència de Jo i, per tant, tampoc del no-Jo. El seu Jo s'eixampla fins a l'infinit. No pot distingir entre objecte i subjecte i confon les sensacions que li venen de fora amb les que li venen de dintre. Entre la mare i el nadó tampoc no hi ha frontera. La mare forma part d'ell i ell forma part de la mare. De moment, en absència d'un Jo propi, s'apropia del de la mare.

En els infants amb un desenvolupament no alterat, aquest nivell de relació es caracteritza per la possibilitat d'acceptar l'absència del company; en algun moment li pot interessar més un objecte determinat; i, fins i tot, pot canviar la mare per una altra persona amb qui es relaciona també de forma simbiòtica.

El funcionament de l'infant amb TEA es regeix per una manca de matisos, per la llei del "tot o res". Queda com enganxat a allò que l'interessa, oblidant tota la resta. En el pla de la relació, es caracteritza per un comportament molt irregular: pot estar lligat (enganxat) com carn-i-ungla a la mare i, a continuació, abandonar-la totalment per dedicar-se a un altre interès. Els cuidadors, sovint, per fer-li passar un desig que no poden o no volen satisfer li ensenyen una altra cosa i l'anterior queda oblidada automàticament. Cal desviar l'atenció de l'infant, això no vol dir que l'infant simbiòtic accepti sempre de bon grat els canvis o les imposicions dels adults, en especial si no es compensen amb alguna altra cosa del seu interès.

En aquest estat de confusió entre el Jo i el no-Jo, les coses existeixen només si són presents; quan desapareixen del seu camp sensorial, deixen d'existir. Aquesta és una de les raons de la seva por dels canvis.

Hi ha tot un procés per arribar a la diferenciació entre subjecte i objecte que va dels objectes que són alhora Jo i no-Jo, després comencen a ser exteriors al Jo, però encara són una mica la seva prolongació que és el que Winnicott (1999) anomena *objecte transicional*.

Després de l'etapa egocèntrica, vindrà l'etapa de la socialització en la qual el nadó surt del seu egocentrisme, és capaç de veure's a si mateix com a objecte

i reconèixer en l'altre la categoria de subjecte; per tant, és possible el respecte a l'altre i les relacions personals.

Una característica dels infants amb TEA que fa difícil la seva evolució és la tendència a l'ús d'un sol canal sensorial i la dificultat per captar les sensacions de forma integrada. És a dir, que si està mirant un objecte, no pot atendre la veu de la persona cuidadora que li parla del que està passant. Una manera ajustada d'intervenir seria, per exemple, quan els cuidadors veuen que el nadó està interessat per un objecte poden fer comentaris de l'estil "mira què bonic, com t'agrada el vermell o quin sorollet que fa...", comentaris que van aportant vida emocional als objectes i a la relació que manté amb ells.

Una altra característica és que domina la llei del "tot o res". L'infant pot ser molt afectuós amb un adult i a continuació agredir-lo amb ràbia, violència i desesperació.

Si segueixo amb l'anàlisi de la segona vinyeta, en ocasions sentiria que la nostra relació s'apropa a una relació simbiòtica. Sembla captar que hi ha un altre que existeix, hi ha un pre-símbol, una imatge primitiva del que pot ser l'objecte, de manera que ell i jo podem tenir fugaçment dues identitats, però confuses i barrejades, com una prolongació de si mateix.

Segon període crític: la relació maníaca. Aquest període crític se situa entre la relació simbiòtica i la relació interindividual o personal, que és la sortida de la psicosi, encara que sovint es conservin símptomes o trets psicòtics. La forma de relació pròpia d'aquest període s'anomena maníaca perquè predomina el mecanisme de defensa maníac.

Les defenses maníacques són una de les moltes formes de defensa del Jo contra l'angoixa i que es manifesten com una actitud de control sobre l'altre, de triomf i de menyspreu, són un intent d'assegurar el Jo, de sentir-se fort i important, dominant, manipulant i tirantitzant l'altre. És una actitud que, més breu i atenuada, es dona en el curs del tercer any i se n'ha dit etapa de la resistència, de l'obstinació, de l'oposició. La relació maníaca és un intent de pujar rebaixant a l'altre i reduint-lo a esclau, el Jo simbiòtic de l'infant li perdo-

na la vida a l'altre. En la relació fusional, l'altre és un objecte mort, un graó que serveix de suport. Malgrat que en aquest segon període el Jo de l'infant sembla rígid pel rebuig obstinat a les iniciatives, consells o ordres de l'adult, en realitat és un Jo igualment fràgil.

