

# eipea

*escoltant i pensant els autismes*

Revista número 18, primavera 2025



**1** **PORTADA**  
Bruno Catalano. *Bleu the Chine*.

**4** **EDITORIAL**  
Josep M<sup>a</sup> Brun

**6** **SALUTACIÓ**  
Iván Ruiz

**ARTICLES**  
**8** Bernard Golse. *De la dissensorialitat a la causalitat epigenètica dels trastorns de l'espectre autista*.

**14** Alberto Lasa Zulueta. *De l'autisme d'ahir al d'avui... i al que vindrà. Primera part. Georg Frankl: un pioner silenciats i discret*.

**26** Susanna Olives. *La interacció com a vehicle del desenvolupament de l'infant en el primer any de vida: falles interactives i risc per a la construcció del self i la relació*.

**32** Daniel Camparo Avila. *"Ara s'ha acabat": ritme i sincronia en un grup terapèutic de mediació musical per a infants autistes*.

**EXPERIÈNCIES**  
**40** Francisco Núñez Valdivia. *Avaluació psicològica forense del bullying en el trastorn autista*.

**50** Núria Monreal i Meritxell Prat. *Escenoteràpia amb infants autistes*.

Revista digital de periodicitat semestral  
ISSN 2462-6414  
Web: [www.eipea.cat](http://www.eipea.cat)  
Obra de portada: Bruno Catalano, *Bleu de Chine*.

Tot el contingut  
d'aquesta revista està  
sota una llicència de  
Creative Commons.



Participa a la nostra campanya de micromecenatge continu amb aportacions des de només 2€ al mes.

El sosteniment de la revista depèn d'aquelles persones que poseu en valor la difusió sobre el món dels autismes.



La revista *eipea* forma part del repositori de Revistes Catalanes amb Accés Obert (RACO).

RACO pertany al Consorci de Serveis Universitaris de Catalunya (CSUC) per consultar, en accés obert, els articles a text complet.



# Equip Editorial

## DIRECCIÓ

---

**BRUN, JOSEP MARIA**

## CONSELL EDITORIAL

---

**BRUN, JOSEP MARIA**  
**OLIVES, SUSANNA**  
**AIXANDRI, NÚRIA**  
**CALVO, ALBA**

## CONSELL ASSESSOR

---

**CID, DOLORS** (Barcelona)  
**DURBAN, JOSHUA** (Tel-Aviv)  
**FIESCHI, ELENA** (Barcelona)  
**JIMÉNEZ, CIPRIANO** (Vigo)  
**LARBÁN, JUAN** (Eivissa)  
**LASA, ALBERTO** (Bilbao)  
**NEGRI, ROMANA** (Milà)

**PEDREIRA, JOSÉ LUIS** (Madrid)  
**PONCE DE LEÓN, EMA** (Montevideo)  
**TIZÓN, JORGE LUIS** (Barcelona)  
**VILOCA, LLÚCIA** (Barcelona)

### Membres Honorífics

---

**PALACIO, FRANCISCO** (Ginebra)  
**TORRAS, EULÀLIA** (Barcelona)

## EQUIP TÈCNIC I DE DISSENY

---

**ALBERTIN, SONJA** (disseny gràfic)  
**CALVO, ALBA** (maquetació)

**BRUN, PAU** (imatge corporativa)  
**PÉREZ, FERNANDO** (pàgina web)

**NOTA EN REFERÈNCIA A L'ESTIL:** En la redacció dels textos, pretenem fer un ús no sexista del llenguatge. No obstant, conscients que les normes a utilitzar poden obstaculitzar la comprensió de la lectura, sempre que sigui pertinent s'utilitzarà el masculí genèric com a representació del conjunt de dones i homes, nens i nenes en la mateixa mesura.

# Editorial

En el marc d'una entrevista en què se li preguntava sobre gent gran i longevitat, **Pablo Villoslada**, neuròleg, cap del Servei de Neurologia de l'Hospital del Mar de Barcelona i director del Programa de neurociències de l'Institut d'Investigació d'aquest centre, advocava per la socialització i opinava que el més difícil que feia el nostre cervell era *intentar entendre una altra persona*, molt més que fer matemàtiques, física o escriure un llibre. I afegia: *Però si socialitzes sempre amb la teva família i els teus amics, això no és un repte*. El més difícil és socialitzar en ambients on hi ha estrès.

D'una revolada, sembla que el científic no només desmuntava la idea de que la millor manera d'envellir en bona forma es limita a caminar i a fer sudokus, sinó que alhora reconeixia i avalava la complexitat de la comprensió d'un ésser humà *diferent*. És a dir, ens ajuda, però no és suficient conèixer a moltes persones per entendre a un ésser humà nou. Sona a una certa crítica implícita a la idea màgica d'algoritme i, de pas, una bona notícia de cara a la longevitat d'aquells que dediquem la nostra tasca com a professionals a la comprensió i l'atenció del dolor mental aliè.

És també un al·legat contra la profecia autocomplerta de la nostra professió en un intent de que el pacient compleixi amb el judici previ que d'ell fem i no s'equivoqui a l'hora de confirmar la nostra hipòtesi. I, alhora i sobretot, suposa una reflexió sobre la importància de l'esforç i dedicació que comporta entendre, allunyat d'interpretacions ràpides, fàcils i superficials. Exigeix una implicació activa, però també *pacient*, en el desig de comprendre allò que ens resulta difícil i frustrant. Pacient. Curiosa paraula polisèmica que etimològicament significa, alhora, "patir" i "tolerar, aguantar". I aquesta paciència requereix de temps.

En un interessant assaig *-Els lents-* l'historiador francès **Laurent Vidal** reflexiona sobre la denostada lentitud associada, d'una banda, a la indolència, la mandra (un dels pecats capitals) i, d'altra, a la manca de productivitat (pecat contra el capital). Perdre el temps és contrari a Déu i al progrés de la societat. En paraules seves: *d'una banda desqualifiquem l'actitud que fa perdre el temps i d'una altra valorem la rapidesa en l'àmbit econòmic*. I afegeix: *No ser ràpid significa no pertànyer a una societat moderna*. En aquest sentit, sembla existir una certa coincidència entre aquest rumb de la societat i algunes persones de l'espectre autista que no toleren activitats sense sentit pràctic i que produeixin pèrdua de temps.

Semblaria, doncs, que per ser eficients i no perdre el valuós temps hauríem d'agafar certes dreceres. I sabem que en salut mental una de les dreceres és la medicalització. Els avenços científics en salut i la necessària i desitjada medicació (que en el seu moment, amb la introducció dels primers neurolèptics, va alleujar símptomes majors i van alliberar als pacients d'altres pràctiques cruels, obrint una esperança al progrés dels tractaments) no es corresponen amb una millora de la salut mental.

**Sara Berbel**, psicòloga social i escriptora catalana, autora d'un interessant article sobre la qüestió (*Pastilles, pastilles, pastilles*), en el qual analitza la medicalització del patiment humà, el seu vincle amb l'individualisme i l'impacte en la salut mental escriu que *en els països desenvolupats, el massiu increment en el consum de medicaments per tractar trastorns mentals no ha aconseguit millorar el benestar psicològic col·lectiu. Més aviat assistim a un deteriorament alarmant de la salut mental, un declivi al qual, paradoxalment, sembla*

contribuir la pròpia medicalització. Acompanya amb dades de l'Informe Anual del Sistema Nacional de Salut l'evidència dels nivells inquietants assolits en els darrers anys de prescripció de psicofàrmacs i advoca per una mirada bio-psico-social en la Salut Mental, opinió a la que ens adherim.

**Sara Berbel** afirma que *el progressiu individualisme no ha estat aliè a aquesta deriva biomèdica, en promoure una nova concepció de salut mental que promou un tipus ideal de persona resilient, optimista, "empoderada", individualista i econòmicament productiva*. I, al final, hom no pot deixar de fer-se la mateixa pregunta que el Petit Príncep de l'escriptor francès **Antoine de Saint-Exupéry** quan el mercader clama entusiasmat que *és una gran economia de temps. Els experts han fet càlculs. S'estalvien cinquanta-tres minuts per setmana*. I el Petit Príncep li qüestiona: *I què es fa amb aquests cinquanta-tres minuts estalviats?*

Volem agrair la cura i el temps dedicat per les persones que ens han ajudat a confeccionar aquest número 18 de la Revista *eipea*: des de la portada sobre l'obra de **Bruno Catalano** a les notables i suggeridores aportacions d'**Iván Ruiz**, **Bernard Golse**, **Alberto Lasa**, **Susanna Olives**, **Daniel Camparo**, **Francisco Núñez**, **Núria Monreal** i **Meritxell Prat**.

**Josep M<sup>a</sup> Brun**

# Salutació



– Iván Ruiz –

**Psicoanalista, membre de l'Escola Lacaniana de Psicoanàlisi. President de l'Associació TEAdir de pares, mares i familiars de persones amb Trastorn de l'Espectre Autista. Barcelona**

De què parlem quan parlem d'autisme? En els intercanvis entre Sigmund Freud i Eugen Bleuler, l'autisme és proposat pel descobridor de l'inconscient com una resposta en forma negativa: l'autisme no és l'autoe-rotisme. Més de mig segle després, Leo Kanner i Hans Asperger -sobre els què no hi ha cap evidència que arribessin a saber l'un de l'altre, malgrat les seves investigacions coincidents en alguns punts- van establir l'autisme en un moviment restrictiu. Això permetia aïllar un mateix fenomen, que podríem anomenar com a "relació rígida del subjecte amb el significat". Aquesta formulació és pròpia del que, en els anys 70 del segle passat, Jacques Lacan va reservar per a l'anomenat autista: el subjecte es troba immers en el llenguatge, a on les paraules-cosa són l'exemple més extrem. Però la impossibilitat d'encadenament dels significants sols situen l'autista fora de tot discurs.

La psicoanàlisi s'allunya així d'un fenomen semblant a "tots autistes", alhora que sosté un "cadascú amb el seu autisme". En conseqüència, aquest no podrà ser definit, sinó aïllat en l'experiència de cada ésser parlant. Qui es troba, però, en condicions de sostenir la pregunta sobre els autismes en una època, com la nostra, en la què el diagnòstic d'autisme ha vençut als reptes de la clínica per a convertir-se en un diagnòstic administratiu?

La Revista *eipea* és avui un dels preciosos exemples d'un treball de manufactura, rigorós i plural, que fa retornar per a l'autisme, en cadascun dels seus números, una de les qualitats del descobriment freudià: la subjectivitat, que es resisteixen a tota estandardització de les seves expressions. Estarien així d'acord els creadors d'*eipea* amb la tesi de que és precisament l'autisme, el de cada ésser parlant, allò que el reenvia a la seva singularitat?

En qualsevol cas, l'equip d'*eipea*, així com aquelles persones que contribueixen en cada número amb els seus treballs, han fet de la revista un objecte dissolvent de la pressió classificatòria. La pluralitat de veus que el lector hi trobarà no és cap impediment per a abordar la complexitat dels autismes, ans al contrari, el lector sortirà de la cuidada edició dels treballs publicats amb una raó més per a sostenir que: si ens ocupem dels autismes, ens estarem apropant a allò més estranyament familiar de l'ésser parlant.



# De la dissensorialitat a la causalitat epigenètica dels Trastorns de l'Espectre Autista<sup>1 2</sup>



– Bernard Golse –

**Psiquiatre infantil i psicoanalista (membre de l'Associació Psicoanalítica de França). Professor Emèrit de Psiquiatria Infantil i de l'Adolescent de la Universitat Paris Cité. Fundador i director de l'Institut Contemporain de l'Enfance. President de l'AEPEA<sup>3</sup>. President de l'AFPPEA<sup>4</sup>. París (França)**

## INTRODUCCIÓ

Actualment, els trastorns del neurodesenvolupament encapçalen el panorama de la psiquiatria infantil i sovint donen lloc a un pensament únic que sustenta, malauradament, una mena de ciència d'Estat en la matèria.

Per part meua, considero que sempre és important defugir el pensament únic, motiu pel qual l'any 2021 vaig fundar l'*Institut Contemporain de l'Enfance*, concebut com un espai per pensar la cura mental (en el sentit del verb anglès *to cure*) dels bebès, infants i adolescents que tenen patiment psíquic, però també per pensar l'atenció (en el sentit del verb anglès *to care*) dels bebès, infants i adolescents en general amb referència a la psicoanàlisi, la psicopatologia i també la pedagogia obertes al món de l'art i de la cultura, per tal de fomentar la dialèctica entre la creativitat terapèutica i la creativitat artística.

En aquest article, miraré de parlar de la dissensorialitat que -com a eix de la psicopatologia- darrerament sembla que és la base d'una sèrie de trastorns anomenats del neurodesenvolupament (TND), cosa que em permetrà abordar la qüestió d'una eventual causalitat epigenètica d'aquests trastorns.

## DE LA INTERSUBJETIVITAT A LA SUBJECTIVACIÓ

La intersubjectivitat es desenvolupa en el re-

gistre interpersonal, mentre que la subjectivació que, per aquest motiu, interessa més els psicoanalistes, es desenvolupa en el registre intrapsíquic.

Evidentment, doncs, el que es planteja aquí és tota la qüestió del pas de l'interpersonal a l'intrapsíquic.

Ens hem habituat a pensar, o a proclamar, que aquest pas només es pot abordar de manera asimptòtica i que sempre ens resultaran enigmàtics la seva naturalesa i els seus mecanismes íntims, distància que seria per definició insuperable i facilitaria en especial totes les polèmiques entre els defensors de l'aferrament (especialistes de l'interpersonal) i els psicoanalistes (especialistes de l'intrapsíquic).

Personalment —i seguint el mateix Freud, a qui agradava tant d'afirmar que «no sabem renunciar a res» (1908)—, no m'agrada renunciar i em sembla que ja disposem d'un bon nombre de dades clíniques, experimentals i teòriques que ens permeten pensar en el pas de l'interpersonal a l'intrapsíquic, és a dir, pel que aquí ens interessa, en el pas de la intersubjectivitat a la subjectivació (Golse, 2006).

El pas de la intersubjectivitat a la subjectivació representa, efectivament, un doble moviment d'interiorització i d'especularització.

Mitjançant la interiorització, podem comen-

çar a pensar les coses en termes d'inscripció intrapsíquica dels «models de treball interns» (*working internal models*) de la teoria de l'aferrament (Bretherton, 1990) o de les «representacions d'interaccions generalitzades» descrites per Stern (1989), tenint en compte els treballs de Roussillon (1997) sobre el primer altre, que ha de ser i només pot ser un objecte especular prou «semblant», però una mica «no semblant» (Haag, 1985), per tal que l'alteritat es pugui inscriure sense alienació, però també sense aferrament o violència traumàtica.

La subjectivació apareix per tant com una interiorització de les representacions intersubjectives amb una injecció gradual dins el sistema de la dinàmica parental inconscient, de tota la història infantil dels progenitors, de la seva conflictualitat edípica, de la seva història psicosexual, de la seva problemàtica intergeneracional i transgeneracional i de tots els efectes associats posteriorment, per descomptat.

Comparada amb la intersubjectivitat, la subjectivació implica, a més a més, una dinàmica d'especularització en el sentit que l'objecte interioritzat també és un «objecte altre-subjecte» segons la terminologia de Roussillon (Golse i Roussillon, 2010), i a partir d'aleshores sembla que la subjectivació ja no es desenvolupa sens dubte en un tot o res, en la mesura en què determinats subjectes, com els que presenten síndrome d'Asperger, sembla que poden accedir a la subjectivació

<sup>1</sup> Text escrit per a la revista online *eipea* a petició de Josep Maria Brun Gasca a partir del vídeo elaborat amb motiu de les Jornades sobre Trastorns del Neurodesenvolupament organitzades per l'*Association lacanienne internationale*, ALI, 23 de setembre de 2023. Nota de l'autor.

<sup>2</sup> Traduït de l'original en francès per Aurèlia Manils.

<sup>3</sup> Associació Europea de Psicopatologia Infantil i de l'Adolescent.

<sup>4</sup> Associació per a la Formació en Psicoteràpia Psicoanalítica Infantil i Adolescent.

lingüística (poden parlar de si mateixos en primera persona, el «jo») sense, tanmateix, arribar a una subjectivació més global, en el sentit fenomenològic del terme.

Ara bé, juntament amb la interiorització i l'especularització, és evident que cal donar cabuda també a la qüestió de l'anticipació o de la suposició del subjecte per part de l'altre.

Cap infant no pot esdevenir un subjecte si els adults que en tenen cura (progenitors i/o professionals) no l'anticipen o el suposen abans com a subjecte.

Aquest és l'efecte de la situació antropològica fonamental (Laplanche, 2002), és a dir, de la incompletesa fonamental i fundacional de l'ésser humà acabat de néixer.

Cal apel·lar, doncs, al concepte d'anticipació o de suposició del subjecte per part de l'altre.

Estrictament, no és el mateix parlar d'anticipació del subjecte que de suposició del subjecte.

Suposar el subjecte significa fer la hipòtesi d'un pre-subjecte ja existent que es tractaria de fer avançar per convertir-lo en realitat.

Anticipar el subjecte és apostar pel fet que atorgar al bebè una condició de subjecte que encara no té li permetrà convertir-s'hi, fins i tot en absència de qualsevol esbós o preforma de subjecte.

En tot cas, aquesta anticipació o aquesta suposició del subjecte són conflictives sense dubte en el si de determinades organitzacions autistes i, a la inversa, potser podrien prevenir-les en certa mesura.

### INTERSUBJECTIVITAT I SINCRONITZACIÓ POLISENSORIAL

La configuració de la intersubjectivitat es desenvolupa doncs, principalment, en el registre de la realitat externa o interpersonal, mentre que la subjectivació s'instaura en el marc de la realitat interna o intrapsíquica.

#### Els tres axiomes del programa PILE

El Programa Internacional pel Llenguatge de l'Infant (Programme international pour le Langage de l'Enfant, PILE), iniciat ja fa temps a l'hospital Necker-Enfants Malades, es basa en els tres axiomes següents:

- No s'accedeix a la comunicació general o lingüística si no s'accedeix abans a la intersubjectivitat (no es pot parlar de l'altre o pensar-lo fins que no s'ha descobert l'altre com a «altre a un mateix»).
- No s'accedeix a la intersubjectivitat si no s'apleguen els diferents fluxos sensorials provinents de l'objecte (articulació o comodalització).
- No hi ha aplegament dels diferents fluxos sensorials provinents de l'objecte si aquests fluxos no segueixen uns ritmes prou compatibles, sincronització en la qual el lòbul temporal superior té un paper destacat.



Cap infant no pot esdevenir un subjecte si els adults que en tenen cura (progenitors i/o professionals) no l'anticipen o el suposen abans com a subjecte.

## La comodalització dels fluxos sensorials des del punt de vista cognitiu i segons el punt de vista afectiu

Actualment diem que la condició de la intersubjectivitat, és a dir, de la possibilitat de viure l'objecte com a extern a un mateix, depèn essencialment de la possibilitat d'aplegar -ja sigui «articular» pels psicoanalistes, segons la terminologia de D. Meltzer i col. (1980), ja sigui «comodalitzar» pels cognitivistes, segons la terminologia de Streri sobretot (1991, 2000)- els diferents fluxos sensorials provinents de l'objecte (Golse, 2006, 2010, 2016); ho reprendré més endavant.

La polisensorialitat és el que permet viure l'objecte com a extern i la qüestió de la sincronia polisensorial es troba per tant, actualment, en el centre de totes les reflexions sobre les interaccions precoces (Ciccone i Mellier, 2007).

## La vivència d'exterioritat de l'objecte: convergència entre psicoanàlisi i cognició

Alguns treballs de tipus cognitiu (Streri, 1991 i 2000) ens ensenyen actualment que l'articulació dels diferents fluxos sensorials provinents de l'objecte és necessària per tal que el subjecte pugui prendre consciència del fet que l'objecte en qüestió li és extern.

Dit d'una altra manera, no es pot percebre cap objecte com a extern a un mateix si no el capten de manera simultània almenys dues modalitats sensorials, cosa que posa l'accent de manera clara en la importància de la comodalització com a agent central de l'accés a la intersubjectivitat.

Tinc la impressió que, a la seva manera, els cognitivistes coincideixen aquí amb una postura psicodinàmica clàssica segons la qual la descoberta de l'objecte és bàsicament coextensiva amb la descoberta del subjecte, i viceversa, tot i que els treballs cognitivistes fan referència més sovint a una intersubjectivitat primària que resulta eficient de seguida en el bebè.

De fet, identificar l'objecte com a extern a un mateix implica, en el mateix moviment, reconèixer-se com a agent de les percepcions en joc, i no solament com a agent de les accions produïdes (procés d'agentivitat).

Viure l'objecte com a extern a un mateix, és a dir, viure'l en exterioritat, defineix per tant, d'alguna manera, l'accés a la intersubjectivitat i comporta l'elaboració del dol de l'objecte primari que és la base del procés de diferenciació extrapsíquica.

Des del punt de vista psicodinàmic, aquesta possibilitat de viure l'objecte en exterioritat s'explica, tal com he dit abans, pels conceptes d'articulació i de desarticulació (D. Meltzer i col., 1980), mentre que, des d'un punt de vista cognitiu, el procés de comodalització dels fluxos sensorials provinents de l'objecte és el que encapçala les reflexions.

Així doncs, pel que fa a l'articulació dels fluxos sensorials, es pot assenyalar una certa convergència entre tots dos enfocaments, el psicodinàmic i el cognitiu.

Aquesta convergència entre els dos tipus d'enfocament (el psicodinàmic i el cognitiu) és prou inusual perquè valgui la pena subratllar-la i considerar que, probablement, testifica el fet que aquests conceptes d'articulació o de comodalització representen dos enfocaments complementaris d'un mateix i únic fenomen del desenvolupament, entès des de diferents vessants (l'afectiu i el cognitiu).

Dit això, es pot plantejar la hipòtesi d'un equilibri necessari entre, d'una banda, la parella dialèctica articulació-desarticulació (mecanisme intersensorial) i el fenomen de segmentació de les sensacions (mecanisme intrasensorial), una segmentació dels fluxos sensorials necessària per a la seva sincronització.

Aquesta sincronització es pot produir en el nivell central (especialment el de la substància reticular del tronc cerebral), en el nivell perifèric (per la intervenció del que s'ha designat amb el terme «esfínters sensorials» com ara el parpelleig en el cas del flux visual) o, finalment, en el nivell interactiu (Friemel i Trinh-Huong, 2004).

Aquesta tasca de comodalització perceptiva només pot tenir lloc, efectivament, si es confirma que els diferents fluxos sensorials es presenten en ritmes compatibles. I si aquesta tasca de comodalització es produeix, tal com es pensa avui, en el nivell

del solc temporal superior (Boddaert i col., 2004; Saitovitch i col., 2019), aleshores s'obre una via de treball apassionant, en la mesura en què aquesta zona cerebral també està implicada en el reconeixement facial de l'altre (i de les emocions que expressa), l'anàlisi dels moviments de l'altre i la percepció de la qualitat humana de la veu.

La veu de la mare, la cara de la mare, el *holding* de la mare apareixen immediatament com a factors fonamentals de facilitació o, al contrari, d'obstacle per a la comodalitat perceptiva del bebè i, per tant, per al seu accés a la intersubjectivitat.

Això ens mostra que els processos de subjectivació es desenvolupen sobretot en el nivell de les interaccions precoces, com una coproducció de la mare i del bebè, coproducció que ha de tenir en compte alhora l'equip cerebral de l'infant, les seves capacitats sensorials i la vida fantasmàtica inconscient de l'adult que fa competents, o no, aquests diversos facilitadors de la comodalitat perceptiva (Golse i Robel, 2009).

## ALGUNES QÜESTIONS DE CARA AL FUTUR

### I. Sincronització polisensorial, construcció i deconstrucció de l'objecte

Un cop descobert l'objecte en la realitat externa i instaurat dins la realitat interna (és a dir, representat mentalment), aquesta adquisició evolutiva no té sens dubte el valor d'una conquesta estable i irreversible.

Hi ha espai aleshores per a un procés permanent de construcció i deconstrucció de l'objecte.

De fet, l'ésser viu (psíquic) oscil·laria constantment entre, d'una banda, la tendència a la descoberta i a la inversió des de l'exterior i, de l'altra, a un retraïment autista, és a dir, una dialèctica entre el registre de l'ésser (sense objecte o previ a l'objecte) i el de l'existència que passa fonamentalment per la trobada interactiva del subjecte futur amb la mirada i el pensament de l'altre (Golse, 2020).

D'aquí la hipòtesi plausible d'un potencial autista del 100 %, mentre que la freqüència d'1/50 que se sol atribuir actualment als trastorns de l'espectre autista sembla un actudat trágic!

L'únic avantatge de la perspectiva dimensional del DSM-5 seria aleshores el de plantejar la qüestió del continuïum entre el que és normal i el que és patològic i, en el cas present, del llinard (o *cut-off*) entre la desincronització (ràpida i transitòria) dels fluxos sensorials que no impedeix el creixement i la maduració psíquics i la que, al contrari, els obstaculitza en ser massa freqüent i massa duradora.

## II. La dissensorialitat com a eix de la psicopatologia

En parlar de dissensorialitat no parlem automàticament de trastorns autistes.

1. És cert que, actualment, la dissensorialitat es considera cada vegada més un dels mecanismes centrals de l'organització dels funcionaments autistes.

Entre les diferents sensorialitats es distingei-

xen la sensorialitat proximal, que només es pot desenvolupar quan hi ha contacte amb l'objecte (tacte, olfacte i gust) i la sensorialitat distal, que té la funció de cobrir la distància amb l'objecte (vista i oïda).

Els infants autistes que tenen precisament dificultats per integrar la diferenciació i la separació amb l'objecte mostren sobretot trastorns de la sensorialitat distal (Motttron, 2004) i tàctil.

Aquesta dissensorialitat, tal com hem vist, atorga al lòbul temporal superior un paper probablement important en la psicopatogènesi autista, entenent que és més probable que aquesta disfunció cerebral sigui una conseqüència del funcionament autista que no la seva causa, en el sentit mèdic del terme.

2. Dit això, hi ha variacions de la normalitat susceptibles de desenvolupar-se per una sin-

cronització insuficient dels fluxos sensorials o bé per una hipersincronització eventualment dolorosa i que podria estar implicada en el que s'ha convingut a designar en general com a funcionament del tipus «potencial d'alta sensibilitat» (HPS).

3. També hi ha el cas dels infants anomenats «singulars».

Alguns infants als quals amb Guinot anomenem «infants singulars» (Guinot i Golse, 2018) presenten una dissensorialitat que els dificulta les relacions amb els altres sense que per això se'ls pugui considerar infants autistes.

Si la dissensorialitat s'entén com una baula central de la fisiopatologia autista, aleshores, quines hipòtesis es poden fer per explicar què ha pogut protegir aquests infants d'un futur autista?

Aquests infants singulars poden haver tingut



*L'epigènesi podria no correspondre només a l'impacte de l'entorn exterior en l'expressió del genoma, sinó també potser a l'impacte de la vivència sensorial en aquesta expressió, cosa que obriria la porta a la hipòtesi d'una causalitat epigenètica interna.*

trastorns que hagin afectat sobretot la seva sensorialitat proximal (especialment el tacte), d'aquí un efecte menys autitzant.

Algunes dissensorialitats, efectivament, potser dificulten menys que d'altres la sincronització polisensorial i, per tant, l'accés a la intersubjectivitat i a la subjectivació, cosa que ens permet entreveure que encara queda molta feina per fer si volem establir alguna mena de tipologia de les diverses dissensorialitats possibles.

A tot això, ho reprendrem més endavant, cal afegir que l'epigenèsi podria no correspondre només a l'impacte de l'entorn exterior en l'expressió del genoma, sinó també potser a l'impacte de la vivència sensorial en aquesta expressió, cosa que obriria la porta a la hipòtesi d'una causalitat epigenètica interna.

Finalment, també hi pot intervenir una major o menor capacitat parental d'anticipar o de suposar l'infant com a subjecte i aquesta passa, sens dubte, en part, per la capacitat parental preservada d'erotitzar l'autosensorialitat de l'infant transformant-la en autoerotisme, un autoerotisme que se situa en el registre del Tenir i inclou sempre una representació de l'objecte (a través de l'al·lucinació primitiva) mentre que l'autosensorialitat se situa en el registre del Ser i funciona sense objecte, amb l'únic objectiu d'assegurar el sentiment d'existir (Tustin, 1977, 1982, 1986 i 1992). Així doncs, és la sexualització dels corrents autosensorials i autoeròtics de l'infant per part dels adults el que pot estar implicat en el futur d'aquest infant.

4. Finalment hi ha la qüestió de la creativitat artística com a destí possible de la dissensorialitat.

Sembla que determinades aptituds artístiques arrelen en un vincle particular del creador amb les seves àrees psíquiques més arcaiques, tal com va mostrar Anzieu en el seu llibre magistral *Le corps de l'œuvre* (Anzieu, 1981).

El funcionament d'aquestes àrees arcaiques de la psique remet més o menys a la qüestió de la sincronització polisensorial i, per part meua (Golse, 2017), vaig mirar de mostrar que el geni musical de Glenn Gould podria tenir l'origen en una particular dissensorialitat, font de les particularitats sensorials

que sovint se li han atribuït (hipersensibilitat tàctil i musical, hiposensibilitat gustativa...).

Tant si es pot parlar d'illots autistes en el cas de Glenn Gould com si no, en tot cas podem pensar que la seva dissensorialitat no era aliena a la seva creativitat tan impressionant i en aquest sentit hi ha, a parer meu, una potencialitat interessant pel que fa l'evolució de les dissensorialitats.

### III. La causalitat epigenètica

La dinàmica de l'accés a la intersubjectivitat no remet ni a una causalitat estrictament endògena (genètica, en particular) ni a una causalitat estrictament exògena (psicògena, especialment), sinó que crec que es pot conceptualitzar com el resultat d'una causalitat epigenètica mixta.

Què entenem pel terme de causalitat epigenètica mixta?

Habitualment, quan parlem de causalitat epigenètica se sol pensar en la influència de l'entorn exterior en l'expressió del genoma.

Però potser seria important tenir en compte també la influència de les vivències, de les percepcions i de les pròpies experiències corporals en l'expressió dels determinants genètics d'aquesta ontogènesi (tal com sembla ser el cas, per exemple, en el marc de l'ontogènesi de la identitat sexualitzada).

Tot i això, en el terreny que ens interessa aquí, el de l'accés a la intersubjectivitat i a la subjectivació, si és plausible imaginar que la naturalesa de les interaccions precoces de l'infant amb els adults que en tenen cura (progenitors i/o professionals) pot tenir un impacte en l'expressió de la part genètica que sosté la configuració de la intersubjectivitat (es podria parlar en aquest cas d'epigenètica externa), tampoc no es pot descartar la idea que les vivències corporals i sensorials vinculades amb el procés d'accés a la intersubjectivitat puguin tenir igualment per si mateixes un impacte en l'expressió de les àrees del genoma que regeixen aquest procés (es podria parlar en aquest cas d'epigenètica interna).

Aquest lligam entre les dues facetes de l'epigenètica és el que em duu a proposar el terme de causalitat epigenètica mixta.

Sigui quin sigui el futur d'aquesta hipòtesi

d'una causalitat epigenètica mixta, que ara mateix no té més valor que el d'una proposició conceptual, el que volia expressar és que la psicopatologia, actualment, no pot continuar ignorant el cos, aquest cos que forma part intrínseca de la interfície de relació amb l'entorn exterior i amb les nostres percepcions internes que són la base de la nostra sensorialitat, la nostra sensualitat i, en conseqüència, la nostra sexualitat.

### CONCLUSIONS

Merleau-Ponty (1966) ja va dir, a la seva època, que si la psicoanàlisi deixava massa de banda el cos acabaria pagant-ho car...

És evident que la qüestió de la dissensorialitat i dels seus vincles amb la intersubjectivitat i la subjectivació ens obliga a situar el cos al capdavant de les nostres reflexions psicopatològiques i dels nostres models teòrico-clínic.

Cal que ens n'alegrem, sobretot perquè els diversos destins de la dissensorialitat obren un ventall de possibilitats i un cert grau de llibertat de desenvolupament que contradiuen bàsicament la dimensió gairebé endògena i lineal que caracteritza actualment el concepte de trastorn del neurodesenvolupament.

### BIBLIOGRAFIA

Anzieu, D. (1981). *Le corps de l'œuvre*. París: Gallimard, Collection «Connaissance de l'Inconscient».

Boddaert, N., Chabane, N., Gervais, H., Good, C. D., Bourgeois, M., Plumet, M.-H., Barthelemy, C., Mouren, M.-C., Artiges, E., Samson, Y., Brunelle, F., Frackowiak, R. S. J. i Zilbovicius, M. (2004). Superior temporal sulcus anatomical abnormalities in childhood autism: A voxel-based morphometry MRI study. *NeuroImage*, 23(1), pp. 364-369. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2004.06.016>

Bretherton, I. (1990). Communication patterns, internal working models, and the intergenerational transmission of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), pp. 237-252.

Ciccone, A. i Mellier, D. (Eds.). (2007). *Le bébé et le temps*. París: Dunod, Collection «Inconscient et Culture».

**Freud, S.** (1976). La création littéraire et le rêve éveillé (1908), pp. 69–81. A S. Freud, *Essais de psychanalyse appliquée*. Paris: Gallimard, Collection «Idées».

**Friemel, E. i Trinh-Huong, N.** (2004). Exploration et interaction mère/bébé: du visage à l'objet. *La Psychiatrie de l'enfant*, 47(2), pp. 589–609.

**Golse, B.** (2006). *L'Être-bébé (Les questions du bébé à la théorie de l'attachement, à la psychanalyse et à la phénoménologie)*. Paris: P.U.F., Collection «Le fil rouge».

**Golse, B.** (2010). L'autisme infantile entre neurosciences et psychanalyse – Convergences ou controverses? *Enfances & Psy*, 46, pp. 30–41.

**Golse, B.** (2016). L'autisme infantile entre neurosciences et psychanalyse. A *Figures de la psychanalyse (Logos – Anankè)*, 31 («La psychanalyse et les nouvelles directions de la psychiatrie»), pp. 121–134.

**Golse, B.** (2017). Quant à Glenn Gould... l'affect comme défense contre l'émotion? *Corps et Psychisme*, 1(3), pp. 153–166.

**Golse, B.** (2020). *Le bébé, du sentiment d'être au sentiment d'exister*. Toulouse: Érès, Collection «1001 BB».

**Golse, B. i Robel, L.** (2009). Pour une approche intégrative de l'autisme : le lobe temporal supérieur entre neurosciences et psychanalyse. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2, pp. 307–313.

**Golse, B. i Roussillon, R.** (2010). La naissance de l'objet (une co-construction entre le futur sujet et ses objets à venir). Paris: P.U.F., Collection «Le fil rouge».

**Guinot, M. i Golse, B.** (2018). Les destins de la dyssensorialité. Enfant singulier, particularités plurielles. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 8(1), pp. 167–184.

**Haag, G.** (1985). La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 33(2-3), pp. 107–114.

**Laplanche, J.** (2002). A partir de la situation anthropologique fondamentale. A C. Botella (Ed.), *Penser les limites. Écrits en l'honneur d'André Green*, pp. 280–287. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, Collection «Champs psychanalytiques».

**Meltzer, D., et coll.** (1980). *Explorations dans le monde de l'autisme*. Paris: Payot.

**Merleau-Ponty, M.** (1966). *Sens et non-sens*. Paris: Éditions Nagel.

**Mottron, L.** (2004). *L'autisme : une autre intelligence (Diagnostic, cognition et support des personnes autistes sans déficience intellectuelle)*. Bruxelles: Mardaga, Collection «Pratiques Psychologiques».

**Roussillon, R.** (1997). La fonction symbolisante de l'objet. *Revue Française de Psychanalyse*, 61(2), pp. 399–415.

**Saitovitch, A., Rechtman, E., Vinçon-Leite, A., Brunelle, F., Zilbovicius, M. i Boddaert, N.** (2019). Cerveau social et trouble du spectre de l'autisme : apports de l'imagerie cérébrale. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC) – Psychiatrie*, 16(4), pp. 37-200-D-40.

**Stern, D. N.** (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson – Une perspective psychanalytique et développementale*. Paris: P.U.F., Collection «Le fil rouge».

**Streri, A.** (1991). *Voir, atteindre, toucher*. Paris: P.U.F., Collection «Le psychologue».

**Streri, A.** (2000). *Toucher pour connaître*. Paris: P.U.F., Collection «Psychologie et sciences de la pensée».

**Tustin, F.** (1977/1982). *Autisme et psychose de l'enfant*. Paris: Le Seuil, Collection «Points».

**Tustin, F.** (1986). *Les états autistiques chez l'enfant*. Paris: Le Seuil.

**Tustin, F.** (1992). *Autisme et protection*. Paris: Le Seuil, Collection «La couleur des idées».

# De l'autisme d'ahir al d'avui... i al que vindrà.

## Primera part. Georg Frankl: un pioner silenciats i discret<sup>1</sup>



– Alberto Lasa Zulueta –

**Psiquiatre, psicoanalista. Professor Titular de Psiquiatria. Universitat del País Basc. Bilbao**

Aquest article relata esdeveniments protagonitzats pels pioners que van explorar la clínica i van construir el concepte d'autisme infantil. La seva intenció principal, encara que interessada per això, no és la de restablir uns fets històrics relacionats amb la paternitat i l'autoria dels conceptes sobre l'autisme. Ja hi ha, i sempre hi haurà, historiadors especialment interessats en el tema que aportaran noves troballes que permetin completar o modificar allò que fins ara ignoràvem i hem anat coneixent progressivament. El que sí que vol és rescatar la importància de certs autors i conceptes, desconeguts, caiguts en l'oblit o considerats caducs, però de gran valor clínic i teòric, també ara perquè els coneixements actuals els estan revaloritzant. Ens ajuden també a descobrir els orígens de corrents de pensament i d'acció que reapareixen temps després com a nous brots que desconeixen les seves profundes i velles arrels... que neixen de la naturalesa pròpia de les trobades humanes.

La primera part d'aquest article se centra en el context històric en què sorgeixen els primers conceptes batejats amb la denominació d'autisme infantil precoç i en els seus protagonistes.

La segona comentarà les reflexions clíniques de Frankl, centrades en la seva comprensió psicopatològica de les dificultats autístiques i la seva relació amb el context terapèutic en què van sorgir. A partir d'aquí intentarà rastrejar la connexió amb les vies pràctiques

i teòriques que han viatjat fins als nostres dies... i amb les que treuen el cap a l'horitzó.

### **L'APARICIÓ D'UN TERCER PARE PUTATIU (entre Kanner i Asperger)**

Georg Frankl (1897-1975), neix a Moràvia (avui Txèquia) en el si d'una família d'origen jueu que es trasllada i s'instal·la a Viena quan ell és adolescent. Allà cursa estudis de Medicina (com va fer la seva mare) per orientar-se cap a la pediatria. Alumne de von Pirquet, com Theodor Heller (1869-1935) i Erwin Lazar (1877-1932)<sup>(1)</sup>, va treballar sota la direcció d'aquest a la unitat de "pedagogia terapèutica" de la clínica pediàtrica de la Universitat de Viena, on també va col·laborar la seva futura esposa, la psicòloga Anni Weiss (1897-1991). Estava destinat a succeir Lazar, però en morir aquest, el 1932, i amb la invasió d'Àustria i la seva posterior annexió pels nazis (l'*Anschluss*, el març de 1938), la seva carrera es trunca. El nou director nomenat, Homburger, psiquiatre i militant nazi, no trigaria a nomenar com a nova directora una immunòloga, Valerie Buck i, després de la seva ràpida jubilació, a Asperger. Fins al 1937, data en què fugí als Estats Units, Frankl forma part d'un equip en què era el psiquiatre principal de l'equip i on també treballava Hans Asperger qui, malgrat ser gairebé deu anys més jove i menys expert que ell ja que només feia tres anys que estava en plantilla, assumirà la direcció de la clínica aprofitant i afavorit per la seva condició de no ser jueu<sup>(2)</sup>.

Deixarem de banda aquí la posterior trajectò-

ria d'Asperger i la trista història, recentment descoberta, de la seva connivència, aprofitament submissa o inevitable? amb les pràctiques eugenèsiques nazis d'extermini dels infants "deficients", així com la seva posterior actitud d'ocultació i camuflatge de la seva veritable trajectòria en els seus relats autobiogràfics<sup>(3)</sup>.

Poc després de la marxa de Frankl, que va dimitir el novembre del 1937, Asperger va fer una conferència en què va parlar de la "psicopatia autista" que ell i els seus col·legues estaven observant en un grapat de pacients joves. Aviat la va publicar com a "Das Psychisch Abnormale Kind" ("El nen psíquicament anormal"). En essència, es tractava d'un esborrany del seu treball posterior del 1944. Mentrestant, dues de les persones que més l'havien ajudat se n'havien anat a l'exili. També Anni Weiss (1897-1991), la psicòloga més experta de l'equip va marxar als Estats Units el 1934, l'any de l'ascens d'Asperger. Frankl la va seguir, quan va poder deixar Àustria tres anys més tard, per reunir-s'hi a Nova York i casar-se una setmana després de la seva arribada.

Ja fa temps que els historiadors de l'autisme es van començar a preguntar sobre la probabilitat que Kanner conegués, més del que va reconèixer, l'obra d'Asperger (Feinstein, 2010). Correspon a Steve Silberman (2015), amb les seves treballades indagacions sobre els pioners de la història de l'autisme, el mèrit d'haver descobert l'existència i la importància de Frankl, tant per la seva probable influència

<sup>1</sup> Article traduït de l'original en castellà per l'Equip *eipea*.

en les idees que desenvoluparà Kanner, com pel seu paper en haver transmès els coneixements de l'experiència institucional de la pedagogia terapèutica vienesa i d'haver estat el testimoni evident -i sorprenentment silenciós- de que Kanner coneixia aquestes experiències prèvies abans de publicar el text del 1943. Comenta també que, en paradoxal contrast amb el seu afany posterior de considerar-se descobridor en exclusiva de l'autisme, també va ser Kanner qui va intervenir activament per afavorir la immigració i l'assentament professional de Frankl als Estats Units.