En els infants que presenten trets psicòtics, aquest període és llarg, molt difícil de superar, amb recaigudes temporals en el comportament fusional, com si hi estiguessin ancorats i no poguessin acabar de desprendre's de les formes de defensa més primitives. Són possibles encara les explosions de tipus fusional; la relació maníaca és una defensa davant del perill o la por de recaure en la fusió.

Tornant a la vinyeta 2, podem veure com en Pau també organitza unes defenses maníacques. Es pot relacionar amb mi si és ell qui guanya, si és el fort, el valent i jo la que sempre cau en els seus atacs.

Tercer nivell de relació: més enllà de la psicosi

Per últim, la sortida de la psicosi infantil és l'afirmació personal que permet una relació completa amb les persones i amb les coses. Cada vegada és més conscient de si mateix, encara que ocasionalment es confongui amb l'altre. La conquesta del sentiment complet de ser un Jo és un procés laboriós i molt llarg. Cap al tercer any, ja hi ha la certesa de ser un Jo ben afirmat, apareix el Jo en el llenguatge i les figures tancades en els seus dibuixos. Ja ha passat la crisi de personalitat descrita per Wallon, no necessita afirmar-se, cosa que demostra la profunda certesa de la seva integritat personal. Tenir consciència de la pròpia identitat vol dir estar convençuts que existim. Aquests passos permeten l'accés a les identifications secundàries: la identificació sexual, la dels models culturals (familiars i després socials). Cada vegada és més únic, complet i ric.

Així doncs, segons la teoria dels nivells de relació, els infants amb TEA amb trets de caire més psicòtic, quedarien aturats en els períodes crítics, sense poder adquirir els nivells de relació de forma estable. Observem una complexitat molt alta, un vaivé d'un nivell a un altre, d'unes defenses a unes altres, de la fusió

a la mania passant fugaçment per la simbiosi, fins i tot per l'autisme.

Una de les psicoanalistes que m'ha ajudat a comprendre aquesta ambivalència que vivim a la pràctica clínica en la relació amb pacients psicòtics és la Melanie Klein.

Klein va treballar amb infants, seguint el llegat de Freud, i va observar unes pulsions agressives innates dels nadons cap als seus progenitors, les quals va anomenar fantasies inconscients. Això la va portar a pensar que el conflicte fonamental de l'existència és l'ambivalència que generen els impulsos de vida (amor) i els de mort (odi). Klein va desenvolupar el concepte de posicions per referir-se a l'experiència que l'infant té dels seus objectes (es refereix a la mare o pare interior, amb el que l'infant es relaciona, pot ser un objecte parcial, el pit, els ulls... o complet), amb les ansietats que l'acompanyen en relació amb el conflicte entre els seus impulsos i les seves defenses.

Klein, a diferència de Favre, no parla de nivells de relació, sinó de dos posicions, que són dues estructures elementals de la vida emocional que tenen el seu origen a la infància i que perduren tota la vida. Cadascuna d'aquestes posicions té les seves ansietats característiques, mecanismes de defensa propis i tipus de relació d'objecte diferents.

Klein considera que des del naixement hi ha un Jo, en principi molt rudimentari, que té capacitats, però està desintegrat, ha d'anar organitzant-se a través de les experiències. La persona cuidadora, a través de la seva funció de *rêverie* (maternatge amorós, vincle, connexió emocional...), anirà donant coherència a les sensacions del bebè i la seva experiència interna anirà prenent coherència. Davant les frustracions habituals de la gana, la son, el mal de panxa... el nadó té una experiència negativa, que no pot pensar ni raonar, de forma que la persona cuidadora es viu com a frustrant, algú que no està atenent quasi màgicament el seu malestar, el qual és viscut de forma catastròfica. Així doncs, aquesta experiència sensorial negativa, s'integra com un objecte intern dolent. En canvi, les altres experiències positives que es donen en els moments de benestar, quan

el cuidador li ha donat el menjar, l'acaronar, li parla amorosament i reconforta es converteixen en un objecte bo i gratificant, permetent la integració d'un objecte d'amor, bo, amb el qual pot identificar-se.