D'aquí deduïa Silberman que, molt probablement, Kanner va mentir quan va negar haver conegut l'obra d'Asperger i quan va afirmar l'absoluta novetat del seu concepte d'"autisme infantil precoç". Kanner anhelava que aquest terme fos considerat original i "només seu" perquè anhelava que fos reconegut com una fita fundadora en la història de la psiquiatria infantil. Aspirava a passar a la història com a únic protagonista de tal gesta científica. El 1942, un any abans de la publicació del seu article, escrivia a Ernest Harms, editor de la nova revista *The Nervous Child*, que havia encarregat a Kanner seleccionar el contingut del que seria el primer número dedicat íntegrament a la psiquiatria infantil, dient: *"Des del 1938 han arribat a la nostra atenció una sèrie d'infants el trastorn dels quals difereix d'una manera tan marcada i única del que fins ara s'hagi informat que cada cas mereix (i espero que amb el temps rebi) una consideració detallada de les seves peculiaritats fascinants"*.

Tampoc no va voler reconèixer els mèrits i les descripcions clíniques anteriors d'altres autors contemporanis del seu entorn professional (Potter, Lauretta Bender i, sobretot, Louise Despert). Eren semblants a la seva, però catalogades sota la denominació aleshores vigent d'"esquizofrènia infantil". També és Silberman qui afirma, contundentment, que el talent fundador de Kanner s'acompanyava d'una intenció de: *"intentar suprimir amb gràcia la competència potencial (d'altres autors) fent veure que no existien"*. Louise Despert li va escriure una carta per expressar-li el seu enuig per afirmar que el trastorn que descrivia fos *"únic i fins aleshores desconegut"* i hi qüestionava el seu aparent desconeixement de les publicacions anteriors (Olmsted, 2010; Silberman, 2015). Conservant un estil

diplomàtic -que no amaga el que li retreu-, li escriu: *"Al meu entendre, la major aportació d'aquest article és la seva descripció meticulosa, precisa i il·luminadora dels casos clínics [...] Tot i això, si em permet dir-li-ho, m'oposo a l'encunyament d'una nova terminologia per a entitats de les quals sí que s'ha informat en el passat, malgrat no descriure's amb aquesta meticulositat"* <sup>(4)</sup>.

La figura de Frankl i la importància i la influència de les seves idees originals sobre l'autisme, sobre les de Kanner i també sobre les d'Asperger, ha tornat a sortir a la llum en diversos textos de publicació recent (Haswell Todd, 2015; Donvan y Zucker, 2016; Robison, 2017; Dluzak, 2019; Lucchelli, 2021; Dobs 2022; Muratori y cols., 2019, 2020, 2024).

En un d'ells (Cohen i Muratori, 2024), es matisa que Kanner sí que va reconèixer, parcialment, la col·laboració de Frankl (però no gens la de la seva dona Anni Weiss). Filippo

Muratori, mostra la seva opinió, més compassiva que la de Silberman<sup>(5)</sup>, més favorable a l'honestat de Kanner esmentant la col·laboració clínica de Frankl. Assenyala que el va citar a la descripció del "cas nº1" (Donald Trippet) dels seus històrics onze primers casos del seu text fundacional de 1943 i conclou que: *"Kanner va ser honest en reconèixer la contribució de Frankl a la història de l'autisme (...) no va ser així en el cas d'Asperger qui probablement no va tenir la valentia de reconèixer la capacitat d'observació i l'agudes intel·lectual de l'home que ja era membre principal del grup de professors de la clínica Lazar quan ell va arribar com a jove professional encara en formació (...) però tant Frankl com Anni Weiss eren jueus i en aquella època elogiar-ne les qualitats intel·lectuals podria resultar perillós perquè significava no obeir les directrius del Reich"*.

Rellegint el text *prínceps* de Kanner, sota la



Imatge de l'any 1933. Valerie Bruck i Viktorine Zak a l'esquerra, Georg Frankl de cara, Josef Feldner d'esquenes, Anni Weiss i Hans Asperger a la dreta. Foto propietat de Maria Asperger Felder a Dluzak S. Les pionnières oubliées de l'autisme : la vie et l'œuvre d'Anni Weiss et de Georg Frankl. *L'Information psychiatrique* 403. 2021 ; 97 (5) : 403-21 doi:10.1684/ipe.2021.2269.

lupa d'aquestes valoracions recents després de conèixer-les, crida l'atenció la particular riquesa de la descripció clínica, tant del cas 1 ("Donald") com del cas 11 ("Elaine"). En tots dos, Kanner cita el centre on van ser estudiats (Child Study Home a Maryland) i els noms dels professionals que van col·laborar en el seu estudi diagnòstic (Frankl i Eugenia Cameron, també psiquiatra). Cosa que no fa per als altres nou casos, alguns també derivats a institucions especialitzades (en particular a l'escola *Devereux*), com feia habitualment Kanner després de diagnosticar-los.

La diferent valoració que tots dos autors, Silberman i Muratori, fan sobre quant i quan va voler Kanner ressaltar i reconèixer l'especial col·laboració de Frankl, la fan basant-se en diversos documents que Silberman va treure a la llum.

En una carta dirigida al neuròleg Bernard Sachs, el 1938, deia Kanner: *"M'ha interessat molt un treball especial i, puc dir, original que està fent el Dr. Frankl (...) he repassat amb ell la seva formulació del tema i m'ha sorprès per la seva novetat i solidesa (...) es tracta d'allò que anomena el contacte afectiu dels infants (encara no se'ls anomenava autistes)... ja que obre un enfocament nou i pràcticament útil per a l'observació i comprensió de la vida mental de l'infant"*. Frankl acabava d'arribar al Johns Hopkins Hospital de Baltimore al costat de Kanner, que va ser qui el va proposar i convidar a fer-ho ajudant-lo, com a molts d'altres jueus que fugien de l'horror nazi, amb els seus contactes i amb els tràmits burocràtics necessaris. Va arribar fins i tot a proposar i aconseguir modificacions a les normes per al reconeixement de les titulacions en el seu estat de Maryland<sup>[6]</sup>.

El 1939, en carta dirigida al psiquiatre Adolf Meyer<sup>[7]</sup>, el seu mentor i director de l'hospital Johns Hopkins, així com patró de la naixent psiquiatria nord-americana, li parlava també de *"el sòlid bagatge de Frankl a la pediatria i la seva estreta relació durant onze anys amb la Clínica Lazar de Viena"*.

Posteriorment, el 5 de gener de 1943, en una altra carta adreçada a l'editor de la revista *The Nervous Child*, Kanner escriu: *"Com més llegeixo l'article de Frankl, més m'impressiona i més m'adono que és una joia (...). El meu propi article sobre els trastorns autistes del contacte afectiu està ara*

*prenent forma (...) planejo que el seu article precedeixi el meu"*.

Poc després, aquesta revista publicava l'article que va fer fama mundial a Kanner; però, contràriament al que deia desitjar i proposava a l'editor, va aparèixer com a primer article... relegant a les pàgines posteriors el text de Frankl, les idees del qual havia lloat tant. Un no sap si donar la raó a l'opinió de Silberman -volia enfosquir el protagonisme de qualsevol altre- o a la més benèvola de Muratori. En qualsevol cas, sembla perfilar-se una actitud cada cop

més ambivalent a Kanner per esmentar la participació de Frankl o de qualsevol altre en la creació del seu *"autisme infantil precoç"* que esperava li aportés, com va passar, la glòria universal i el reconeixement històric de la seva exclusiva paternitat en el descobriment d'una nova malaltia que fundaria una nova especialitat, la psiquiatria infantil.

Diversos autors, entre els citats, pensen que fins que va conèixer les idees de Frankl, amb la seva arribada el 1938, Kanner no havia entès ni pensat que els casos que portava

|                                                                                                                                    |                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <i>The</i><br><b>NERVOUS CHILD</b>                                                                                                 |                                 |
| Quarterly Journal of Psychopathology, Psychotherapy,<br>Mental Hygiene, and Guidance of the Child<br>ERNEST HARMS, Editor-in-Chief |                                 |
| Vol. II                                                                                                                            | April, 1943                     |
| No. 3                                                                                                                              |                                 |
| <b>Special Issue: AFFECTIVE CONTACT DISTURBANCES<br/>IN CHILDREN</b>                                                               |                                 |
| <b>CONTENTS</b>                                                                                                                    |                                 |
| <b>EDITORIALS</b> .....                                                                                                            | Page                            |
|                                                                                                                                    | <i>Ira S. Wile</i> 211          |
|                                                                                                                                    | <i>Frederick J. Farnell</i> 213 |
| <b>CO-EDITOR'S INTRODUCTION</b> .....                                                                                              | <i>Leo Kanner</i> 216           |
| <b>PATHOLOGY</b>                                                                                                                   |                                 |
| Autistic Disturbances of Affective Contact.....                                                                                    | <i>Leo Kanner</i> 217           |
| Language and Affective Contact.....                                                                                                | <i>George Frankl</i> 251        |
| Interrelationship of Play, Affect, and Learning Ability                                                                            | <i>Agnes B. Greig</i> 263       |
| <b>ADDITIONAL PAPER</b>                                                                                                            |                                 |
| The Sibling Relationships of a Group of Young Children                                                                             | <i>Ruth Gottemoller</i> 268     |
| <b>REVIEWS OF THE LITERATURE</b> .....                                                                                             | 278                             |
| <b>COMMUNICATIONS</b> .....                                                                                                        | 288                             |

Número de l'any 1943 de la revista *The Nervous Child* dedicat íntegrament a la psiquiatria infantil, publicat a Nova York, amb articles de Leo Kanner i Georg Frankl.

temps estudiant tinguessin punts psicopatològics comuns que poguessin configurar un diagnòstic comú. Muratori, destacant la importància de l'aportació de Frankl, assenyala que Kanner ja havia observat Donald tres anys abans que Frankl arribés a Baltimore i pensa que ni va saber comprendre la seva patologia ni ho va considerar com un cas a incloure entre els seus onze escollits fins que va conèixer el que Frankl pensava: el trastorn nuclear estava en les dificultats per al **contacte afectiu** i la incapacitat per entendre el **llenguatge afectiu**.

Anteriorment, Kanner havia confessat el seu desconcert clínic en una carta adreçada als pares de Donald disculpant-se per no haver trobat encara un diagnòstic per al seu fill: "Ningú no és més conscient que jo que no els hem proporcionat un terme diagnòstic clar i inequívoc" (Olmsted, 2010; Silberman, 2016)<sup>(8)</sup>. Fins i tot el 1973 afirmaria que va triar el terme "autisme" perquè no en va trobar cap altre millor, elecció que va conduir durant molts anys a considerar que l'autisme infantil era una forma precoç d'esquizofrènia<sup>(9)</sup>. Però, probablement insatisfet encara de l'èxit inicial del seu article, en una revista nova de poca divulgació en va escriure ràpidament un altre en què ja va batejar "la seva" síndrome amb el nom que va prevaldre fins als nostres dies. "L'autisme infantil precoç de Kanner" va aparèixer amb aquest nom en una revista mèdica ja consagrada i amb molta més audiència (*Journal of Pediatrics*, 1944). Aquest text, versió condensada del seu article prínceps, va saltar a la fama en ser inclòs a l'antologia del *Llibre de l'any de Neurologia, Psiquiatria i Endocrinologia*. Per si no n'hi hagués prou, el que prova l'habilitat promocional de Kanner, també va ser considerat com "l'article més transcendent de l'any" en una altra revista, *Quarterly Review of Biology*. El crític que ho elogiava era un psiquiatre, Wendel Muncie, pare de la seva pacient "Bàrbara K.". S'obria així una via de llarg recorregut posterior, la de les relacions entre els professionals de l'autisme amb els familiars dels pacients i les associacions, que tindran una influència creixent en tot allò referent a l'autisme, primer als Estats Units i després a Europa.

Són també diversos els autors, a més de Muratori, que pensen que va ser el seu coneixement de les idees de Frankl el que el va portar a incloure un terme "nou" - **contac-**

**te afectiu**- al títol del seu article, "*Autistic disturbances of affective contact*", que esperava fos una innovació revolucionària. Així mateix, s'ha assenyalat com a "evident" la significació que l'article comenci per la menció d'una data: "Des de 1938...", data que coincideix amb l'arribada de Frankl i amb els elogiosos comentaris de Kanner quan va conèixer i es va sorprendre amb les seves idees i les noves perspectives clíniques que pensava s'obririen amb elles (Todd, 2015; Robison, 2017; Lucchelli, 2021).

Sembla doncs que, el 1943, Kanner encara considerava reconèixer la participació clínic i l'originalitat de les idees de Frankl a les seves pròpies observacions diagnòstiques.

El que Kanner podia conèixer llavors de les idees de Frankl no ho sabem. En qualsevol cas Frankl ja havia publicat, el 1934, un text dedicat al llenguatge i als seus continguts afectius, que va titular "*Befehlen und Gehorchen*" (Comandament i obediència). Com veurem, hi ha una clara continuïtat temàtica amb el text que Kanner l'animava a publicar acompanyant el seu a *The Nervous Child* el 1943. El que és segur, ja que ho va comentar explícitament, és que coneixia les idees i l'àmplia experiència clínic que Frankl i el seu equip havien desenvolupat a Viena. També coneixia Anni Weiss que, expulsada de Viena el 1934 i activament desitjosa de reunir-se amb Frankl als Estats Units, va intercedir activament perquè Kanner tractés de contractar-los (Robison, 2017).

La importància que Frankl donava al que va anomenar el "llenguatge afectiu" com a problema nuclear de l'autisme la va mantenir durant molt de temps. És mèrit de Muratori (2019 i 2024) haver-ho pogut demostrar, rescatant el projecte-memòria de recerca del 1957 que Frankl va presentar per ser habilitat com a professor universitari i que havia quedat oblidat i abandonat als arxius de la universitat de Kansas durant gairebé setanta anys i trobat ara (amb l'ajuda d'una col·laboradora, la filòsofa Valeria Bizzari)<sup>(10)</sup>. La recent divulgació i publicació íntegra d'aquest text inacabat de 124 pàgines mecanografiades, titulat *Autism in childhood: an attempt of an analysis*, és el document clau que ens permet recuperar avui l'interès de les idees originals de Frankl i, com farem a la segona part aquest article, reflexionar-hi.

Dic ja per endavant que Frankl, més que catalogar les dificultats de llenguatge dels autistes com un símptoma deficitari, una pèrdua de capacitat per desenvolupar el llenguatge verbal, directament lligada a la seva incapacitat cognitiva, ho entenia vinculat al gran patiment relacional que la dificultat per comprendre i fer-se entendre entranya. Va ser particularment sensible als esforços interactius i comunicatius per part dels autistes entenent que, **els que arribaven a comunicar-se**, tractaven de fer allò que podien per fer-se entendre i aconseguir conviure amb el seu entorn familiar, escolar i terapèutic. Veia doncs una desesperada intenció comunicativa en allò que altres jutjarien només com un llenguatge fallit i una incapacitat innata i sense remei que desanimava a buscar significats simbòlics difícils d'entendre i extreure sota un llenguatge complicat i de difícil comprensió... llevat que la insistència en espera d'una convivència possible porti a apassionar-se amb un llenguatge difícil de desxifrar... que sempre va intrigar i fascinar els qui van tenir la paciència necessària per escoltar-lo. Com veurem, Frankl era sensible a elements afectius, relacionals i interactius; però, format a la psiquiatria centreeuropea, tampoc desconeixia ni la comprensió de Bleuler, primer autor que va parlar d'autisme com una dimensió fonamental de la psicosis esquizofrènica, ni la seva confluència amb factors d'ordre neurològic que llastaven les capacitats de molts casos. Entenia que hi havia un *continuum*, un ampli ventall de desenvolupaments, des dels autistes sense o amb escassos rudiments de llenguatge fins als més ben dotats amb diversos nivells de llenguatge verbal distorsionat, però comunicatiu. S'avançava així al concepte que després, des de 1981 (Lorna Wing), quedaria anomenat fins als nostres dies com a espectre de l'autisme.

### LES RAONS D'UN SILENCI ENIGMÀTIC

Una pregunta evident sorgeix al voltant de tota aquesta història: per què Frankl no va parlar del que sabia?

Sembla tenir fàcil explicació el per què ni Frankl ni Kanner no van voler concedir importància a la feina d'Asperger i ho van silenciar. Pel que sembla, no el van citar mai. Tot i que Kanner parlava perfectament l'alemany i podia conèixer fàcilment -avui sembla segur que així va ser - els textos que Asper-

ger havia escrit, mai no ho va reconèixer, “mantenint un silenci d'esfinx pel que fa al seu homòleg vienès [...] que només va trencar en una ocasió en tota la seva carrera». Només una vegada a la seva vida el va citar Kanner “i de molt mala gana” (segons Feinstein, 2010). Ho va fer en el seu comentari crític a un altre llibre sobre autisme<sup>(11)</sup>, responnent, en tercera persona, sobre l'eventual relació entre l'obra d'Asperger i la seva: “en aquella època (Asperger) no va poder saber de les publicacions (de Kanner). En lloc d'això va descriure independentment el que anomenava “psicopatia autística”, la qual, si té alguna relació amb l'autisme infantil, en el millor dels casos, **és una cosina molt llunyana**”.

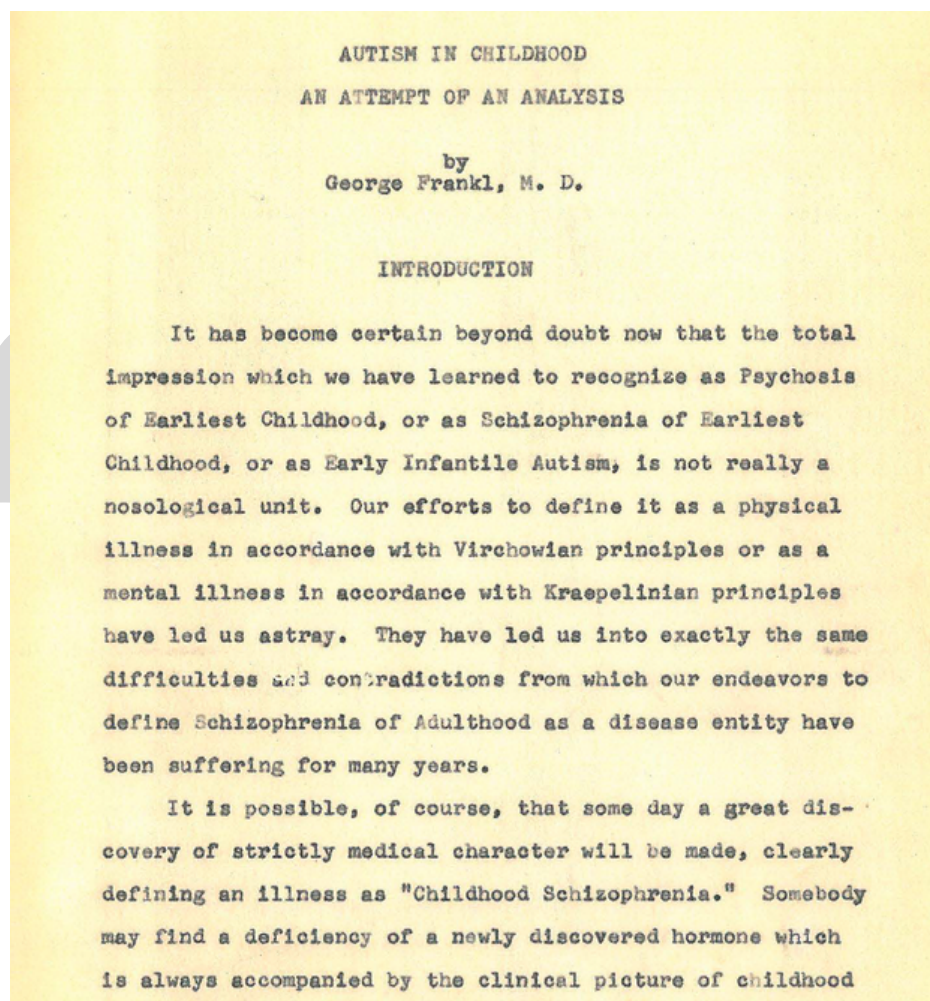
Sens dubte, tant Kanner com Frankl sintonitzaven en una cosa fonamental. Jueus tots dos menyspreaven el paper de col·laborador aprofitat d'Asperger en una Viena envaïda pel nazisme. Sembla també clar que Kanner, un cop encunyat “el seu nou diagnòstic”, va lluitar tota la vida per defensar l'originalitat absoluta de les seves idees sobre l'autisme, fent callar la intervenció d'altres autors.

Quant a per què Frankl va optar per callar discretament sobre la seva aportació personal -en entendre l'autisme com una dificultat fonamental del contacte afectiu- sabem el que va respondre a Kanner quan, el 1943, aquest l'animava a la publicació del text (que ja havia començat a elaborar a Viena i que, encara inacabat, es va emportar a Baltimore). Volia incloure'l, acompanyant el seu, al número inaugural de *The Nervous Child*. Frankl li va respondre que “*sent sincer, he arribat a detestar aquest document (...) la major part va ser escrit a Europa i és un treball que ja té cinc anys i que considero vell (...) els meus primers intents desesperats amb la llengua anglesa van ser per traduir-lo, després el vaig reescriure una vegada i una altra obstinat a pensar que la seva publicació era imminent. Em vaig divertir amb això fa cinc anys, però ara m'ha condicionat negativament (...) després de tot, aquesta publicació no serà res més que el tancament oficial d'un període particular i difícil de la meua vida*”<sup>(12)</sup>. Haswell Todd, expert en el tema, creu que aquesta carta mostra que Frankl ja havia decidit abandonar aquesta feina quan Kanner el va convidar a enviar el seu article a *The Nervous Child*.

Muratori opina que no tenim cap manera de conèixer la raó per la qual Frankl volia tancar -oblidar?- aquest període difícil i lamenta aquest allunyament que podria haver comportat l'oblit definitiu de les seves idees. Però també destaca que gràcies a la troballa del seu projecte inacabat de tesi doctoral (que estava oblidat des del 1957 i que comentarem més endavant) sabem que molts anys després, quan ja no treballava en la investigació sobre l'autisme, seguia convençut que el problema central d'aquests infants estava en les dificultats de contacte afectiu i en particular la seva incapacitat per comprendre el que ell va anomenar “el llenguatge afectiu”.

Pel que fa al seu desig de voler clausurar aquest període “particular i difícil” sembla lògic, encara que Muratori no ho fa, relacionar-ho amb les circumstàncies personals i les múltiples pèrdues: exili i fugida en condi-

cions d'amenaça de mort imminent; renúncia a tota la carrera professional anterior; desesperació per la separació i allunyament, amb molt difícil arranjament, de la seva futura esposa; clima tràgic de l'holocaust amb mort per extermini o suïcidi d'amics, companys professionals i familiars. Segons Todd, la seva pròpia mare va ser assassinada a l'Holocaust. Relata que, l'agost del 1942, una dona de 73 anys amb el seu cognom de soltera, Franziska Adler, va ser embarcada a Viena en un tren que va arribar l'endemà al camp de concentració de Theresienstadt. Va morir a Treblinka un mes després. Todd pensa que: “*aquesta pèrdua va ser potser part del que Frankl esperava deixar enrere*”. Qualsevol que hagi intentat recordar amb persones properes els seus records de fets tràgics associats a situacions bèl·liques coneix el seu dolorós treball mental per intentar oblidar massivament el que ha patit. Segurament Frankl, home de gran



Mecanoscrit inacabat del projecte-memòria d'investigació de Georg Frankl per ser habilitat com a professor universitari a la Universitat de Kansas el 1957. Fotografia de *Autism in childhood: an attempt of an analysis* a Google Scholar.

sensibilitat humana, no en va ser una excepció.

A més -un altre probable motiu del seu desinterès- convé contextualitzar que l'autisme era llavors un tema molt especialitzat que es pensava que quedava limitat a molt pocs casos i era per tant de menor impacte professional que altres molt més freqüents i més presents en l'activitat clínica. D'altra banda, els plantejaments de la pedagogia terapèutica necessitaven equips multiprofessionals d'alt cost i difícils d'ajustar a un entorn mèdic hospitalari. Diffícilment Frankl podia pretendre disposar d'aquests mitjans i la societat nord-americana, excepte en escassos hospitals molt elitistes i de difícil accés, ja havia optat per institucionalitzar els autistes juntament amb altres deficiències, barreja que Kanner va combatre tot el que va poder per la cronificació i estigmatització que implicava. Però, com ara, la clínica ambulatoria oferia molts més pacients més suportables amb millors possibilitats evolutives i millors rendiments professionals i econòmics... i Frankl i Weiss eren immigrants que necessitaven sobreviure professionalment. A més, Kanner s'havia convertit en la persona més influent en la nova i flamant psiquiatria infantil i en el principal "líder d'opinió" mundial respecte a l'autisme i era qui millor podia avalar la parella a la recerca d'un lloc de treball estable. Sembla difícil que Frankl en la seva posició pogués o volgués criticar qui li havia permès instal·lar-se al seu nou país d'acollida. Compartien a més el seu origen i la cultura jueva i la seva condició d'emigrants. En qualsevol cas, Frankl i Weiss, després d'un període de diversos anys buscant un lloc on treballar junts, aconseguirien desenvolupar una important i reeixida carrera professional... allunyada de l'autisme<sup>(13)</sup>.

Tenia, a més, altres raons Frankl per no esmentar mai Asperger? Algunes semblen evidents. Havia estat el seu deixeble i va aprofitar el període nazi per aconseguir el lloc de director de la clínica que per experiència i coneixements hagués correspost a Frankl. Mai ve de gust anomenar un usurpador. No obstant això, un cop assentat als Estats Units i tenint a favor seu les crítiques ferotges que hi havia cap als lladronics i crims dels nazis, ho tenia fàcil per "denunciar" el "robatori" o almenys "l'apropiació indeguda" comesa per Asperger. Però no ho va fer, almenys no públicament. En part a causa del seu silenci,

dolça venjança, l'obra d'Asperger no va ser coneguda al món angloparlant fins al 1981, amb la traducció parcial a l'anglès del seu text de 1944 (Lorna Wing, 1981). Frankl ja havia mort el 1975, així que no va conèixer aquesta "resurrecció" de la figura d'Asperger. En canvi sí que la va conèixer la seva vídua Anni Weiss, que va viure fins al 1991, i que pel que sembla tampoc va parlar mai públicament sobre el tema. Així doncs, durant més de trenta anys l'obra d'Asperger, que avui sabem que Frankl i Kanner coneixien abans i després de la seva publicació, va quedar totalment ignorada. Certament, cap dels dos no tenia cap interès en què es concedís algun renom a Asperger (qui alhora tampoc va reconèixer mai els seus anys de treball i aprenentatge juntament amb Frankl i Anni Weiss).

#### ÚLTIMS ANYS. RECORD D'UNA DONA TAMBÉ OBLIDADA

Després de romandre dos anys amb Kanner a la John Hopkins University de Baltimore, Frankl obté la ciutadania americana i, després de diversos canvis professionals, el títol de psiquiatre i aconsegueix finalment establir-se juntament amb Anni Weiss en un treball comú, a Kansas City. Allà treballen conjuntament en una clínica de *guidance* infantil amb vinculació universitària fins al 1959. Es traslladen després a Carolina del Nord, a la *Bowman Gray School of Medicine*, desenvolupant la paidopsiquiatria fins aleshores inexistent a la regió. Frankl mor el 1975, als 78 anys, cinc anys després de la seva jubilació, d'un càncer de pulmó.



Anni Weiss va ser la principal psicòloga responsable de les avaluacions psicopatològiques i les tasques psicoterapèutiques amb els infants i les famílies a la clínica pediàtrica de Viena des del 1925 fins el 1934. Fotografia extreta de: *The High Point Enterprise*, 21 mai 1961, p.48 a <https://autismuseum.net/2019/03/26/anni-weiss-frankl/>

Anni Weiss el va sobreviure fins al 1991, data en què va morir amb gairebé 94 anys. Cap dels dos havia rebut, fins ara, més que un magre esment en els articles sobre la història de l'autisme. Tot i això, va ser una professional amb una extraordinària formació per a la seva època. Originària d'una família jueva d'industrials alemanys i titulada com a mestra d'educació infantil el 1916, es va diplomar posteriorment en psicologia i treball social a la universitat d'Hamburg (1921), partint després a Viena per formar-se en psicopatologia de la infància (1924). Des de l'any 1925 fins al 1934, data en què fugí del nazisme, treballa a la unitat de pedagogia curativa de la clínica pediàtrica de Viena, on va ser la principal psicòloga responsable de l'observació diagnòstica, de les avaluacions psicopatològiques i les tasques psicoterapèutiques amb infants i famílies. Parlava fluidament l'anglès i en arribar als Estats Units va ser ràpidament contractada a la universitat de Columbia, on va ser reconeguda com a psicòloga infantil i va treballar durant tres anys, fins que es va traslladar tractant de reunir-se i ser contractada juntament amb Frankl. Asperger no la citaria per res en el seu text del 1944, en què en canvi sí que fa destacats comentaris, molt elogiosos, de Viktorine Zak, religiosa i responsable pedagògica del centre i destacada companya de Weiss. Segurament, resultava arriscat elogiar una jueva durant el període nazi, però tampoc la va recordar durant les diverses dècades transcorregudes després. Totes dues participaven activament a les reunions clíniques d'equip instaurades per Lazar i sens dubte

coneixien i manejaven el concepte d'“infant autista” habitualment utilitzat allà des dels anys trenta. N'és una bona prova el text<sup>(14)</sup>, publicat en anglès el 1935, amb la seva detallada descripció clínica del cas Gottfried, nen autista de 9 anys. Anomenat *el ximple* pels seus companys, posseïa una intel·ligència peculiar. La seva àvia, que defensava les seves capacitats, el va portar a la clínica de Viena perquè l'estudiessin. El text, arraconat durant molts anys i rescatat per Silberman de l'oblit, mostra el seu fi coneixement clínic d'una psicopatologia autística típica i la seva experiència en la difícil avaluació de la intel·ligència dels infants autistes amb els tests psicomètrics habituals que jutjava “artificials” i poc adaptats per conèixer les peculiaritats cognitives i afectives. Assenyalava també que les variacions en els seus rendiments cognitius estaven relacionades amb la qualitat de la relació amb l'examinador i el coneixement quotidià del món afectiu intern de l'autista. Aquestes fines consideracions, sí que apareixien, gairebé calca-des, nou anys després al text d'Asperger de 1944, en què no esmenta la publicació molt anterior de Weiss. Durant diverses dècades, des del descobriment del text d'Asperger amb la seva traducció a l'anglès (el 1981 per Lorna Wing) fins als recents treballs citats, tots els lectors del text d'Asperger pensàvem que calia atribuir-li, a ell i al seu original talent, el que ara sembla evident ser el resultat de tot un treball col·lectiu i compartit amb persones que el van precedir (i que Asperger “va oblidar” citar).

Fins al final de la seva carrera, Weiss va continuar treballant per a la protecció de la infància, programes de salut mental i relacions pares-mares-infants. Va ser molt activa col·laboradora dels serveis socials jueus participant en la formació de personal dedicat a la psicopatologia infantil i al treball social, exercint des del 1960 fins al 1970 funcions docents universitàries. Un autor particularment estudiós de la influència de Frankl (Robison, 2017) subratlla el paper fonamental que va jugar Anni Weiss, col·laborant en la gènesi de les idees i l'estil de treball del seu marit i de l'escola de Viena i ressaltant com les seves idees i experiència van enriquir i, sense ser citada, van ser incorporades als textos de Kanner i d'Asperger. No dubta a concloure, romànticament, que la història de l'autisme hauria estat una altra sense la trobada amorosa entre Frankl i Weiss. Podem afegir també que cal lamentar que no aconseguissin prolongar la seva relació professional amb l'autisme en

un ambient terapèutic com el que havien creat al seu país d'origen.

## NOTES ANNEXES

**1.** Clemens von Pirquet (1874-1929) creador del terme “al·lèrgia” i de la prova de la tuberculina per al diagnòstic de la tuberculosi, va afavorir juntament amb Theodor Heller (1869-1937) la creació a la clínica pediàtrica de Viena d'una “unitat de pedagogia terapèutica” que, des del 1917, va dirigir Erwin Lazar. Heller, va descriure el 1907, sis casos de “demència infantil”, corresponents al que encara en classificacions DSM recents s'ha anomenat “TGD desintegratiu”. Va crear una escola de reputació mundial per a tot tipus de deficients mentals en què va aplicar la seva “educació curativa” (“Heilpädagogik”), teoria i pràctica que va recollir en els seus dos textos principals (Grundriss der Heilpädagogik, 1904; Paedagogische Therapie für praktische Aertze, 1914). Posteriorment, va escriure tractats de psicopatologia de la infància i l'adolescència. Va organitzar diversos congressos de la Societat d'Educació Curativa, que presidiria tant a Alemanya com a Àustria i des del 1937 a la seva organització internacional, que el va considerar el “pare de l'educació terapèutica”. Des de 1935, amb l'arribada dels nazis al poder, va denunciar l'“esfondrament de l'ensenyament curatiu” pronunciant el seu darrer discurs públic abans de ser destituït el 1938. Es va suïcidar poc després. La seva dona i filla van ser deportades a Riga i executades. Tots dos (Pirquet i Heller) van afavorir la creació de la unitat de pedagogia terapèutica des de 1917, proposant com a director Erwin Lazar (1877-1932), pediatre amb formació psiquiàtrica prèvia (amb Wagner Jauregg, 1857-1940: descobridor i Nobel el 1927 per introduir la pirotèria, provocació de febre palúdica, en el tractament de la paràlisi general progressiva d'origen sifilític). Es va preocupar sempre pels problemes d'aprenentatge i adaptació escolar dels infants maltractats i abandonats. Va col·laborar amb la molt activa Associació Pestalozzi, que promovia una pedagogia progressista, aconseguint arribar a ser consultor del ministeri de salut pública. El 1925 va publicar la seva obra més important, “Fonaments mèdics de l'educació curativa”. Fins aquell moment havien estudiat ambulatoriament 5.000 pacients, en gran part procedents de serveis d'ajuda social, dels tribunals i de la policia. Una petita part d'ells van ser internats i ob-

servats durant llargs períodes a la seva clínica (on tant Frankl, com Anni Weiss i Asperger van treballar durant anys).

**2.** En el període de l'Anschluss -annexió d'Àustria a Alemanya- després de la invasió nazi (1938-1945), la Facultat de Medicina de Viena va expulsar el 78% del seu professorat, majoritàriament d'origen jueu (van quedar 44 metges de 197). Dos terços dels 4.900 metges de Viena (entre ells, el 70% dels 110 pediatres de la ciutat) van perdre el seu lloc i van ser deportats, van emigrar o es van suïcidar (Sheffer, 2018). Entre els que es van suïcidar hi havia Theodor Heller.

**3.** He desenvolupat més detalladament les informacions sobre això en un text dedicat íntegrament a l'autisme (Lasa Zulueta, 2022. Cap. 2. Pàg.184-237).

**4.** Louise Despert “havia informat en el passat” en un número anterior de *The Nervous Child*, el primer, que Kanner sens dubte coneixia (Despert, 1942). Ni Despert, ni Kanner, ni cap altre autor del món angloparlant interessat per l'autisme, van citar en aquesta època Soukhareva (1891-1981) que, en una Rússia allunyada i incomunicada d'Occident, ja des del 1926 havia descrit casos de “psicopatia autística”. Havia publicat els seus textos en alemany, llengua d'Asperger i Kanner, però cap dels dos no van conèixer pel que sembla els seus textos i no la citarien. Ni ella ni Asperger no serien reconeguts per la comunitat internacional, molt més atenta a les publicacions en anglès, fins molt més tard.

**5.** També altres autors afirmen que Kanner va mantenir una actitud més agraïda cap al reconeixement de l'aportació de Frankl (ho fa en particular i aporta dades objectives Robison, 2017). Aquest autor també relata que “es diu” que Asperger, un cop acabada la guerra, es va entrevistar amb Frankl i li va proposar tornar a Viena. No aporta cap font objectiva, però escriu que va ser una “comunicació personal” de Silberman (que tampoc no aporta dades que ho confirmin). En canvi, Samantha Dluzak (2019) relata diverses trobades entre Asperger i Frankl després de finalitzar la guerra. Asperger hauria ofert a Frankl tornar a Viena i aquest, ja assentat als Estats Units, li va oferir una col·laboració entre les clíniques, facilitant l'intercanvi de professionals en formació. El relat d'aquesta autora, que descriu una relació amistosa entre tots dos (tots dos es van trobar després de diversos viatges inter-

continentals) qüestiona o almenys matisa algunes de les descripcions de la seva enemistat, que, com he relatat, afirmen altres autors. Certament es perceben dues línies als relats històrics: una més acusadora cap a Asperger i l'altra molt més benèvola.

**6.** Kanner era el responsable del primer servei de psiquiatria infantil creat als Estats Units a l'hospital Johns Hopkins de Baltimore sota la direcció de Hans Meyer, psiquiatre d'origen suís i format a Centreeuropa.

**7.** Adolf Meyer (1886-1950), que va crear la primera escola de formació psiquiàtrica a Baltimore, va ser qui va contractar Kanner, el 1930, perquè desenvolupés el nou servei de psiquiatria infantil creat a l'hospital que va dirigir.

**8.** Em resulta inevitable establir un paral·lelisme entre l'angoixant espera, per part dels progenitors, d'un diagnòstic mèdic reconegut "clar i inequívoc", present ja per aquell temps i també als nostres dies i en les raons de tan constant persistència, reforçada per les associacions d'afectats, que sens dubte ha contribuït a l'interès, social i professional actual per les classificacions diagnòstiques "objectives i recolzades per l'evidència científica" i al seu trasllat al terreny de les discapacitats i al seu reconeixement com a tals amb les enormes conseqüències socials que ha comportat (Lasa Zulueta, 2022).

**9.** Fins i tot a la 4a edició de 1972, gairebé trenta anys després! del seu Manual de Psiquiatria Infantil, Kanner inclou "l'autisme infantil precoç" al capítol de "L'Esquizofrènia" on ocupa només tres pàgines sobre vint-i-quatre.

**10.** Robison, en el seu treball publicat el 2017, també esmenta aquest text oblidat de Frankl i sembla haver-lo consultat... desconec qui el va descobrir primer. El text de Robison apareix citat per Muratori, però aquest no ho és al de Robison. El que sí que resta clar és que Muratori ha divulgat el text en la seva totalitat i publicat la seva traducció a l'italià i al francès. Òbviament, Robison no necessitava aquesta traducció i podia remetre els angloparlants al text original.

**11.** Kanner L. (1971) Kugelmass I.: The autistic child. Book review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 152(5), 370-371.

**12.** Carta trobada per Haswell Todd als Arxius Melvin Sabshin de l'Associació Americana de Psiquiatria.

**13.** Samantha Dluzak (2019) és l'autora que més ha indagat en la trajectòria, fins ara menys coneguda, de la parella Frankl-Weiss posterior a la seva etapa vienesa i als inicis als Estats Units.

**14.** Weiss A.B. Qualitative intelligence Testing as a Means of Diagnosis in the Examination of Psychopathic Children, *American Journal of Orthopsychiatry*, 1935; 5(2): 154-179.



# La interacció com a vehicle del desenvolupament de l'infant en el primer any de vida: falles interactives i risc per a la construcció del self i la relació



– Susanna Olives Azcona –

**Psicòloga General Sanitària. Psicòloga CDIAP Granollers. Psicoterapeuta d'infants, adults i família. Editora de la Revista *eipea*. Sant Cugat del Vallès**

## INTRODUCCIÓ

En aquest article em referiré a la importància de les primeres experiències interactives del nadó amb la seva mare (el terme mare farà referència, en endavant, a la persona que construeix el vincle primari amb el nadó ja durant la gestació, o bé, a partir del seu naixement i no respon a una denominació lligada al gènere necessàriament) per promoure un desenvolupament sa en el nadó. Parlaré de les competències del noutat i l'infant petit i de la construcció de la diada primera amb la mare, de les fragilitats o dificultats que poden presentar alguns nadons i de les dificultats que suposa la cura i el desplegament de la funció materna amb infants "difícils". Algunes d'aquestes dificultats que observem en els nadons poden ser considerades com a signes precoços d'autisme o signes pre-autístics (Acquarone, 2007) i poden ser ja observades en les primeres setmanes de vida. Reflexionaré també a l'entorn de quin ha de ser l'abordatge terapèutic a partir de vinyetes de casos pràctics.

Inclouré, per últim, una reflexió sobre l'atenció terapèutica en el marc dels CDIAPs, serveis especialitzats en atenció primerenca als infants i a les seves famílies, on una intervenció psicològica precoç de les falles interactives protegeix el benestar de la família i el desenvolupament del nadó, reduint el risc de trastorns o alteracions posteriors en el desenvolupament dels infants.

## DEL FETUS A L'INFANT PETIT. DESENVOLUPAMENT SA, CAPACITATS I EVOLUCIÓ. FRAGILITATS DEL NADÓ

Els éssers humans no naixem com a individus aïllats, sinó com a éssers socials, programats i predisposats per a la relació, per buscar a altres éssers humans de manera intencional i amb la capacitat de ser regulats emocionalment en el si de la relació amb l'altre. Els noutats es mouen amb consciència intencional, expressant emocions i respostes que s'adapten i varien i tenen com a finalitat atraure l'atenció de la mare (Trevarthen, 2011). Però cada noutat arriba al món amb unes capacitats i un tarannà que li són innats i que suposaran un equipament de base (Ajuriaguerra, 1970) més o menys facilitador del desenvolupament. Aquestes "maneres de ser" ja poden ser observades durant la vida uterina.