Per al bon desenvolupament, el nadó ha de protegir aquest objecte bo intern, malgrat els intensos sentiments d'agressió cap a l'objecte quan sent que aquest el frustra. En els primers moments de vida, es desenvolupa la primera posició, que Klein va denominar esquizo-paranoïde, en la que l'objecte està escindit, o és bo o és dolent, fragmentant l'unicitat de l'objecte, però alhora escindir l'objecte extern és inseparable d'escindir el propi jo incapacitant-lo per integrar les pròpies pulsions agressives.

Hem d'entendre que l'escissió és el trencament de l'objecte intern en dos entitats diferenciades, una bona i una dolenta, les quals no tenen res a veure, són dos objectes diferents. Doncs ara, a aquest mecanisme de defensa, hem d'afegir un altre propi d'aquesta posició i que es dona de forma inseparable a l'escissió: la projecció. En aquest cas, el que passa és que aquest objecte intern dolent és insuportable, no es pot integrar i reconèixer com a propi i es projecta cap a fora, de forma que queda projectat en la figura cuidadora, la qual esdevé persecutòria.

Per entendre això de la projecció, tornarem a recordar la vinyeta 2. Quan en Pau dibuixa un monstre aterrador, aquest queda escindit, no reconeix aquesta projecció com un símbol que representa els seus impulsos agressius, aquesta producció tan terrible no la pot viure com a pròpia i la projecta fora, en aquest cas a la terapeuta. Jo esdevinc l'objecte persecutori, em llença els llapis a la cara i vol escapar. Qualsevol apropament meu serà viscut com un amenaça, jo sóc el monstre, ja no sóc la terapeuta amb la que abans jugava a lluites i amb la que obtenia el plaer de sentir-se poderós. Encara no sóc viscuda de forma completa; si sóc persecutòria i dolenta, no sóc res més, no hi ha passat relacional, no hi ha experiència compartida integrada.

Quan l'objecte intern es viu de forma completa, Klein parla de la posició depressiva, és acceptar que l'objecte no

és perfecte, que pot ser bo i dolent alhora, que a vegades no ens dona tot el que necessitem, però pots integrar les mancances d'aquest objecte amb compassió i amor. Això, internament, representaria acceptar les pròpies limitacions, reconèixer com a pròpies les pulsions agressives, sense espantar-se, reconeixent que també hi ha una part bona i amorosa que hi conviu.

Amb aquesta teoria podem tenir una incipient idea del patiment i profund malestar dels pacients que ens arriben a consulta amb característiques o trets psicòtics.

Per endinsar-nos més en les diferències entre el funcionament mental de la psicosi i l'autisme, faré servir l'expertesa de la Dra. Viloca, qui ens explica que si bé en la psicosi el mecanisme de defensa, tal i com he exemplificat, és la projecció, en l'autisme es dona la identificació adhesiva. En el cas de la vinyeta 1, quan el nen entra per la porta, s'adhereix a mi, s'indiferencia i segueix amb les seves coses, jo sóc un element inexistent en la seva essència interna, sap que hi sóc, però és una percepció bidimensional de la persona, sense interior. En canvi, en l'infant de característiques més psicòtiques, l'altre existeix, tot i que parcialment, la percepció de les persones és tridimensional, entén que passen coses dins de cadascú, però encara sense comprendre que les coses que passen per dins les persones són diferents i tenen molts matisos.

Viloca (1998) ens diu que les ansietats que es mouen en l'autisme són principalment ansietats catastròfiques, que són aquelles que es donen en el moment del naixement, de sortir d'un lloc tancat, humit, calent i protegit, a un món fred i enorme; és una ansietat de caure en el buit i desaparèixer.

Segons Bion, cada vegada que ens enfrontem a canvis, revivim l'experiència catastròfica. La contenció de la mare (cuidador/a) és la que permet anar construint una experiència de seguretat, aquesta experiència quedarà interioritzada i es podrà anar substituint per altres objectes que recorden a la mare (com el xumet, la manteta) i permeten contenir-se no només amb la presència concreta de la mare; són objectes que tenen la funció de

pre-símbol que permeten anar integrant una primitiva imatge de la mare com algú extern. Finalment, aquests pre-símbols permetran el desenvolupament del llenguatge i el simbolisme.