Alessandra Piontelli, metge, psicoanalista i psicoterapeuta infantil va dedicar gran part de la seva carrera a l'estudi de les diferències individuals entre els fetus. A la dècada dels 1980, va iniciar els seus estudis d'observació de fetus mitjançant tècniques ecogràfiques i va fer estudis longitudinals per fer seguiment evolutiu dels fetus observats en els primers anys de vida extrauterina. Les seves investigacions sobre la vida fetal, basades en l'observació ecogràfica, parteixen de la idea de que l'inici del desenvolupament psíquic comença ja en la vida uterina -psiquisme fetal-

i li van permetre identificar i descriure diferents tipus de fetus segons el seu comportament i respostes dins l'úter matern. Va descriure les observacions fetals, les observacions postnatales i l'anàlisi dels nens petits amb un detall minuciós. Per exemple, va advertir com les bessones Marisa i Beatrice es colpejaven a l'úter i van continuar fent-ho després del naixement tan bon punt el seu desenvolupament motor els ho va permetre. O com els bessons Alice i Luca s'acariciaven mútuament a l'úter a través de la membrana divisòria i a l'edat d'un any un dels seus jocs preferits era acariciar-se des de banda i banda d'una cortina.

L'estudi de les respostes fisiològiques i de les respostes emocionals i psicològiques dels fetus, va portar a Piontelli a constatar diferències significatives entre els fetus pel que fa a aspectes com la sensibilitat i la capacitat i latència de resposta. Parlava de fetus amb tendència més activa o reactiva, per referir-se a aquells que ja mostren una gran activitat motora dins l'úter; aquests fetus tendeixen a bellugar-se molt i responen ràpidament a estímuls com la llum o el so i també a situacions d'estrès. Eren fetus que mostraven més sensibilitat als canvis en l'entorn uterí i responien emocionalment amb més intensitat. Aquest alt nivell d'activitat i resposta tenia un correlat en la vida extrauterina. Els fetus més tranquils o menys reactius, en contrast, responien menys o amb menys intensitat als estímuls externs. Aquesta menor res-

posta podia tenir a veure amb entorns uterins més tranquils i estables, però també amb característiques pròpies del fetus. Altres fetus, presentaven respostes més afectives, atès que mostraven reaccions emocionals davant dels estats emocionals de la mare, com l'estrès o l'ansietat. Aquesta resposta es manifesta, per exemple, mitjançant alteracions de la freqüència cardíaca o variacions en els patrons de moviment i activitat. Poden ser el germen dels primers patrons de resposta emocional del nadó.

L'observació ecogràfica de fetus bessons és especialment interessant, atès que no només observem el comportament i la resposta a estímuls externs i la interacció amb l'entorn uterí, sinó que també podem observar la interacció entre ells i les diferències entre un bessó i altre.

Actualment i gràcies a la gran tecnificació i seguiment de les gestacions, les futures mares i pares disposen de molta informació no només sobre la salut de la criatura, sinó també de com es comporta, dels nivells d'activitat i de la interacció i acomodació al medi uterí i aquest fet ja modula les fantasies que sobre el fill fan els pares de manera més clara.

Aquesta "manera de ser" de què parlava Piontelli i que suposa un punt de partida es veurà altament modulada i modificada en funció de l'entorn, de les relacions i experiències del nounat i infant petit, pel cas que ens ocupa, i amb una intensitat i repercussió molt més important que en qualsevol altre moment del cicle vital.

*En Quim i la Gal·la són bessons. Venen a consulta per dificultats de son que observen en la Gal·la i per la passivitat del seu germà. En el moment de la primera visita tenen tres mesos, la Gal·la no aconsegueix conciliar el son més de dues hores seguides i, fins no fa gaire, de vegades havien de despertar a en Quim per alimentar-se. Tots dos tenen un desenvolupament dins dels paràmetres de la normalitat evolutiva en el moment de la visita. La Gal·la es mostra més activa i atenta, en ocasions irritable, mentre que el seu germà és una nadó somrient i de respostes lentes. Els pares expliquen que en els controls ecogràfics de l'embaràs els va resultar molt difícil veure el sexe del Quim, la Gal·la no parava de moure's i sovint el tapava. Ell s'estava quiet i d'esquenes,*

*els preocupava que no s'hagués mogut en els cinc mesos que en aquell moment ja portava de gestació. El ginecòleg semblava una mica contrariat per aquest fet i havia generat gran preocupació i fantasies de patologia en els pares. La mare relata que la seva tieta li va recomanar menjar xocolata abans de la visita, "per fer moure al nen". Van seguir el consell de la tieta i en Quim es va mostrar més actiu i van poder comprovar que era un nen. Tant si la resposta tenia a veure amb el sucre o amb els alts nivells d'estrès i angonya de la mare, veiem com alguns fetus necessiten una més alta intensitat emocional per respondre i, en aquest cas, el tarannà d'en Quim durant la seva etapa fetal té un clar correlat en la vida extrauterina. Caldrà veure com l'ambient modula la seva predisposició.*

El Dr. T. Brazelton també considerava al nadó com un ésser especialment actiu i predisposat a la relació amb l'altre i que arriba al món amb unes característiques pròpies que el predisposaran millor o pitjor pel creixement des de la relació i la socialització. L'Escala de Brazelton, desenvolupada per ell a la dècada del 1970, permet avaluar els comportaments i reflexes del nadó en els seus primers dies de vida. L'escala va ser concebuda com un instrument empíric per avaluar el comportament del nadó dins del context dinàmic format per l'infant i l'examinador: aquest caràcter interactiu distingia a aquesta escala de la resta que existien. En absència de relacions humanes ajustades al moment evolutiu, que donin sentit a la seva naturalesa social, les competències del nadó no es desplegaran per afavorir el seu desenvolupament.

L'Escala de Brazelton inclou l'avaluació del sistema nerviós autònom, habilitats motrius, habituació, regulació de l'estat i comportaments socials interactius. Aquest darrer aspecte és especialment rellevant pel tema que ens ocupa, ja que facilita aproximar-nos al coneixement del temperament de l'infant, les respostes emocionals, l'estat d'alerta i la capacitat de regular les respostes del nounat, la predisposició més o menys intensa a la relació i la resposta a les ofertes relacionals de la mare.

Quan parlem de les capacitats del nadó, més enllà de les diferències individuals de tarannà, que el predisposen a la relació amb l'altre i de com avancen durant el primer

any de vida, ens referim en síntesi a les següents:

**Capacitat d'imitació:** els nadons entre els 12 i els 21 dies són capaços d'imitar gestos facials com treure la llengua, obrir la boca, observats en els adults (Meltzoff i Moore, 1977). Aquest comportament no es pot explicar en termes de condicionament o de mecanismes d'alliberament innats, ja que la imitació implica que els nounats humans poden equiparar els seus propis comportaments invisibles amb els gestos que veuen fer a altres persones. No cal dir que sense capacitat imitativa, sense la capacitat d'emmimirar-se en l'altre i "fer com" algú altre no hi haurà possibilitat de desenvolupament social i cognitiu futur en l'infant. Existeixen nombrosos estudis i experiments (Hobson, 2002) que mostren la capacitat innata per a la imitació dels nadons i que aquesta està estretament lligada a la capacitat empàtica. Els nadons imiten naturalment a les persones i no als objectes, hi ha un interès i predilecció per les persones, és a dir, els nadons sans estan equipats i predisposats per interessar-se per altres éssers humans i fer com ells, també per connectar emocionalment amb ells. La capacitat imitativa dels nadons té un efecte també sobre el desig dels pares. El fet que en edats tan precoces els fills facin com els pares, que aprenguin d'ells, és un element que legitima als pares com aquells que acompanyaran els assoliments i aprenentatges dels fills. Alhora, i a un nivell fins i tot més primitiu, reconèixer en el fill trets físics, però també gestos propis, equival a reconèixer al fill com a quelcom que ens és propi, familiar, i per tant, malgrat ens estem coneixent, no ens és aliè ni estrany. Poder sentir al fill com a propi de manera apriorística promou i facilita el vincle.

*La Laura és mare d'una nena prematura. Han passat grans vicissituds i no ha pogut ser cuidada per ella durant els dos primers mesos de vida. Ha arribat el dia de l'alta hospitalària i la Laura expressa gran emoció, però també por de no saber com fer de mare, fa dos mesos que va néixer la seva filla, però ha pogut tenir-ne poca cura a causa de la seva fràgil salut i dificultats gàstriques. La infermera de la Unitat Neonatal està al seu costat, la nena a la falda de la mare, la mare la mira amb certa preocupació i desig. La infermera li proposa que li faci ganyotes, ha comprovat que és una cosa que li agrada. La mare li treu la llengua,*

*obre la boca, diverses vegades, la nena la mira amb atenció i finalment treu la llengua. La mare riu, la infermera li diu a la nena: "ja veig que la mama t'ensenya coses, eh?". En aquesta vinyeta ens trobem amb una infermera altament especialitzada i sensible que posseeix un gran coneixement del desenvolupament del nadons i que aprofita aquest coneixement per promoure un vincle mare-nadó que s'ha iniciat amb ansietats de mort i inseguretats importants pel que fa a la funció materna.*

**Percepció amodal:** la percepció amodal implica la capacitat de traduir la informació rebuda d'una modalitat sensorial a una altra. D'aquesta manera, el que percebem a través del tacte, per exemple, és transferit al sentit de la vista i és reconegut la primera vegada que es veu. Té a veure amb una tendència innata que permetrà integrar els diferents canals sensorials: tacte, visió, oïda, olfacte, també temperatura, etc. per anar formant representacions complexes de tot allò que ens envolta. Amb pocs mesos de vida, ja po-

dem observar com aquesta capacitat d'integració funciona i modula la resposta emocional del nadó. Per exemple, quan el nadó plora perquè necessita ser alimentat, la mare, que es troba en una altra estança, li diu amorosa que de seguida hi va: el plor del nadó baixa la seva intensitat momentàniament. El nadó ha pogut integrar la informació de la veu de la mare amb el gust i temperatura de la llet que l'alimenta i això modula lleument la resposta emocional. La percepció amodal, a mesura que l'infant creix, implica una percepció multisensorial que permet, per una banda, la constància conceptual, és a dir, la capacitat de reconèixer allò extern malgrat canviï el context, la intensitat, etc., atès que reconeix propietats invariables que són la suma de les experiències mutisensorials integrades dels objectes. Per exemple, els infants petits sans reconeixen a la mare malgrat es canviï el pentinat o pateixi una disfonia.

A poc a poc, doncs, el nadó va construint patrons que li permeten organitzar una imatge sensorial de la mare i introjectar l'experiència

de ser cuidat, atès, calmat, satisfet en les necessitats. D'aquesta manera, el nadó construeix una mare mental integrada, no hi ha una mare-tacte, una mare-veu, una mare-olor, és una mare integrada. Quan la percepció amodal no es dona de manera innata, poden aparèixer dificultats per integrar sensorialment les experiències que ofereix la mare. Les dificultats en la integració de diferents modalitats sensorials són un signe d'alerta molt important, ja que sense una mare mental integrada el procés de separació, diferenciació i individuació i construcció del self queda compromès. Les dificultats d'integració sensorial es faran paleses també en la comprensió de tot allò que envolta a l'infant petit, és a dir, la comprensió del món que l'envolta quedarà alterada.

**Intersubjectivitat prepositiva:** els nadons sans estan preparats per percebre activament les emocions que s'expressen des de fora, per l'adult. Responen a la musicalitat del llenguatge, al moviment i a l'expressió de l'altre.



*Els nadons imiten naturalment a les persones i no als objectes, hi ha un interès i predilecció per les persones, és a dir, els nadons sans estan equipats i predisposats per interessar-se per altres éssers humans i fer com ells, també per connectar emocionalment amb ells.*

*La Sol és una nadó de dos mesos. La seva mare pateix una depressió i amb la nena a coll de cara a ella, m'explica que la cuida molt, però que no és capaç de sentir amor cap a ella. Sent una gran culpa per això. La nena la mira atentament, emet sons guturals i contrau el tronc lleument. La mare, amb llàgrimes als ulls li respon suaument preguntant-li què li diu, i diu a la terapeuta que li sap greu perquè la nena sembla que vol parlar amb ella, però que a ella no li surt dir-li coses. En aquesta breu vinyeta observem com la Sol, una nena amb bones capacitats i que compta amb un pare dedicat a cuidar a la mare i a la nena en aquest moment tan crític per les dues, interpel·la a la mare, es fa present i busca ser mirada per ella. La intersubjectivitat prepositiva té a veure amb la intenció i la capacitat de fer amb l'objectiu de compartir. La Sol emet vocalitzacions perquè hi ha la seva mare per rebre-les. Com més respostes plaents rebi la Sol davant la seva cerca de l'altre més interès tindrà en la relació i podrà desenvolupar-se relacional, motriu i cognitivament.*

**Intersubjectivitat primària:** es desenvolupa entre els 2 i els 9 mesos. Suposa la capacitat de compartir les nostres experiències subjectives amb altres. Implica una relació diàdica, nadó-mare, cara a cara, en la que ambdós ajusten mútuament els seus estats emocionals i expressius. El nadó imitarà a la mare en les seves vocalitzacions i, a poc a poc, aniran evolucionant cap a la protoconversa. Amb el pas dels mesos, mare i nadó van esdevenint dos que interactuen i es reconeixen. En aquest període, les diferències de tarannà entre els bebès es fa més palesa. Alguns busquen activament l'atenció i la imitació de la mare, mobilitzen el seu cos en direcció a ella cada vegada de manera més organitzada, expressen plaer i excitació, també malestar amb vocalitzacions i moviment corporal i són en general altament demandants de relació. D'altra banda, i en l'altre extrem de l'espectre, trobem infants descrits com a tranquils, que dormen força més que els anteriors durant el dia, que necessiten descansar de la relació amb la mare i poden sentir-se incomodats si no es respecten les seves pauses.

*En Sami té sis mesos, encara no ha assolit la sedestació estable, dorm força de dia i sovint plora quan el germà gran hi juga amb una intensitat que se li fa*

*excessiva. La mare observa que darrerament li retira la mirada. Ella està molt amoïnada i el força a mirar-la posant-se en el seu camp de visió oferint-li cançons i joguines. Creu que com més insis-teix més es tanca, li amoïna que pugui desenvolupar autisme. Després d'unes quantes sessions, observem que en Sami és un infant sa, però molt sensible a l'excés d'estímul. La mare entén que li ha de respectar la necessitat de descans i ajudar al fill gran a fer-ho també. En poc temps, en Sami deixa de rebutjar la mirada de la mare.*

Aquesta vinyeta ens mostra com les característiques personals del nadons i infants petits i la comprensió que fem de les mateixes juguen un paper cabdal en el bon desenvolupament diàdic.

**Intersubjectivitat secundària:** té lloc entre els 9 i els 12 mesos de vida del nadó. Suposa assolir la relació triàdica, mare-objecte-bebè, mare-pare-bebè. Els nadons comencen a incloure objectes en la interacció amb els adults, comença a aparèixer l'espai interpersonal, cada vegada mare i nadó són més clarament dues persones separades, apareixen les primeres ansietats de separació i les protoconverses prenen gran rellevància en la relació amb l'altre. Cal diferenciar la protoconversa de la imitació de les vocalitzacions de la mare; en la protoconversa el nadó no només pren la iniciativa, sinó que innova en les vocalitzacions. Aquesta protoconversa serà l'inici de l'accés al llenguatge, com a expressió màxima de diferenciació i símbol compartit. El fet d'incloure el tercer en la díada implica una mirada diferent de la mare cap al fill, la mare pensa sobre els pensaments del fill, s'inicia una relació amb un interès compartit que no som tu i jo, és l'objecte que ens ocupa, que ens interessa, que volem manipular i explorar per conèixer, com a part de tot allò que ens envolta i no som nosaltres dos.

En paraules de Tomasello (2005), el nadó cap als 3 mesos té la capacitat de mirar, observar (to look at); cap als 9, la capacitat d'adonar-se (to see) i cap a l'any de vida, la d'interessar-se (to attend to).

Des del punt de vista evolutiu, descrivim aquestes etapes o assoliments que aniran construint el camí del nounat cap a la construcció del propi self; per tant, caldrà observar les respostes interactives i relacio-

nals del nadó amb la mare per tal de comprendre en quin moment evolutiu es troba i si s'observen alteracions. Observar la interacció no només ens permet avaluar salut i risc, també ens permet conèixer des d'on es construirà el self del nadó. Un self separat i diferent de l'altre que és fora de mi, que pot ser-hi o no present, però que no deixa d'existir, perquè he pogut construir una imatge complexa de qui és l'altre que em permet pensar-lo en la seva absència i que és algú que no sóc jo.

Les manifestacions neonatals d'individualitat són el producte final del creixement mental iniciat durant el període de gestació. Per tant, el naixement del fill implica re-conèixer i conèixer a la mare i ser re-conegut i conegut per ella. Recollim una vinyeta molt breu d'una mare que relata el primer encontre amb els seus dos fills en el moment del part: *de seguida vaig veure que seria molt diferent del seu germà, quan va néixer va cridar tan fort que fins i tot la llevadora va exclamar "carai, quin caràcter!". De seguida que el vaig tenir al pit xuclava amb una voracitat impressionant...el seu germà no havia estat gens així...en el moment de l'expulsió va estossegar, era una nadó observador, menjava a poc a poc, però guanyava pes com tocava. Ara que són grans, són ben bé així, o jo els hi veig".*

## LA FUNCIÓ MATERNA

El fill que arriba s'inscriu en una cadena de desitjos, fantasmes i mites. Les mares i pares transmeten no només un capital genètic, sinó també una herència cultural. El fill del desig és un fill meravellós, un infant ideal; però el fill de la realitat sempre sembla diferent respecte al que he fantasiejat conscient o inconscientment (Larbán, 2012).

La marentalitat (en endavant, utilitzaré marentalitat com a genèric de la capacitat d'exercir la funció materna i no lligat al gènere necessàriament) com a alguna cosa que es construeix, primer sustentat en el desig del fill, després durant la gestació del fill i finalment durant la cura i criança del fill. Es tracta d'un procés no lineal que requereix de constants reajustaments i readaptacions, perquè la criatura va creixent, va guanyant competències, va construint un self que anem coneixent a mesura que es construeix.

Les relacions primerenques mare-nadó són un procés interactiu, de relació i comunicació, recíproc i asimètric que, mitjançant la se-

va sincronització i regulació progressives, crea i desenvolupa una zona de mutualitat psíquica compartida que pot suposar un alt potencial evolutiu o una sèrie de cercles tancats que no permeten el creixement i generen trastorns precoços en la relació mare-infant (Larbán, 2012).

És necessari, per a la construcció del vincle saludable entre la mare i el seu nadó, que la mare estigui mentalment disponible per a la interacció, que estigui emocionalment preparada, que presenti capacitat de contenció (*holding*) dels malestars sense nom del nadó, sosteniment que l'anirà proveint de les eines psíquiques necessàries per tolerar els estímuls externs i interns (Winnicott, 1965), capacitat de reciprocitat, capacitat per regular-se i regular al nadó, també per estimular les capacitats del nadó de manera ajustada i capacitat d'adaptar-se als canvis constants que suposa el maternatge i ajustar la cura del fill. Alhora, el nadó se presenta un cert grau de reactivitat o resposta al contacte, to-

lerància a la intrusió, mecanismes de confort i capacitat d'oferir experiències bones (Ainsworth, 1978 ).

Si tot va bé, mare i fill organitzaran un vincle segur, en el qual l'infant petit se sentirà protegit, estimat i entès en les seves necessitats i la mare gratificada pel benestar que observa pot oferir al seu fill.

Les relacions primàries pertorbades mare-nadó han de ser considerades com un precursor clar en la malaltia mental, llevat que siguem capaços de desfer els malentesos i sanear la relació. Les alteracions en el vincle primer suposen un risc, entre d'altres, en el desenvolupament social i relacional del nadó.

Sovint el que determina l'estil d'aferrament, com la mare i el fill es vinculen, té a veure amb com han pogut rebre i integrar la cura que van rebre en la seva infantesa. No obstant, les mares que provenen d'una experièn-

cia d'aferrament insegur o ambivalent en la infantesa, que van patir descurança, negligència o maltractaments i han pogut fer-ne un cert abordatge, terapèutic o personal i, per tant, han pogut prendre consciència de les mancances que poden tenir a l'hora de desplegar les funcions marentals de manera consistent, amorosa i ajustada, poden també construir vincles saludables amb els seus fills i solen tenir més tendència a demanar ajuda professional.

*La Clara és mare d'un nadó de tres mesos. Ve a consulta amoinada per si està atenent prou bé a la seva filla. La Clara va ser retirada de la seva mare en el moment del naixement a l'hospital per consum greu de tòxics i es va criar en institucions i marcada per la pèrdua constant de vincles. La seva adolescència va ser especialment turbulenta amb consum de tòxics i episodis depressius amb intents d'autòlisi, motiu que la va dur a teràpia. Ara és una adulta de*



*Si tot va bé, mare i fill organitzaran un vincle segur, en el qual l'infant petit se sentirà protegit, estimat i entès en les seves necessitats i la mare gratificada pel benestar que observa pot oferir al seu fill.*

*30 anys que inicia la maternitat amb la seva parella. En la primera visita observo com la Clara, que té la seva filla als braços, interromp el seu discurs per mirar-se-la cada vegada que aquesta fa un soroll o mostra alguna lleu incomoditat, l'observa, imita l'expressió d'incomoditat i li parla suau, l'acomoda de nou als braços i quan la nena es calma segueix amb el m'explicava. La Clara és un bon exemple de pensament sentit i concordança afectiva: des de la intuïció és capaç d'interpretar el que la seva filla necessita, en rep la contratransferència i respon en funció del que li fa sentir; també imita les expressions afectives de la nena de manera transmodal.*

A banda de les capacitats marentals o la predisposició al bon desenvolupament d'aquestes funcions que a priori presenten les mares, alguns nadons arriben al món amb dificultats que poder estar lligades a qüestions congènites o genètiques, associades a dificultats en el procés de gestació o en el moment del part i poden suposar risc per al desplegament de la funció materna. Sense cap ànim d'exhaustivitat, apuntaré algunes característiques o circumstàncies, ja sigui relatives al nadó, al part o a la salut de la mare que poden comportar cert risc en el desenvolupament del nadó i que requeriran d'unes cures determinades i també de la capacitat dels cuidadors per adaptar-se al nadó que tenen i que amb tota probabilitat no s'assembla al nadó que fantasiejaven.

Alteracions del to del nadó, hipotonia o hipertonia, dificultats de succió, aspecte fràgil i magre (observat en nounats de baix pes, ja sigui per prematuritat o altra causa), baixos nivells d'activitat, alts nivells d'irritabilitat o malestar, dèficits sensorials detectats en el naixement, bessonades, FIV, retards de creixement intrauterí, serologies alterades, risc de part prematur, dificultats associades al part com parts traumàtics i no respectats, patiment fetal, hipòxies o anòxies, infeccions, hipoglucèmies, altres complicacions mèdiques perinatals, alteracions congènites o genètiques en el nadó de detecció pre o postnatal, malaltia física o mental de la gestant o de l'entorn cuidador, altres circumstàncies familiars o socials que comprometen la cura del fill, etc. Totes aquestes condicions poden suposar o no un correlat alterat a nivell físic, però també deixen una empremta en la mare i en com podrà desenvolupar capacitats marentals ajustades.

Les situacions de vulnerabilitat i risc poden ser viscudes de manera més o menys traumàtica per la mare i afectaran de manera també diferent a les interaccions amb el nadó.

### FALLES INTERACTIVES

Quan es tracta de valorar el funcionament diàdic en els nadons i infants petits i, per tant, prevenir alteracions o trastorns en el seu desenvolupament, caldrà tenir en compte aspectes com la mirada de la mare i de l'infant, la capacitat per reclamar, la capacitat imitativa, la qualitat del diàleg tònic entre la mare i el nadó, l'actitud de la mare i el nadó durant el moment de l'alimentació, entre d'altres (Olives, 2016). Aquests aspectes que ens permeten avaluar la qualitat de la interacció entre la mare i nadó s'expressaran de diferent manera i aniran guanyant sofisticació en les seves manifestacions a mesura que l'infant creix i evoluciona cap a estadis més diferenciats i que el portaran a la construcció del propi self.

La mirada entre la mare i el nadó és un dels elements més importants que no només constaten l'interès innat del nadó per la seva mare i els de la seva espècie en general, sinó que promou i facilita l'emergència de les funcions maternes, en tant que fa sentir a la mare interpel·lada pel nadó que se la mira. Els nadons poden tenir diferents ritmes, intensitats i necessitat de mirar, de ser mirats i d'abstraure's i la mare anirà coneixent els seus ritmes i ajustant-se al nadó, però també animarà al nadó a contactar amb la mirada des del propi desig matern. D'aquesta manera, aniran construint una relació a dos.

Parlem de falles en el contacte visual quan observem un nadó que no mira a la cara de la mare, té una mirada que travessa (mirada que no veu), que mira quan no el mirem o mira si està al bressol, per exemple, i no mira si està a coll. No hem de confondre la necessitat de descans de la interacció amb l'evitació de la mirada.

*En Jules és un infant de set anys diagnosticat de TEA. Els seus pares expliquen a la terapeuta que quan era un nadó de cinc mesos els va començar a amoinar que en Jules no se'ls mirava quan el tenien a la falda. A coll de la mare rebutjava la mirada i buscava el pit amb insistència i a coll del pare movia el tronc de manera rítmica amunt i*

*avall evitant també el contacte visual, moviment que els pares definien com de ballar, però que els inquietava, perquè semblava no tenir fi. Si el deixaven a terra, el cridaven pel nom i li feien festes se'ls mirava somrient. Ara quan ho recorden i després de moltes dificultats al llarg del desenvolupament i molt de suport terapèutic, senten que eren objectes interessants per en Jules quan els veia fer coses, però que presentava dificultats importants per integrar-los com a algú altre amb qui desitjar relacionar-se i no com a alguna cosa.*

D'altra banda, el somriure que el nadó retorna a la mare en el context de mirar-se mútuament, el primer organitzador de Spitz (Spitz, 1965), és una altre element de gran importància en el desenvolupament i en la vinculació mare-nadó. El nadó està predisposat a somriure en resposta al somriure humà, especialment al de la seva mare, de qui en coneix i re-coneix també la veu, l'olor i el contacte. Aquest primer somriure social té lloc entre el naixement i els tres primers mesos de vida aproximadament i ens mostra la capacitat del nadó per interactuar emocionalment i de manera intencional amb les persones.

Aquest ajust també es dona en altres fenòmens que promocien la relació com el diàleg tònic, és a dir, com el nadó és sostingut, contingut i aferrat corporalment; també la veu i la paraula, la música i la musicalitat, com i quan li parlem deixant temps i espai per la imitació o la resposta en funció del moment evolutiu del petit infant.

Quan parlem de diàleg tònic-emocional i ajust tònic-postural fem referència a la interacció corporal i emocional entre la mare i el nadó i que inclou l'expressió facial i corporal, els tons de veus en sintonia amb la necessitat del nadó i el contacte físic. Com la mare sosté i acomoda al nadó segons necessiti ser alimentat, conciliar el son o ser consolat, per exemple. Aquest diàleg que s'estableix des del cos ajuda al nadó a regular els seus estats fisiològics i emocionals a través de la relació amb el cos d'un altre que acull, conté i ens proporciona informació propioceptiva dels propis límits corporals. Alguns nadons mostren dificultats per ser sostinguts i per acoblar-se amb comoditat al cos de la mare, per mantenir la postura i adaptar el to al cos i sosteniment matern. En alguns nadons o infants petits que presenten dificultats o alteracions interactives podem observar ex-

cés de tensió muscular que sol generar en la mare sentiments de ser rebutjada pel nadó que “no es deixa” o “es resisteix a ser agafat” i mostra incomoditat amb el contacte o nadons tous com nines de drap a coll de la mare, que es desmantellen en contacte corporal amb l'altre. En ambos casos podem parlar d'alteracions en el diàleg tònic, falles en l'ajust corporal i emocional, i caldrà veure a què responen.

El diàleg tònic-emocional inclou com hem dit els tons de veu i, per tant, la música i els aspectes no verbals del llenguatge que tenen a veure sobretot amb l'emotivitat i la prosòdia. Els nadons se senten especialment atrets pel temps, el ritme i la intensitat. Les cançons i jocs de falda per nadons i infants petits tenen ritmes de quatre per quatre i són d'estructura repetitiva amb lleus variacions i un tancament molt clar. Pràcticament en totes les llengües conegudes es repeteixen patrons similars, és una herència del que les mares han trobat que atrau als seus nadons, els manté interessats,

atents, emocionats i motivats. Alguns nadons necessiten més intensitat que d'altres per ser seduïts per la veu de la mare, també en funció del moment del dia o del seu estat intern poden necessitar un acompanyament més suau o més intens. Ajustar l'oferta a l'estat del nadó promourà el seu interès i vinculació amb la mare, que se sentirà gratificada per la bona acollida de les seves propostes.

*En Jan té set mesos i la seva mare pateix una depressió arran de la pèrdua sobtada de la seva pròpia mare en un accident de trànsit poques setmanes després del naixement del Jan. Quan ve a consulta, explica entre llàgrimes que ella comptava amb que la seva mare la pogués ajudar en la criança, va ser mare de quatre, una mare dedicada i ara ella se sent molt trista i perduda. En Jan és un nadó actiu, quan el deixa a la màrfega repta amunt i avall cercant joguines que té a l'abast. Troba una pilota de goma i s'atura a explorar-la amb la*

*boca, la subjecta amb les dues mans i amb el peu dret va picant de manera rítmica a la màrfega. Pregunto a la mare per aquest moviment i em diu que ho fa sempre que està entretingut amb alguna cosa, també per adormir-se des de fa unes setmanes, ja no s'adorm a coll, s'estima més fer-ho així. La mare creu que s'està fent gran i independent. Mentre en Jan continua jugant amb la pilota, suggereixo a la mare que li acaroni l'esquena, a veure si pot descansar el peu. S'atura momentàniament, però reprèn el moviment, la mare continua acaronent-lo i li diu “apa, que engegues la moto” i en Jan atura el moviment. Riem, mare i terapeuta, de l'ocurrència de la mare, en Jan atura l'interès per la pilota i ens mira amb els ulls molt oberts. Li retornem que la mama és divertida, respon amb moviments corporals, s'excita lleument, i reprèn l'interès per la pilota. Parlem de que a en Jan sembla que li va bé certa intensitat, que el toquem i li diguem coses...*



*Alguns aspectes que caldrà tenir en compte tenen a veure amb comprendre i explorar com es percep la mare a si mateixa com a mare, com percep al seu fill i com sent que s'estan relacionant.*

*que això li relaxa el moviment de la cameta i sembla que l'anima a tenir-nos més presents. En sessions posteriors, la mare portarà records de la pròpia infantesa i de la mare, records que han anat retornant des de que és mare, em diu, i això ens permet posar en marxa capacitats marentals de la mare, que tot i no tenir a la pròpia mare en vida, té una mare interna molt present.*

El fenomen de transparència psíquica aquí juga un paper fonamental en el tractament de les dificultats per trobar-se entre en Jan i la seva mare. La “transparència psíquica”, denominada així per Monique Bydlowski, psiquiatra i psicoanalista, fa referència al fet que una part de la història de la dona, fins aleshores adormida i reprimida, es desperta al voltant de l'embaràs i l'etapa perinatal. La seva infantesa, la relació que va tenir amb els seus pares, germanes i germans, es reactiva i esdevé extraordinàriament accessible a la seva consciència; així mateix, afloren les seves emocions, rivalitats, conflictes aparentment oblidats o resolts. Es torna molt més sensible i més oberta a les seves vivències. Aquest estat induïx també a una fragilitat momentània, factor important en l'aparició de depressions perinatals (Nanzer, 2015). En el cas que exposem, la transparència psíquica va permetre a la mare d'en Jan accedir al record de com va ser cuidada com a filla i posar en marxa les seves capacitats marentals.

Els nadons que no reclamen són nadons que poden presentar risc en el seu desenvolupament. El moviment intencional dels nadons (Trevanthen i Delafield-Butt, 2023) els permet manifestar, de manera molt rudimentària inicialment, malestar o simplement necessitat de l'altre. Alguns nadons són subtils en l'expressió de les seves necessitats i si no són atesos poden desanimar-se i deixar de reclamar. D'altres, i en l'altre extrem de l'espectre, són nadons exigents i irritables que demanden constantment a través del plor o els moviments corporals intensos ser atesos.

Anteriorment, en aquest article hem parlat dels bessons Quim i Gal·la pels quals van consultar els seus pares quan tenien tres mesos de vida: *En el moment del naixement, mare i pare van poder estar a casa i tenir cura dels infants. La mare recorda que en Quim ja era un nadó molt tranquil i no reclamava. Recorda també com ella i el pare sentien la necessitat d'agafar-lo a coll i fer-li*

*festes si feia massa estona que dormia o no es queixava. Tot i que la Gal·la era molt més demandant, trobaven a faltar la interacció amb en Quim i els amoinava oferir-los una atenció desigual.* No podem saber què hagués passat si els pares no haguessin buscat la relació de manera activa amb en Quim que reclamava poc o si haguessin quedat aclaparats per les grans necessitats de la seva filla. Però en tot cas, el desig dels pares i la necessitat d'oferir relació al seu fill segurament promou i protegeix el bon desenvolupament d'un nadó passiu i lent, però connectat emocionalment amb els seus pares.

Les falles en la capacitat imitativa dels nadons i infants petits és un signe d'alarma important a considerar com a factor de risc d'autisme.

*L'Ona té onze mesos i gateja a gran velocitat pel despatx de la terapeuta que els fa seguiment per prematuritat. L'Ona és força curiosa i independent, segons explica la mare, tot li interessa, sobretot des de que ha assolit el gateig. No han observat dificultats en el contacte, gaudeix dels jocs de falda, però pot estar molta estona sense anar a buscar a la mare i costa que respongui quan la criden a no ser que facin veure que la volen perseguir, aleshores s'esvera i de vegades pot fins i tot plorar de tanta intensitat. S'acosta a unes peces geomètriques i la terapeuta, que veu el seu interès en les mateixes, les agafa davant seu i les fa picar una amb l'altra. L'Ona s'asseu a terra i s'ho mira breument, intenta agafar les peces. La terapeuta n'hi dona dues més que hi ha a terra i li mostra de nou com les fa picar acompanyant el gest amb una cantarella infantil. Malgrat l'Ona se la mira somrient no és capaç d'imitar i fer picar les peces, tot i tenir les habilitats motrius necessàries i l'interès per allò que està observant. Aquest fet es repeteix amb altres accions que li ofereixen els pares en diferents contextos i moments amb el mateix resultat de no imitació.*

Un altre aspecte a valorar és la no evolució cap a certa capacitat d'espera. En el moment del naixement el nadó necessita ser satisfet en les seves necessitats de manera immediata i entra en ansietats catastròfiques si això no passa; encara no sap que fora d'ell hi ha algú altre que entén i dona resposta a les seves necessitats i que és confiable. A

partir dels tres mesos es va donant un ajustament progressiu del mecanisme de contingència perfecta a menys perfecta. Coincideix de manera natural amb un moment en què la mare ja comença a conèixer al seu nadó, la seva urgència i la seva petita capacitat d'espera i per tant confia i sap que la seva veu ja ressona en la ment del nadó com la veu que calma i admet, molt de mica en mica, una certa demora en l'aparició de la mare que calma les necessitats. Hi ha gran variabilitat entre nadons, segons el seu tarannà, però la no evolució cap a certa espera pot ser un signe pre-autístic en el sentit que respon a una integració alterada dels estímuls “mare”.

### **ABORDATGE PRECOÇ ALS CDIAP (serveis d'atenció precoç de la xarxa pública de Catalunya per a infants de 0 a 6 anys i les seves famílies)**

Els serveis d'atenció precoç a Catalunya viuen un moment de creixement, però també de gran saturació assistencial de caràcter endèmic. Els serveis que es troben al voltant de l'àrea metropolitana de Barcelona o en zones econòmicament més deprimides i més densament poblades pateixen de manera més extrema la saturació i la dificultat per oferir una resposta terapèutica ajustada a les necessitats dels infants i les seves famílies; per contra, les zones més allunyades dels grans nuclis urbans i amb menys densitat de població tenen una pressió assistencial menor. Més enllà del que suposa pels professionals, el veritable greuge és per a les famílies i els infants que inevitablement reben una atenció desigual pel simple fet de viure en un lloc o altre del territori.

La precocitat en la detecció i intervenció quan hi ha alteracions del desenvolupament és crucial en qualsevol cas, molt especialment en els casos on la relació dels infants amb els altres i amb l'entorn està alterada en major o menor grau.

Els infants que són derivats al CDIAP en els primers mesos de vida, ja sigui pels seus pediatres, neuropediatres o per iniciativa familiar, no solen arribar al servei per dificultats lligades a la interacció. Habitualment, el motiu de demanda respon a qüestions lligades al risc biològic (prematuritat, patologia orgànica, plagiocefàlia, etc.), a retards psicomotors, a risc social o condicions familiars de risc, però rara vegada són derivats per qüestions relacionades amb dificultats interactives.

L'observació experta i l'avaluació de la interacció en els primers mesos de vida és vital per promoure el desenvolupament del nadó. El nadó es desenvolupa des de la relació amb la seva mare (Bowlby, 1986). Per tant, no podem entendre el nadó sense entendre com s'hi relaciona la seva mare.

Alguns aspectes que caldrà tenir en compte tenen a veure amb comprendre i explorar com es percep la mare a si mateixa com a mare, com percep al seu fill i com sent que s'estan relacionant. Com descriu al seu fill des del punt de vista competencial, si s'ajusta al nadó que nosaltres estem observant, si està molt allunyada o no, quines projeccions fa, si són aspectes positius o negatius, és a dir, quin tipus de marentalitat està construint a partir de la relació amb el seu fill.

Convé explorar també com ha o han arribat a la maternitat/paternitat, el desig d'un i altre membre de la parella si és el cas, el desig de l'embaràs, l'experiència de la vida intrauterina i extrauterina del fill, la sexualitat, la reorganització de la parella si és el cas, les pors i fantasies sobre la concepció, les fantasies sobre la filiació en casos d'embarassos assolits per donació d'esperma, òvuls o embrions.

L'exploració del part és molt important, ja que suposa el primer encontre de la mare amb el fill fora del seu cos i té un gran impacte en com iniciaran el seu camí plegats.

*L'Anna explica el seu part en una sessió del grup de postpart al que assisteix setmanalment: Per mi el part va ser un trauma, donar la vida al Nil quasi me la treu a mi. Crec que hi va haver una certa negligència mèdica, no saps mai si es podria demostrar, però en la cesària van tallar alguna cosa i no jo parava de sagnar. Van trigar molta estona en trobar la font de l'hemorràgia. Això m'ho han explicat, jo estava inconscient i quasi em moro. De fet... vaig trigar un mes en sortir de l'hospital. Ara estem bé, però el meu marit li tenia... com mania al principi, ell sentia que el nen quasi em mata. Tot i que sabia que pobret no en tenia cap culpa, no ho podia evita; ara ja estem bé i en podem parlar... Fins arribar a aquest moment de bona salut familiar, han passat dos mesos de molt patiment i grans conflictes en la parella per la diferent manera en què el part traumàtic del Nil va impactar en els seus pares.*

També és especialment rellevant l'exploració d'embarassos, avortaments previs naturals o electius, altres fills, separacions.

La tecnificació de la maternitat i la paternitat que impliquen les tècniques de reproducció assistida, des de la inseminació artificial fins a l'eufemísticament anomenada gestació subrogada, ens planteja nous reptes pel que fa a la comprensió de la marentalitat i de l'investiment dels fills, però aquesta qüestió ultrapassa l'objectiu d'aquest article.

Explorar la marentalitat en un moment tan precoç és especialment interessant perquè es tracta d'un procés en construcció i, per tant, sobre el qual podem incidir d'una manera molt important si observem aspectes que no estan promovent el bon vincle i desenvolupament del nadó o infant petit.

Aquesta exploració, doncs, serà un procés dinàmic i caldrà veure què va desvetllant el fill a mesura que passa el temps.

Tot i que resulta difícil concretar fins quan parlem de relacions primerenques, val la pena tenir al cap el primer any de vida i l'evolució de l'infant i de la relació que caldria esperar, amb la variabilitat corresponent i les particularitats de cada diada, per tal de poder detectar falles interactives en edats en què encara no podem dir que hi ha desordres mentals en el nadó, només n'hi poden haver en les relacions en les que el nadó participa (el retard mental, la Síndrome de Down i l'autisme constitueixen excepcions parcials) (Stern, 2005).