En el cas dels infants amb TEA, la figura de la mare s'exclou i els objectes la reemplacen, convertint-se en objectes autistes que tenen la funció de calmar a través de l'autosensorialitat, amb una falsa sensació d'autosuficiència. Davant de la relació i del significat, les persones amb TEA fan servir la defensa del desmantellament, que és concentrar tota l'atenció en un únic canal sensorial, en un punt i desaparèixer de la consciència present.

No troben a faltar a la mare, però tampoc poden incorporar els elements cuidadors d'ella. Són infants sense història, mai no han pogut estructurar un esbós de Jo, és a dir, de subjecte i, per tant, tampoc d'objecte. És molt significativa la falta de simbolització, el símbol es podria entendre com un desig de representació de l'objecte absent, però si no hi ha subjecte, tampoc no hi pot haver objecte. Cal portar a l'infant amb TEA al sentiment de falta, perquè així despertarem el sentiment de presència i la necessitat de pensar en l'altre quan no el tenen.

Viloca explica que, en canvi, les ansietats en la psicosi són de desintegració, de confusió, de mort i aniquilació. Són bebès que si desitgen el pit, quan se'ls ofereix el rebutgen, l'agredeixen, ja no el poden incorporar com un element de cura i esdevé persecutori, generant un gran caos i desorganització. Davant de la relació o del significat, tendeixen a atacar, la pulsó agressiva, de mort, s'actua més.

Viloca afegeix que en l'autisme es dona una percepció unisensorial, a través d'un únic canal sensorial i en la psicosi hi ha una percepció multisensorial, però desintegrada i confosa.

En ambdós casos, la relació està com promesa, així com el Jo, el qual és molt rudimentari. Sense la construcció del Jo i el no-Jo, no es pot construir una experiència completa compartida amb un altre. Ambdós infants tenen funcionaments mentals arcaics i primitius, però les manifestacions i les contratransferències viscudes en la sessió són molt diferents i cal

abordar-les de forma diferent. Si només establím com a criteri el diagnòstic de TEA, estem perdent-nos l'oportunitat de comprendre l'experiència interna.

DE LA TEORIA A LA INTERVENCIÓ

En el cas del funcionament més autista, Alvarez (2004) ens parla de la necessitat de mantenir-nos en una atenció activa ajustada. Penso que és un factor molt important perquè en la seva defensa autosensorial i en la fantasia d'autosuficiència, van desvitalitzant l'objecte de relació. Aquesta desvitalització es duu a terme no tenint en compte a l'altre, no responent o mecanitzant les respostes. L'Andreu respon sempre de forma correcta, però mecànica, mancada d'autenticitat, aconseguint buidar les respostes de contingut emocional i, en conseqüència, de significat. En la contratransferència terapèutica, em costa poder mantenir l'atenció en les coses que ell m'explica, i dic m'explica, però en realitat no m'ho està explicant a mi, no hi ha intenció comunicativa. És fàcil en aquestes sessions que els nostres pensaments se'n vagin a un altre lloc i hem de fer grans esforços per romandre en el present, connectats amb ells i procurant que la nostra capacitat per pensar no quedi anul·lada.

Mantenir-nos internament actius és ajudar-los a connectar a ells amb el Jo i el Tu o, millor dit, d'entrada amb el Jo i, després, amb un altre que és no-Jo. Per exemple, amb verbalitzacions de l'estil "estàs explicant una *pel·li*, la Mònica està escoltant" o, de vegades, dient-li com m'imaginava l'escena. Acostumar-nos a parlar en primera persona del plural (nosaltres) pot ajudar a tolerar amb menys angouxa la presència de l'altre. Hem d'oferir un apropament progressiu a la diferència i evitar a l'inici de la relació o en els moments on estiguin més angouixats, parlar de Tu i Jo. Referir-nos a ells pel nom, com es fa en nadons més petits, pot ajudar a també a fer aquest pas intermedi en el procés de la diferenciació del Jo i el no-Jo. Hem de promoure la diferenciació, però respectant el procés del pacient i estar molt amatents a les seves respostes, a si s'angouxa molt, ja que si forcem podem

afavorir sense voler un major tancament intern. En el cas que presento, ell fa unes respostes correctes, però buides de significat; les respostes apreses són vàlides per a la societat, però no estan canviant res dins del seu món mental.