*La Míriam és una mare gestant mono-marental que ve a consulta al servei privat amoïnada perquè, des de que s'ha quedat embarassada, la simptomatologia del TOC que pateix s'ha agreujat. Fa grans esforços per racionalitzar la seva obsessió amb la neteja, però li resulta molt penós i estressant. Li preocupa que l'ansietat que pateix afecti al desenvolupament de la filla que està gestant. A banda de l'acompanyament psicològic, reprimen tractament farmacològic i això facilita una disminució del malestar important i li permet fantasiejar amb el nadó que ha d'arribar i il·lusionar-se amb la seva arribada. La criatura neix en un part natural i sense complicacions, però als 3 mesos de vida ha d'ingressar per una bronquiolitis. La tornada a casa es fa difícil, les preocupacions*

*de la Míriam per la neteja s'exacerben de manera exagerada. Està molt amoïnada per la possible malaltia/contaminació de la nena, no permet que ningú se li apropi i la revisa constantment amb gran ansietat. Arriba a consulta de nou amb aquest gran patiment i observem un nadó que està fent una retirada. Mentre pren el pit, tanca el ulls i mama molt quiet. Quan la mare parla amb la terapeuta de les seves preocupacions, la nena s'agita, es remou, mostrant incomoditat als braços de la mare. Pregunto a la mare si nota a la nena intranquil·la, ara sembla estar-ho. Diu que sí, que des de que van sortir de l'hospital la veu diferent. Pregunto si ella també se sent diferent, perquè em sembla que a totes dues els ha afectat aquesta situació. Explica que des d'aleshores està més preocupada, perquè ha passat allò que temia, que la nena "agafés alguna cosa lletja". Comento que és cert, que ha passat el que ella temia, però que la nena sembla haver-se recuperat molt bé, és una nena forta. Penso que a la nena li aniria bé també que ella li mostrés que veu que és una nena forta. Em diu que és cert, ella sempre ha sentit que els nens creuen sempre als pares i a les mares, i que si els mires amb bons ulls creixen més segurs... "jo no la miro amb bons ulls, últimament la miro com si fos una inspectora, li miro la febre, el color de la pell, la panxa per veure com respira...". Podem parlar amb suavitat de que sembla que no li agrada massa ser mirada només així. Pregunto si abans de l'ingrés mamava amb els ulls tancats, se sorpren quan s'adona de que abans no ho feia i es demana si deu ser la seva manera de mirar-la que l'angoixa. Parlem de la sensibilitat dels nadons als estats emocionals que els envolten, sobretot de la mare i que em sembla que els està costant refer-se de l'ensurt. La mare es mira a la nena que s'ha adormit als seus braços, respira tranquil·la i li diu "doncs sí que ets forta", em mira i m'explica que està guanyant pes a molt bon ritme, tot i haver estat a l'hospital, no va perdre pes, recorda amb un somriure que una infermera la va felicitar, li va dir que això no era habitual.*

En aquesta vinyeta, podem veure com de manera suau podem acompanyar a la mare

cap a una mirada diferent de la seva filla. La retirada que havíem observat era preocupant, però no es va alertar a la mare, atès que sospitàvem que tenia a veure amb el trauma que havia suposat l'ingrés per totes dues. La nena havia pogut superar la malaltia, però la mare havia quedat profundament afectada i vivia amb sensació de perill i ansietats de mort permanentment. L'objecte bo que era la mama havia quedat substituït per un objecte ansiògen. Amb l'ajuda de la terapeuta la mare va poder reinterpretar els fets viscuts i mirar a la seva filla amb confiança. En poques setmanes mare i filla havien restablert el vincle que tenien. Tot i això, es va mantenir un seguiment terapèutic mensual per prevenció. Aquest cas és també un exemple de com una intervenció precoç i focal pot reduir el temps d'atenció futura atès que promou la salut en la diàda. Treballar les projeccions que les mares dispositen en els fills amb la major precocitat possible, acompanyar a diferenciar què és del nadó i què ens és propi enforteix el vincle i l'esperança en el desenvolupament del fill. Veiem també com si la intervenció és precoç, amb major probabilitat, serà breu.

Per tant, l'exploració i observació psicològica de la qualitat de la interacció en els primers mesos de vida és crucial per preveure els riscos en el desenvolupament de l'infant. Aquesta exploració pot tenir lloc en una primera i única visita que servirà per valorar la necessitat o no d'intervenció psicològica o d'altres especialitats en el servei.

## CONCLUSIONS

El nadó no existeix sense algú que se'l miri i doni significat i sentit a les seves experiències. Cada nadó i cada mare formaran una diàda única, amb els seus ritmes, amb els seus tons, modulant-se mútuament i coneixent-se mentre es construeixen. Aquest procés pot veure's compromès per múltiples circumstàncies del nadó, de la mare o del context, portant la diàda a la no comprensió mútua, al desinterès i la desconexió. Alguns infants neixen poc equipats per a la interacció amb les persones, però com abans hi intervenim, més i millor podem incidir en el seu bon desenvolupament i prevenir o minimitzar el risc o les manifestacions de trastorns com el TEA. Aquí pren especial rellevància el CDIAP, servei públic, que pot donar resposta altament especialitzada a les dificultats interactives de manera molt precoç.

## BIBLIOGRAFIA

**Acquarone, S.** (2007). *Signs of autism in infants: Recognition and early intervention*. Londres: Karnac Books.

**Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. i Wall, S.** (1978). *Patrones de apego: Un estudio psicológico de la situación extraña*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

**Bowlby, J.** (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata.

**Brazelton, T. B. i Cramer, B. G.** (1990). *La relación más temprana*. Barcelona: Paidós.

**Larbán Vera, J.** (2012). *Vivir con el autismo: Una experiencia relacional*. Barcelona: Octaedro.

**Meltzoff, A. N. i Moore, M. K.** (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 198(4312), pp. 75–78. <https://doi.org/10.1126/science.198.4312.75>

**Muratori, F. i Maestro, S.** (2008). *El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria*. Sant Boi de Llobregat: Fundació Orienta.

**Nanzer, N.** (2015). *La depresión postparto: Salir del silencio*. Barcelona: Ediciones Octaedro.

**Nanzer, N.** (2020). La dimensión parental de la personalidad. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, (30), pp. 37–48.

**Olives, S.** (2016). IVAIm-i, instrumento para la valoración cualitativa de las interacciones madre-infante. *Revista eipea*, 1. (Document en línia a [www.eipea.cat](http://www.eipea.cat))

**Piontelli, A.** (2002). *Del feto al niño*. Barcelona: Editorial Albesa.

**Spitz, R. A.** (1965). *El primer año de vida: Un estudio psicoanalítico del desarrollo normal y anormal de relaciones de objeto*. Nova York: Prensa de Universidades Internacionales.

**Stern, D. N.** (2005). *El mundo interpersonal del infante*. Barcelona: Paidós.

**Tomasello, M., Carpenter, M., Behne, T. i Moll, H.** (2005). Understanding and sharing

intentions: The origin of cultural cognition. *Behavioral and Brain Sciences*, 28(5), pp. 675–691.

<https://doi.org/10.1017/S0140525X05000129>

**Trevarthen, C. i Delafield-Butt, J.** (2023). L'autisme com a trastorn del desenvolupament en el moviment intencional i el vincle afectiu. *Revista eipea*, 14. (Document en línia a [www.eipea.cat](http://www.eipea.cat))

**Trevarthen, C.** (2011). La psicobiología intersubjetiva del significado humano: El aprendizaje de la cultura depende del interés en el trabajo práctico cooperativo y del cariño por el gozoso arte de la buena compañía. *Clínica e Investigación Relacional*, 5(1), pp. 17–33. (Document en línia <http://psicoterapiarelacional.es/CelIRREVISITAOOnline/Volumen51Febrero2011/tabid/761/Default.aspx>)

**Winnicott, D. W.** (1965). *Maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. Londres: Hogarth Press.

# “Ara s'ha acabat”: ritme i sincronia en un grup terapèutic de mediació musical per a infants autistes<sup>1</sup>



– Daniel Camparo Ávila<sup>2</sup> –

Doctor en Psicologia. Director del Centre de Recerca Clínica en Psicologia (CIC-P) i Professor Agregat de l'Institut de Psicologia Clínica (Universitat de la República, Uruguai). Montevideo (Uruguai)

## RESUM

A partir de l'organització rítmica de diferents processos de l'ésser humà, abordem ritme i sincronia com a conceptes rellevants per a la clínica de l'autisme. Primerament, es revisarà el tema des de les perspectives del desenvolupament infantil primerenc, la psicoanàlisi i la psicopatologia de la infància. Tot seguit, mitjançant un cas clínic en un grup terapèutic de mediació musical per a infants autistes, discutirem els aspectes rítmics del tractament d'un nen, per extreure'n orientacions clíniques generals. S'identifica que els moviments imitats i coordinats i les codes van sostenir estratègies d'intervenció amb resultats terapèutics significatius. Ambdós aspectes s'associen als mecanismes intersubjectius que acompanyen el procés de subjectivació i de construcció de vincles al taller. Es conclou que la incorporació d'aquests conceptes a les teories i pràctiques relacionades amb l'autisme podria contribuir a l'aplicació d'aquests coneixements en el suport, el seguiment i l'avaluació del desenvolupament d'infants autistes.

## INTRODUCCIÓ

*Panta rhei*. Tot flueix, ho afirma Heràclit, d'acord amb la seva concepció que tot passa com en un riu en què no és possible banyar-se dues vegades. O, com ho tradueix Jerphagnon (2011), “tot es mou segons un cert ritme” (p. 55). No obstant això, els ritmes

gairebé no caracteritzen el moviment dels objectes, sinó que interactuen entre si i s'interfereixen mútuament, generant ajustaments que poden desembocar en un flux comú, que és l'essència del que anomenem sincronies. Aquest treball discuteix el rol del ritme i la sincronia en un grup terapèutic de mediació musical per a infants autistes. Primerament, revisa la seva rellevància des de les perspectives del desenvolupament infantil primerenc, la psicoanàlisi i la psicopatologia de la infància. Tot seguit, mitjançant un cas clínic, demostra la seva importància en el tractament d'un nen, per extreure'n orientacions per a la clínica de l'autisme.

## UNA MANERA DE FLUIR

El ritme caracteritza una varietat de fenòmens. Segons Sauvanet (2000), els ritmes es manifesten en múltiples dominis, com ara l'art -dansa, música, poesia, pintura-, així com en àmbits socials i culturals -els cicles polítics i econòmics, el ritme d'una llengua, la setmana laboral, la repetició quotidiana -i altres de naturals- estacions de l'any, clima, ritmes de cossos astronòmics-, entre d'altres. En l'ésser humà, diversos processos estan organitzats de manera rítmica, a nivells genètics, fisiològics, conductuals, neuronals i psíquics.

La música és sovint la nostra primera referència per comprendre el concepte de ritme,

consta d'alternances de sons i silencis, patrons de temps forts i febles, velocitat d'execució d'una peça musical, ritmes de diversos estils musicals i cultures, etc. Tot i això, considerant l'omnipresència del ritme a la natura, és pertinent evitar limitar-lo a conceptes de repetició, regularitat o periodicitat, que sovint defineixen el ritme musical. A l'època d'Heràclit, el ritme simbolitzava el moviment del temps, associat al prefix (*rhe-*) utilitzat per designar el corrent, el flux (*rheos*), i l'acció de fluir (*rhein*). Un grec parlaria sobre el ritme d'un riu, però no ho faria sobre el mar i les onades (Boisacq, 1916), que no flueix estrictament. Per tant, com a característica d'una cosa que flueix, el ritme denota el seu mode de realització (Benveniste, 2004), abastant fenòmens amb una disposició complexa d'elements en flux, l'organització dels quals (mètrica, cíclica o una altra) també pot estar subjecta al canvi.

Un altre aspecte significatiu és que, mentre es mouen amb un ritme determinat, els objectes interactuen i afecten els ritmes uns dels altres. Així, per exemple, la Terra i la Lluna giren sincrònicament, els cicles circadians són influenciats per variacions en il·luminació, temperatura i canvi d'estacions, un músic ajusta les seves notes segons les que escolta dels seus companys en una orquestra i els flamencs es coordinen en balls sincronitzats, entre d'altres exemples. La sincronia, per tant, fa referència a l'ajust de diferents ritmes com a resultat de la seva in-

<sup>1</sup> Traducció realitzada per l'Equip *eipea* de l'original en castellà.

<sup>2</sup> Membre de la Comissió Directiva de la Coordinació Internacional de Psicoterapeutes Psicoanalítics i Membres Associats que treballen amb Persones Autistes-Latinoamèrica (CIPPA LA).

teracció. La qualitat del sincrònic no es limita a esdeveniments simultanis, encara que inclogui aquest sentit. Comprèn aquells esdeveniments que comparteixen el mateix temps (del grec *syn-khrónos*), que són contemporanis i flueixen junts.

L'acoblament de les seqüències temporals és l'efecte més visible de la sincronia, depenent de les seves característiques; per exemple, la cara oculta de la Lluna resulta de la sincronia entre la seva rotació i el seu període orbital. En humans, la manera com el flux mental d'una persona harmonitza amb el de l'altra converteix la sincronia en fonament de mecanismes intersubjectius, presents des de la sincronització de fluxos sensorials (Golse, 2021) o la coordinació sincronitzada de moviments i afectes compartits, fins a l'elaboració de narratives i la coordinació interpersonal del sentit del temps (Jaffe et al., 2001). Més enllà de percebre el temps, la ment el crea (Trevvarthen, 2005) i aquesta creació es deriva de les nostres experiències compartides del temps amb els altres.

### **RITME EN EL DESENVOLUPAMENT INFANTIL, PSICOANÀLISI I PSICOPATOLOGIA DE LA INFÀNCIA**

A partir de la sisena setmana d'embaràs, es perceben contraccions de l'embrió on es formarà el cor mitjançant ecografia. Aquest ritme biològic és un dels primers senyals de la presència del nadó. Durant el període intrauterí, el fetus està exposat a estímuls rítmics organitzats periòdicament, com ara batecs del cor i respiració, i cíclics, com a borborigmes. També rep informació rítmica de les accions de la mare, com ara parlar o caminar, que seran fonamentals per al desenvolupament dels primers embolcalls sonors (Maiello, 1995).

Al tercer trimestre, l'entorn prenatal és ric en intercanvis intersensorials rítmics, tant externs com interns. Per exemple, quan el fetus es xucla el polze o toca les superfícies del cos de la mare. Moviments rítmics espontanis, anomenats Moviments Generals, són presents des de la setmana nou d'embaràs (Prechtl, 2001). Al final de l'embaràs, les accions rítmiques de la mare es correlacionen amb patrons de freqüència cardíaca fetal (Cito et al., 2005).

La ritmicitat experimentada a l'úter contribueix a la formació inicial del psiquisme i

constitueix un primer nivell d'estabilització i diferenciació entre el jo i el no jo. Després del naixement, els Moviments Generals segueixen fins a la setmana vint, emfatitzant la continuïtat entre la vida prenatal i postnatal (Piontelli, 1992). Els moviments dels nadons mostren correspondència rítmica amb la parla dels adults, indicant un procés interactiu guiat pel ritme (Condon i Sander, 1974).

Durant les primeres setmanes de vida, els nadons i els seus cuidadors creen patrons expressius periòdics i sincronitzacions precises (Beebe, Stern i Jaffe, 1979; Stern, 1985; Trevvarthen, Murray i Hubley, 1981). En una anàlisi de l'alletament el tercer dia de vida, Bernardi, Rosselló i Schonilk (1982) van trobar que les mares sincronitzen el seu moviment de bressolar amb el ritme de succió del nounat. Aquestes sincronies formen la base d'enllaços primerencs i proporcionen condicions per a l'estructuració psíquica del nadó humà.

La connexió de conductes expressives al mateix flux temporal crea la sintonia afectiva (Stern, 1985) entre mare i nadó. Guerra (2017) ha definit aquesta funció del ritme en la subjectivació i la creació com a configuració de les primeres formes d'inscripció de la continuïtat psíquica. A partir de la concepció del ritme en els intercanvis diàdics com a element constitutiu d'una base de seguretat, que promou una il·lusió de continuïtat i garanteix el desenvolupament del pensament (Ciccone, 2005 i 2007), elabora la noció de ritmicitat conjunta, que permet el vincle mare-fill i crea les condicions intersubjectives per a la trobada amb l'objecte. Guerra pren prestat de Stern (1985) el model del *vals*, on el fons rítmic del ball dels dos membres de la parella és en realitat una membrana de contacte, entre el moviment afectiu intern i la percepció de l'exterior.

L'alternança de rols i coordinació de gestos des dels primers moments de vida permeten una compartició rítmica de seqüències expressives, creant un sentit de narrativa i facilitant connexions emocionals i funcions intersubjectives posades en joc al llarg de la vida. Com resumeix Ciccone (2013), "la ritmicitat de l'experiència és important no només en el desenvolupament infantil, sinó més en general en el context de l'aprenentatge i l'atenció psicològica. A cada situació, els ritmes externs han d'estar d'acord amb els ritmes interns de l'individu" (p. 286).

El *baby talk* ha estat assenyalat per Fernald (1992) com un element crucial en la vinculació afectiva primària, destacant-ne les característiques melòdiques com les freqüències altes i els contorns d'entonació marcats. De manera similar, Stern, Hofer, Haft i Dore (1985) ressalten com les mares repeteixen paraules curtes amb pauses uniformement distribuïdes, indicant una base periòdica a l'organització de la comunicació entre la mare i l'infant. A les primeres protoconverses (Bateson, 1979), s'observa que les vocalitzacions dels nadons segueixen patrons mètrics que permeten al nadó desenvolupar un *sentit de si mateix* mitjançant la coordinació dels seus estats afectius amb els del seu cuidador. A partir dels dos mesos, els bebès mostren capacitat per iniciar o interrompre la comunicació activament, sincronitzant les seves vocalitzacions i gestos amb el *baby talk*, moviments facials o tacte de la mare (Trevvarthen, 1979). Aquesta sincronia estableix una base estable per als intercanvis intersubjectius, facilitant l'anticipació de gestos i moviments de l'altre i contribuint a crear una narrativa en l'intercanvi.

A més, els bebès desenvolupen patrons rítmics d'activitat motriu espontània, com assolir i manipular objectes, que serveixen com a base per a la comunicació i el vincle interpersonal des de les primeres setmanes de vida (Brazelton, 1981). Els ritmes dels intercanvis entre bebès i cuidadors evolucionen en complexitat temporal i organitzativa. Papoušek (1996) va identificar que els moviments interactius d'*adults* en comunicar-se amb nadons tenen una organització temporal regular, amb durades que oscil·len entre 0,5 i 2,5 segons, semblant al temps musical *adagio* (70 bpm). Aquests ritmes augmenten en velocitat amb el temps, aconseguint l'*andante* (90 bpm) i el *moderato* (120 bpm).

Malloch i Trevvarthen (2009) proposen la teoria de la musicalitat comunicativa, suggerint que els patrons temporals en la comunicació mare-bebè demostren una capacitat humana intrínseca per donar significat comú a les formes expressives de so i moviment al llarg del temps. El ritme estructura la transmissió d'intencions dins de la diàda, permetent experiències coordinades i compartides i roman present en el llenguatge no verbal i elements paraverbals de la comunicació durant l'adquisició del llenguatge.

Tot i que els fonaments psicobiològics de la regulació rítmica encara no es comprenen completament, Trevarthen (1999) postula l'existència d'una pulsació expressiva sorgida d'oscil·ladors neurològics. La interacció amb ritmes externs pot crear llavors una experiència de "l'ara" influenciada per la veu o la música (Gratier i Trevarthen, 2008). Durant el desenvolupament primerenc, la sincronia contribueix a la formació d'una unitat relacional, implicant ritmes conductuals, emocionals i biològics (Feldman, 2007). Per tant, els ritmes compartits també inclouen, potser simultàniament, nivells de concordança temporal entre certs processos endògens de la díada a nivell genètic, fisiològic i neuronal (Feldman, 2012). No només entren en sincronia els comportaments expressius i comunicatius entre la mare i el nadó: també ho fan els cicles respiratoris i els batecs del cor, la producció de cortisol i l'activitat elèctrica de la pell.

La sincronia diàdica no és constant a la infància, oscil·lant entre estats coordinats i no coordinats (Tronick i Cohn, 1989). La revisió de Leclère et al. (2014) mostra que la sincronia està associada a resultats positius en el desenvolupament cognitiu, educatiu i adaptatiu de l'infant. Les persones autistes presenten dificultats per ajustar els ritmes conversacionals amb els altres que afecten diversos nivells de sincronització (McNaughton i Redcay, 2020), incloent-hi la integració sensorial i sensoriomotora. Si analitzem els múltiples nivells en què ocorre la sincronització, veiem que aquests nivells s'organitzen de forma integrada i complexa i on la integració sensorial és un aspecte central de l'autisme: les dificultats en la comodalització dels diferents fluxos sensorials mitjançant la sincronia polisensorial (Golse, 2021).

Finalment, Golse (2021b) descriu tres nivells de segmentació dels fluxos sensorials: central, perifèrica i interactiva. A l'autisme, les estereotípies rítmiques podrien compensar problemes en altres nivells, tal com assenyalava Temple Grandin (2016) en el seu relat personal sobre aprendre a parpellejar voluntàriament.

Daniel et al. (2022) proposen que les dificultats de les persones autistes en l'ajust temporal del moviment corporal es relacionen amb tres grans àrees: major variabilitat dels moviments, menor integració sensorio-

motora i menor integració de la informació sensoriomotora a l'organització i planificació prospectiva dels moviments. Això afecta la capacitat de co-regulació rítmica, fonamental per a la construcció de vincles socials.