Sabent que tenen un funcionament adhesiu, una de les formes d'anar-nos fent presents és imitant-los. Seguint l'esquema de la Dra. Coromines i les troballes de l'equip de recerca de Carrilet (Arias, Fieschi i Mestres, 2016), la imitació esdevé el primer pas en el procés de conscienciació d'un mateix. Així doncs, imitar, fer de mirall de l'infant, és una via per comunicar-nos amb ell, de posar-nos en sintonia amb el seu moviment, amb la seva activitat i ens permet fer després una descripció de les accions per anar ajudant, posteriorment, a lligar aquestes accions a les sensacions i els sentiments o emocions que es mouen per, finalment, poder-les pensar de forma connectada i el més simbòlica possible. Procurant per una globalitat i coherència més completa que la de les experiències viscudes de forma bidimensional, plana i unisensorial.

De la mateixa manera que podem avançar cap al creixement, també podem ser més conscients de les seves necessitats en moments crítics. És a dir, que en moments d'angouxa o crisi, potser el que haurem de fer és oferir-los tornar a la unisensorialitat, permetent-los tornar a sentir el cos com una unitat. Per aconseguir-ho, podem oferir llençols, coixins... (perquè potser el contacte físic és massa invasiu) que els embolcallin i els donin aquesta sensació de continuïtat, com un úter matern (Morral, 2021). Una vegada calmats, podem tornar a oferir la possibilitat de sortir al món de la relació.

En el cas dels infants amb característiques més evolucionades, hem de plantejar recursos diferents. L'objectiu serà que puguin viure la relació amb l'objecte (en el sentit de persona) de manera més completa, anar treballant sobre els mecanismes de l'escissió i la projecció abans explicats perquè puguin anar incorporant dins seu un objecte bo i dolent alhora. És a dir, anar fent com diria Bion una funció de contenció de tots els elements desorganitzats (elements β) que

l'infant ens projecta, per transformar-los en elements pensables (elements α) que siguin més fàcils de digerir pel pacient. De mica en mica, aquesta experiència de contenció terapèutica podrà ampliar la possibilitat de percebre l'objecte (terapeuta intern del pacient) com a algú que pot frustrar, esdevenir dolent i persecutori, però també guaridor i amorós.

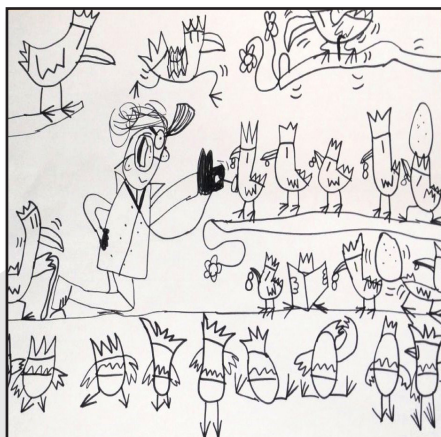
És important tenir molt present que els possibles atacs agressius són el reflex del seu patiment, del seu dolor mental i que nosaltres ens hem de fer càrrec d'aquest dolor per poder acompanyar-los. No sempre ho podrem fer bé, però hem d'aprendre a estimar a aquests pacients que ens violenten i agraïeixen.

Les experiències fragmentades són el focus del treball, hem d'ajudar a la integració del seu cos, del seu pensament, de la seva percepció... També seguint l'esquema abans esmentat, però tenint més present que nosaltres ens podem convertir en persecutors ràpidament. Quan això passa, la nostra presència pot ser viscuda com una amenaça, en aquests moments pot ser necessari fer-nos el menys visibles possible, no parlar, no tocar, inclús enretirar la mirada directa... Només quan deixem de ser una amenaça podrem tornar a apropar-nos. Una vegada estiguin tranquils, podrem fer servir aquesta experiència per integrar-la i per parlar del profund dolor que els suposa relacionar-se.

UNA IMATGE VAL MÉS QUE MIL PARAULES

Per últim, compartiré algunes de les produccions més representatives dels dos tipus de pacients amb TEA dels quals he parlat. Són produccions fetes per diferents pacients, infants d'entre 6 i 14 anys amb diagnòstic de TEA i atesos al Servei de Tractaments Carrilet de Barcelona. Aquestes imatges poden ajudar a entendre millor les teories sobre el funcionament mental dels infants amb TEA que us he explicat anteriorment.

Les produccions dels infants amb característiques pròpiament autistes presenten una tendència a la repetició i el component obsessiu hi és molt present.



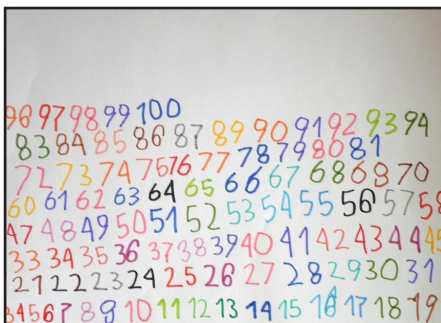
Imatge 1



Imatge 2



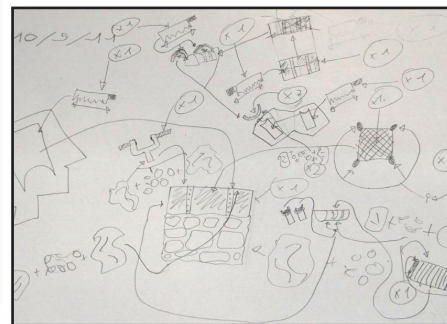
Imatge 3



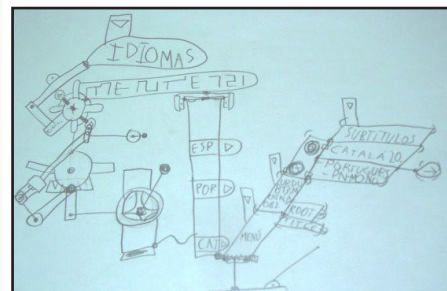
Imatge 4

En la repetició no deixen espai a la relació, s'omple de forma compulsiva l'espai i creen una falsa sensació d'invariabilitat. En la imatge 2, el pacient d'onze anys i jo vam descobrir que de la barreja de plastilines de diferents colors en sortien tonalitats diferents, però allò que en un principi va començar amb significat compartit, per l'emoció de la troballa, va anar quedant desvitalitzat per la multiplicació de les formes i la cerca obsessiva de tons sempre diferents. El que ens passa sovint als terapeutes a les sessions és que podem quedar fora, mentre es va desenvolupant una falsa autosuficiència per part dels pacients.

Les imatges 3 i 4 ens parlen dels seus interessos restringits i repetitius que, sovint, queden reflectits també en les seves produccions (planetes, senyals de trànsit, trens...), però que els hem d'aprofitar per vincular-nos, per fer créixer l'experiència i lligar-la a les emocions, per exemple, el recorregut que el porta a casa, a l'escola, el camí que fa amb els pares, les emocions de veure com un tren arriba o com es va allunyant per un túnel, com si quedés engolit... Tot allò que ens portin els pacients ho podem aprofitar per mirar d'assolir els nostres objectius, vitalitzar les experiències i portar-los el més a prop possible de la simbolització.

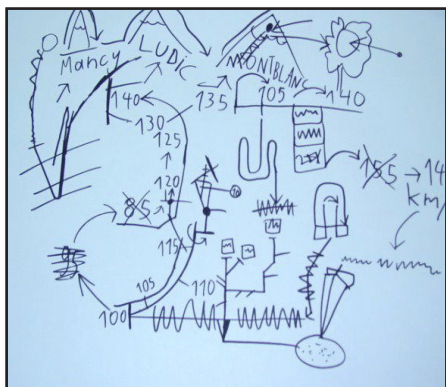


Imatge 5

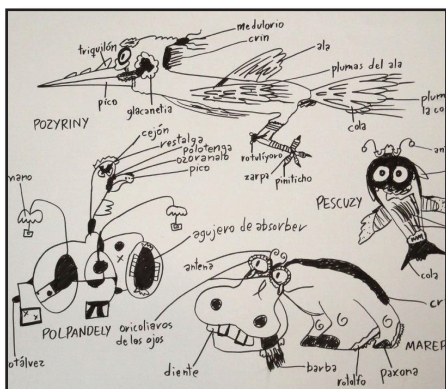


Imatge 6

L'interès pels mecanismes, els processos de les màquines i les parts dels objectes també es poden veure representats en els dibuixos. En les produccions 5 i 6 es representen unes màquines inventades: una d'elles, per fer paquets i l'altra representa el sistema que imagina que tenen els reproductors DVD, per arribar als idiomes de les pel·lícules.



Imatge 7



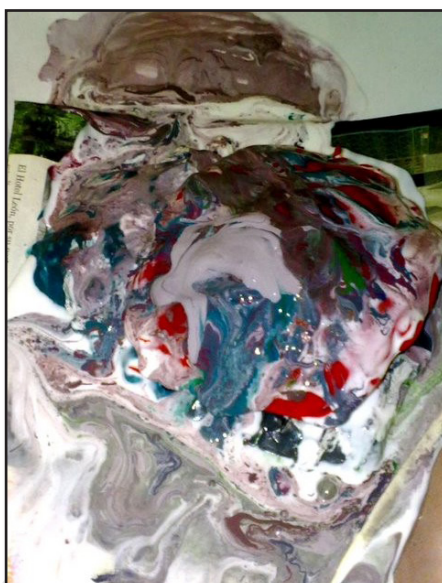
Imatge 8

També ens podem trobar amb recorreguts de mapes com, per exemple, en el cas de la imatge 7 on marca els Km, les altituds, la velocitat... En la il·lustració 8, tenim escrits els noms de les parts dels dibuixos com si es tractés d'un dibuix científic. Potser com una manera d'intentar posar ordre a la confusió interna.

Altres expressions de moments més indiferenciats es troben en l'ús de la pintura de forma barrejada i confusa, generant colors bruts i mancats de vitalitat. L'ús de pintures molt diluïdes, que poden arribar a trencar el paper, la barreja de diferents materials i l'ús de les mans com a una extensió del propi paper, sense límit entre la taula, el full, el cos...



Imatge 9



Imatge 10

Finalment, mostro un dibuix de la persona que és força representatiu de la seva pròpia corporalitat: un cos rígid, robotitzat i amb poques possibilitats de moviment.

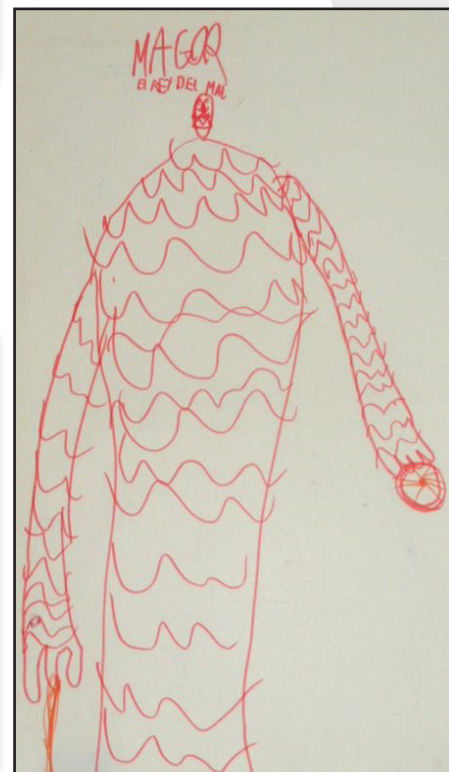


Imatge 11

En canvi, els infants amb nuclis o trets de caire més psicòtic presenten unes produccions en les quals apareixen de forma més dramatitzada l'agressió, els monstres persecutoris, plasmant unes ansietats terribles a la fragmentació, la mort, la destrucció. Sovint representen personatges horrorosos amb dents, urpes, combats, muntanyes punxegudes, volcans, explosions... En moltes ocasions, les obres queden destrossades i l'atac es dirigeix de forma concreta, no podent mantenir "vives" les produccions.



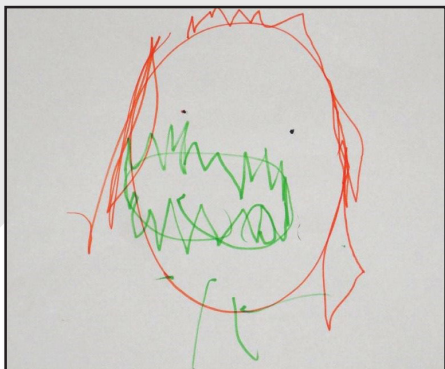
Imatge 12



Imatge 13



Imatge 14



Imatge 15

CONCLUSIONS

Molts pacients que estan diagnosticats de TEA lleu, amb unes capacitats cognitives preservades, semblen estar més a prop del diagnòstic de psicosis infantil. Tot i així, podem veure que ambdós compleixen els actuals criteris diagnòstics de TEA: dificultats en la interacció social i pensament i comportament restringit, amb patrons estereotipats o interessos específics molt intensos.

Ens trobem amb un Jo molt primitiu o molt fràgil que, si està present, ho està d'una forma molt fragmentada i poc cohesionada, amb una limitada percepció de l'altre, també, que pot representar una prolongació d'ell mateix o parts pròpies rebutjades i expulsades, suposant una percepció parcial.

En ambdós casos, cal treballar per l'ampliació de la consciència d'un mateix i dels altres, cal anar integrant sensacions, percepcions i emocions, facilitant la capacitat de pensament. Anar mentalitzant allò impensable i donar sortides pre-simbòliques que serveixin de pont per al desenvolupament de la capacitat simbòlica i creativa, de forma que es pugui anar ampliant la seva capacitat d'adaptació a la

realitat i la capacitat de relació amb els altres, permetent una major qualitat de vida, amb unes experiències vitals més riques i amoroses. ●

BIBLIOGRAFIA

Acquarone, S. (2011). *Variación en la comprensión del trabajo con niños autistas*. Treball presentat a la II Jornada d'especialització Carrilet, Setembre, Barcelona.

Álvarez, A. (2004). A propósito del elemento de déficit en los niños con autismo: psicoterapia basada en el psicoanálisis y factores de desarrollo. A J.M. Brun i R. Villanueva, *Niños con autismo: experiencia y experiencias*. Valencia: Promolibro.

American Psychiatric Association (2014). *DSM-V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Editorial Masson.

Arias, E., Fieschi, E. i Mestres, M. (2016). La imitació del nen autista en la psicoteràpia psicoanalítica: fonaments, disseny i aplicació. *Revista catalana de Psicoanàlisi*, Vol. XXXII(1), p. 124.

Bion, W. (1996). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Editorial Horme-Paidós.

Brun, J. M. i Villanueva, R. (2004). *Niños con autismo. Experiencia y experiencias*. Valencia: Promolibro.

Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet (2012). *Comprensión y abordaje educativo y terapéutico del TEA*. Barcelona: Editorial Horsori.

Favre, J., Midenet, M., Coudrot, A. i Coudrot, M. (1983). *Psicopedagogía del niño psicótico*. Masson: Barcelona.

Folch i Camarasa, Ll. (1984). Presentació feta al *Symposium Nacional sobre psicosis infantiles*. Murcia.

Fraiberg, S. (1982). Pathological defenses in infancy. *Psychoanalytic Quarterly*, 51, pp. 612-635.

Hernández, V. (2008). *Las psicosis: sufrimiento mental y comprensión psicodinámica*. Barcelona: Paidós.

Klein, M. (1987). *El psicoanálisis de niños*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Mestres, M. i Busquets, L. (2016). Els signes d'autisme durant el primer any de vida: la detecció a través d'un cas clínic. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, Vol. XXXII(2).

Metzler, D. (1979). *Exploración del autismo: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.

Morral, A. (2016). El cuerpo del niño con trastorno del espectro del autismo. *Revista Entrelineas*, 38, p. 23.

Rivière, A. i Martos, J. (2000). *El niño pequeño con autismo*. Madrid: APNA.

Schore, A. (2022). *El Desarrollo de la mente inconsciente*. Barcelona: Eleftheria.

Segal, H. (1987). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós.

Spitz, R. (1958). *El primer año de vida del niño*. Madrid: Aguilar.

Tustin, F. (1972). *Autismo y psicosis infantiles*. Buenos Aires: Paidós.

Tustin, F. (1987). *Estados autísticos en los niños*. Buenos Aires: Paidós.

Viloca, Ll. (1998). Ansiedad catastrófica: de la sensorialidad a la comunicación. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, Vol.XV(1), pp. 35-60.

Viloca, Ll. (1999). Aportacions punteres de la Dra. Júlia Coromines a la comprensió de l'autisme. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, Vol.XXV(1).

Viloca, Ll. i Coromines, J. (2008). *L'ansietat catastròfica: procés de simbolització i d'interpretació*. En *Processos primaris*, pp. 73-98. Barcelona: Fundació Orienta.

Viloca, Ll. (2011). *El vincle emocional*. Treball presentat en les Jornades de Formació Interna de Carrilet, Octubre.

Viloca, Ll. (2012). *El niño autista: detección, evolución y tratamiento*. Barcelona: Col·leccions Carrilet.

Wing, L. (1988). *Aspects of Autism: Biological Research*. London: Gaskell/The National Autistic Society.

Winnicott, D. (1999). *Realidad y juego*. Barcelona: Editorial Gedisa.