Els obstacles en l'activitat co-regulatòria es fan evidents en l'anàlisi comparativa de vídeos de dues bessones als onze mesos, una de les quals serà diagnosticada amb Trastorn de l'Espectre Autista al segon any. Trevarthen i Daniel (2005) van trobar evidència que els patrons temporals de canvi a l'atenció, el to muscular, la iniciativa i l'emoció havien reduït el control prospectiu del moviment i les expectatives en aquesta nena, comparades amb les de la seva germana. En els intercanvis amb el seu pare, ella exhibia un comportament social asincrònic, la qual cosa frustrava el pare en els seus esforços per ajudar-la a caminar, compartir jocs o jugar. Hi havia confusió en tots dos sobre les expectatives, fet que va portar a una reducció de l'atenció mútua i de les activitats compartides. A l'anàlisi d'un "joc de monstres" al vídeo, on el pare s'acosta fent sorolls "amençadors" fins al punt d'atacar el ventre de les dues nenes, la germana que no ha desenvolupat autisme s'involucra en un joc sincronitzat i amb una reciprocitat cíclica d'expressions, creant un esdeveniment social i intersubjectiu produït per intencions. Per a l'altra germana, la seqüència no és una interacció recíproca, és a dir, no és realment un joc. Més tard, almenys pel que fa a l'autisme, els nivells baixos de sincronia estarien relacionats amb la interrupció del desenvolupament de la simpatia interpersonal, com a efecte de l'absència o baixa freqüència de comportaments intersubjectius. Les diferències en les funcions conductuals, emocionals o motores serien aleshores el resultat de dèficits en l'intercanvi d'atenció, intenció i afecte, en un moment en què la trobada amb l'altre és fonamental.

## CAS CLÍNIC

En Mathias és un nen de cinc anys. La família comenta que quan va a l'escola bressol evita la companyia d'altres infants, s'allunya o deambula. Plora amb freqüència i poques vegades participa en moments de jocs simbòlics. Va ser per derivació d'aquesta institució que en Mathias es va integrar al Taller de Música per a infants de quatre a nou anys que coordino com a part d'una investigació (Camparo Avila, 2018, 2021 i 2026).

Els educadors observen comportaments inusuals en en Mathias des del seu ingrés, com ara apilar i comptar cadires o escriure a terra l'agenda setmanal d'activitats. Presenta una resistència notable a ser interromput en aquestes activitats i no accepta fer altres tasques fins que les conclou. Aquesta necessitat es fa evident quan el trobo llegint una revista a la sala d'espera del consultori. En convidar-lo a entrar, ell m'ignora. El seu pare, assegut al meu costat i visiblement avergonyit, comenta: "No se n'anirà abans d'acabar la revista". I efectivament, així passa.

Durant les primeres sessions del taller, identifico que el final de diverses activitats, des de cançons fins a rotllos de fil, li representa un problema considerable. Alhora, me n'adono que aquests finals ressalten les seves dificultats per coordinar els seus moviments amb els altres. Per exemple, en realitzar una ronda que culmina amb tots estirats a terra, en Mathias es desincronitza del grup, romanent dempeus per un moment abans de tirar-se al terra (Fig. 1).

Tot i el suport dels coordinadors, la dificultat per sincronitzar-se es converteix en un obstacle freqüent per a la seva integració amb els seus companys, cosa que disminueix la satisfacció general amb l'exercici grupal. Això també dificulta transformar el



Figura 1. Il·lustració de Coreografia al Taller de Música.



Figura 2. Il·lustració de Coreografia al Taller de Música.

sistema coreografia-música en un veritable objecte mediador (Brun, Chouvier i Roussillon, 2019).

A més d'aquestes dificultats, en Mathias roman immòbil durant llargs períodes, amb la mirada perduda cap a algun racó de l'habitació, la finestra, el rellotge, etc. Sembla estar absort, sense poder cantar o ballar amb nosaltres. Per proporcionar moments de coordinació de moviments, s'afegeixen coreografies amb gestos senzills a les cançons proposades al taller, permetent que siguin imitats i compartits en el ritme de la cançó (Fig. 2).

Posteriorment, explorem en el tractament d'en Mathias el final de les cançons, convertides en veritables codex. Igual que les simfonies, la coda proporciona resolució i dramatisme, amb llargues pauses que anticipen el final. Això passa també en una cançó d'un programa infantil on el personatge repassa les parts del cos mentre es renta i canta una *coda* amb un llarg silenci abans d'un acord final (a l'estil d'*A day In The Life*, dels Beatles) procedida d'imitacions sincronitzades de la coreografia. S'observa un contrast entre la unitat del grup i la pèrdua de ritme abans de la conclusió, amb un "Ara s'ha acabat" que en Mathias reforça amb expressió facial i vocal de gaudi.

L'expectativa d'esperar la coda l'atrau, ja que presenta una nova configuració del temps i la sorpresa, mediatitzada per una ritmicitat compartida amb els altres. És també una forma de vitalitat (Stern, 1985) que passa a ser aplicada a la dansa i coreografia, amb pauses abans de salts o caigudes a terra, acompanyades de demostracions de plaer en els moviments i la veu. Aquesta experiència compartida l'atansa al grup i durant les nostres sessions i fa possible la creació de coreografies més comple-



Figura 3. Il·lustració de Coreografia al Taller de Música.

xes, que posen a prova les seves capacitats recentment adquirides de sincronització (Fig. 3).

Al final de l'any, l'equip de l'escola bressol organitza una reunió per relatar canvis evidents a la relació d'en Mathias amb adults i altres infants. Els mestres ara poden interactuar amb ell de manera afectuosa i fins i tot es deixa abraçar. Persisteixen dificultats, però les interaccions amb els companys són més fluïdes i espontànies; en Mathias ja no desvia la mirada quan li parlen i juga amb ells mostrant gaudi.

El treball clínic amb en Mathias assenyala que les dificultats per sincronitzar els seus moviments reflecteixen problemes en flux intersubjectiu afectats per l'autisme. La nostra hipòtesi és que els seus símptomes motors i problemes de relació i comunicació manifesten un embolcall de privació del moviment, no només com a dèficit en l'organització rítmica de la conducta, sinó com a disrítmia, un desacord primari de ritmes (Roussillon, 1991). Potser l'intent d'afirmar un ritme va estar present durant tot aquest temps, per exemple, en les accions d'apilar i comptar cadires o escriure l'agenda a terra, encara que de manera tancada a l'exterior i amb poques possibilitats de sincronització amb els altres.

És fonamental destacar que al taller es busca establir un ritme interpersonal per a

l'intercanvi afectiu. En el cas d'en Mathias, aquesta obertura a l'altre es va vincular a dos aspectes: els moviments imitats i coordinats i les *codes*, associades a l'espera i l'arribada de l'altre. Tots dos aspectes estan lligats als mecanismes intersubjectius que sostenen el procés de subjectivació al taller.

A través de la coordinació i la imitació de moviments, la mediació musical possibilita estratègies de sincronització motora i sensorial orientades per la creació conjunta de formes rítmiques. L'organització de gestos, com ara tocar les parts del cos anomenades a la cançó, ofereix una oportunitat de co-regular i comodalitzar els fluxos sensorials i perquè la interacció sincronitzada generi noves organitzacions fisiològiques i neuronals. Per a en Mathias, viure un temps organitzat amb els seus iguals no només és plaent, també li permet una experiència sensorial i motora més integrada, dos aspectes fonamentals per al canvi que experimenta. Podem suposar, a més, que els ritmes compartits al nivell motor també reflecteixin sincronitzacions en nivells endògens com els processos genètics, fisiològics i neuronals.

Al taller, en Mathias pot coordinar i imitar gestos i sons a cada peça, proporcionant-li un ritme de suport als seus intents d'acostar-s'hi. Comprenem que, en aquestes situacions, pot beneficiar-se d'una ritmicitat conjunta amb els altres, sostinguda en el seu desenvolupament de la musicalitat comunicativa. Alhora, el ritme és dinàmic, com passa amb la manipulació del silenci a la coda, podent ser modelat pels participants en la seva interacció, brindant a en Mathias la possibilitat de sentir-se diferenciat i explorar el seu propi sentit de ser. Aquesta característica de medi mal-leable és essencial perquè la música sigui un objecte mediador, constituint una clínica a les fronteres (Kachinovsky, Camparo i Dibarboure, 2021), complementant els plans terapèutics de persones autistes. És també recomanable que el treball de sincronització al taller no sigui enregistrat, quan sigui possible la interacció entre els participants.

## CONCLUSIONS

Aquest treball s'ha dedicat al ritme i, més específicament, a la sincronia, en tant que

interacció i ajustament mutu entre els ritmes de i els participants d'un grup terapèutic de mediació musical. Ritme i sincronia van ser claus per avaluar clínicament el procés terapèutic, així com orientar les intervencions cap a la creació de vincles intersubjectius. No sabem encara quins són els mecanismes que condueixen de l'intercanvi social sincrònic a l'estructuració del psiquisme en persones autistes; no obstant això, és possible que estiguin associats a aquesta omnipresència dels ritmes als diferents nivells que constitueixen la complexitat de la subjectivitat. Aquest caràcter ubic dels ritmes també permet la seva incorporació a les nostres teories i pràctiques al voltant de l'autisme, contribuint a l'aplicació d'aquests coneixements en el suport, el seguiment i l'avaluació del desenvolupament dels infants autistes. A més, el ritme podria ser un concepte rellevant en altres àrees, com ara la detecció precoç, les intervencions primerenques i la inclusió social i educativa.

També cal tenir en compte que ritme i sincronia van ser considerats en el context de la pràctica clínica, on el tractament no s'ha de concebre com el pas d'una disrímia psíquica a la repetició de ritmes rígids i mesurats, perquè podrien enrigidir el funcionament psíquic i dificultar la contenció que el terapeuta pot oferir al pacient. Això requereix una sensibilitat rítmica especial per part del professional, no només per produir trobades de ritmicitat compartida, sinó també per evitar possibles al·lèrgies al treball psíquic. És precisament en aquest sentit que cal cercar les condicions necessàries per a l'elaboració de bons ritmes, capaçs d'organitzar formes singulars d'estabilització pulsional, no necessàriament mètriques, amb patrons temporals fluidos, fins i tot improvisats, temporals o inconstants, únics per a cada trobada terapèutica.

## BIBLIOGRAFIA

- Bateson, M. C.** (1979). The epigenesis of conversational interaction: A personal account of research development. A Bullowa, M. (Ed.), *Before Speech: The beginning of human communication*, pp. 63-77. Londres: Cambridge University Press.
- Beebe, B., Stern, D. i Jaffe, J.** (1979). The kinesic rhythm of mother-infant interactions

A. A. W. Siegman i S. Feldstein (eds.), *Of Speech and Time: Temporal Speech Patterns in Interpersonal Contexts*. New Jersey: Erlbaum.

**Benveniste, É.** (2004). *Problemas de lingüística general I y II*. Mèxic: Siglo XXI.

**Bernardi, R., Rossello, J. L. D. i Schkolnik, F. A. N. Y.** (1982). Ritmos y sincronías en la relación temprana madre-hijo. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, 61, pp. 93-100.

**Boisacq, É.** (1916). *Dictionnaire étymologique de la langue grecque, étudiée dans ses rapports avec les autres langues indo-européennes*. París: Winter

**Brazelton, T. B.** (1981). Mothers and fathers: Different rhythms. A *On Becoming a Family*, pp. 144-168. Nova York: Delacorte Press.

**Brun, A., Chouvier, B. i Roussillon, R.** (2019). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Malakoff: Dunod.

**Camparo Avila, D.** (2016). *A musicalidade comunicativa das canções: um estudo sobre a identidade sonora de crianças com autismo* [Tesis doctoral, Universidade de São Paulo]. São Paulo: Universidade de São Paulo.

**Camparo Avila, D.** (2018). Qualidades Sonoras de Expressões Vocais de Crianças com Autismo em uma Oficina Terapêutica de Música. *Atualidades na investigação em psicologia e psicanálise*, 77.

**Camparo Avila, D.** (2021). Palavra cantada: uma ferramenta para a inclusão educativa de crianças autistas. *Traslaciones. Revista latinoamericana de Lectura y Escritura*, 8(16), pp. 43-62.

**Ciccone, A.** (2005). L'expérience du rythme chez le bébé et dans le soin psychique, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53(1-2), pp. 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2005.01.002>

**Ciccone, A.** (2007). Rythmicité et discontinuité chez le bébé. A A. Ciccone, D. Mellier (Orgs.), *Le bébé et le temps*, pp. 13-38. Malakoff: Dunod.

**Ciccone A.** (2013). Rhythmicity in infants' experiences and their development. *Journal of physiology*, 107(4), pp. 286-290.

**Cito, G., Luisi, S., Mezzesimi, A., Cavicchioli, C., Calonaci, G. i Petraglia, F.** (2005). Maternal position during non-stress test and fetal heart rate patterns. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 84, pp. 335-338.

**Condon, W. S. i Sander, L. W.** (1974). Neonate movement is synchronized with adult speech: interactional participation and language acquisition. *Science*, 183, pp. 99-101.

**Feldstein, S., Konstantareas, M., Oxman, Ji. i Webster, C. D.** (1982). The chronography of interactions with autistic speakers: an initial report. *Journal of communication disorders*, 15(6), pp. 451- 460. [https://doi.org/10.1016/0021-9924\(82\)90018-1](https://doi.org/10.1016/0021-9924(82)90018-1)

**Fernald, A.** (1992). Meaningful melodies in mothers' speech to infants. A H. Papousek, U. Jurgens i M. Papousek (Eds.), *Non verbal vocal communication: Comparative and Developmental Aspects*, pp. 262-82. Cambridge: Cambridge University Press / Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.

**Gratier, M. i Trevarthen, C.** (2008). Musical narrative and motives for culture in mother-infant vocal interaction. *Journal of Consciousness Studies*, 15(10-11), pp. 122-158.

**Golse, B.** (2021). *Mi combate por los niños autistas*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

**Golse, B.** (2021b). Ce que la psychanalyse nous a appris à propos des stéréotypes autistiques. A P. Landman i D. Ribas (Orgs.), *Ce que les psychanalystes apportent aux personnes autistes*, pp.219 -227. Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.landm.2021.01.0219>

**Guerra, V.** (2017). Diferentes funciones del ritmo en la subjetivación y en la creación. Calibán. *Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*, 15(1).

**iGuerra, V.** (2017). Diferentes funciones del ritmo en la subjetivación y en la creación. Calibán. *Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*, 15(1).

**Jaffe, J., Beebe, B., Feldstein, S., Crown, C. L. i Jasnow, M. D.** (2001). Rhythms of dialogue in infancy: coordinated timing in development. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 66(2), pp. 1-132.

**Jerphagnon, L.** (2011). *Histoire de la pensée*. París: Tallandier.

**Kachinovsky, A, Dibarboure, M. i Camparo Avila, D.** (Orgs.). (2021). *Mediaciones y mediadores terapéuticos para una clínica de fronteras*. Buenos Aires: Editorial Entreideas.

**Leclère, C., Viaux, S., Avril, M., Achard, C., Chetouani, M., Missonnier, S. i Cohen, D.** (2014). Why synchrony matters during mother-child interactions: a systematic review. *PloS one*, 9(12), e113571.

**Lee, K. i Schertz, H. H.** (2020). Brief report: analysis of the relationship between turn taking and joint attention for toddlers with autism. *J. Autism Dev. Disord.*, 50, pp. 2633-2640. doi:10.1007/s10803-019-03979-1

**McNaughton, K. A. i Redcay, E.** (2020). Interpersonal synchrony in autism. *Current psychiatry reports*, 22, pp. 1-11.

**Maiello, S.** (1995). The sound-object – a hypothesis about prenatal auditory experience and memory. *Journal of Child Psychotherapy*, 21(1), pp. 23-41.

**Malloch, S. i Trevarthen, C.** (Eds.). (2009). *Communicative musicality: Exploring the basis of human companionship*. Oxford: Oxford University Press.

**Papoušek, M.** (1996). Intuitive parenting: a hidden source of musical stimulation in infancy. A I. Deliège i J. A. Sloboda (Eds.), *Musical Beginnings. Origins and Development of Musical Competence*, pp. 88-112. Oxford: Oxford University Press.

**Piontelli, A.** (1992). *From fetus to child: An observational and psychoanalytic study*. Londres: Tavistock/Routledge.

**Prechtl, H. F. R.** (2001). Prenatal and early postnatal development of human motor behavior. A A. F. Kalverboer i A. Gramsbergen (Eds.), *Handbook on Brain and Behavior in Human Development*, pp. 415-427. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

**Roussillon. R.** (1991). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. París: P.U.F.

**Sauvanet, P.** (2000). *Le Rythme et la raison*. París: Éditions Kimé.

**Stern, D. N.** (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Development Psychology*. Nova York: Basic Books.

**Stern, D. N., Hofer, L., Haft, W. i Dore, J.** (1985). Affect attunement: The sharing of feeling states between mother and infant by means of intermodal fluency. A T. N. Field i N. Fox (eds.), *Social perception in infants*. Norwood, NJ: Ablex.

**Trevarthen, C.** (1979). Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. A M. M. Bullowa (Ed.), *Before Speech: The Beginning of Interpersonal Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.

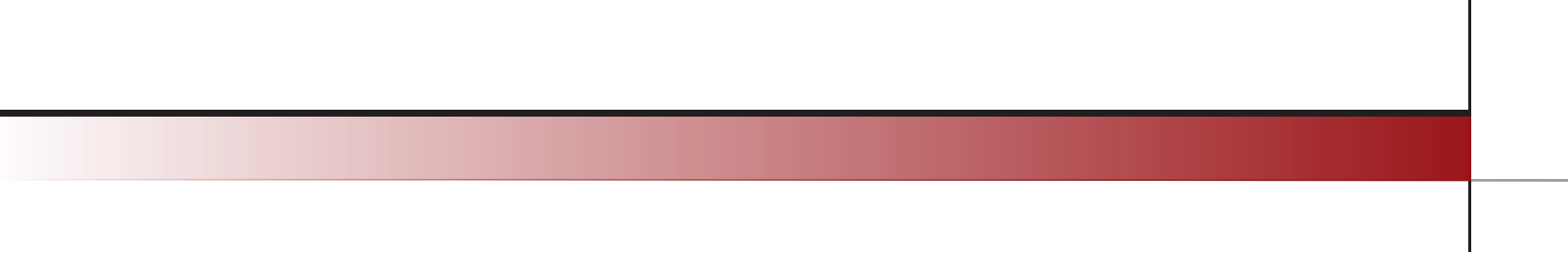
**Trevarthen, C.** (1999). Musicality and the intrinsic motive pulse: evidence from human psychobiology and infant communication. *Musicae Scientiae*, 3(1\_suppl), pp. 155-215.

**Trevarthen, C.** (2005). First things first: infants make good use of the sympathetic rhythm of imitation, without reason or language. *Journal of child psychotherapy*, 31(1), pp. 91-113.

**Trevarthen, C. i Daniel, S.** (2005). Disorganized rhythm and synchrony: Early signs of autism and Rett syndrome. *Brain and Development*, 27(Suppl1), pp. S25-S34.

**Trevarthen, C, Murray, L. i Hubley, P.** (1981). Psychology of infants. A J. Davis y J. Dobbin (Eds.), *Scientific foundations of clinical paediatrics*. Londres: William Heinemann Medical Books Ltd.

**Tronick, E. Z. i Cohn, J. F.** (1989). Infant-mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child Development*, 60, pp. 85-92.



# Avaluació psicològica forense del *bullying* a l'espectre autista<sup>1</sup>



– Francisco Núñez Valdivia<sup>2</sup> –

**Psicòleg Forense en Assessoria Psicosocial. Professor associat de Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya. Barcelona**

## DISCAPACITAT

La discapacitat és un concepte ampli i complex sobre l'adaptació i el funcionament de les persones davant dels esdeveniments que succeeixen al llarg de les etapes del cicle vital. Les persones amb discapacitat presenten deficiències físiques, mentals, intel·lectuals o sensorials a llarg termini que, en interactuar amb diverses barreres, poden impedir la seva participació plena i efectiva a la societat, en igualtat de condicions amb les altres (Nacions Unides, 2006). La interacció de la condició de salut i l'entorn causen efectes positius o negatius cap a la persona amb discapacitat, ancorant el seu projecte de vida en algun punt del continuïum entre el funcionament i la discapacitat (Organització Mundial de la Salut, 2001).

Avui dia sabem que les persones amb discapacitat són més vulnerables a ser víctimes de maltractament i discriminació que la resta de la població (Brown et al., 1995; Horner-Johnson i Drum, 2006; McCarthy i Thompson, 1997; Sobsey, 1994; Verdugo et al., 2002). A més, és innegable que les situacions de maltractament produeixen conseqüències negatives en aquest col·lectiu divers, com l'augment en la sensació d'aïllament, la pèrdua d'autoestima, l'ansietat, la por i els sentiments d'incapacitat vergonya, depressió, culpa, frustració, por i estigmatització (Briggs, 1996; Ammerman et al., 1994). A la discapacitat, augmenta la dificultat per reconèixer i denunciar l'abús i el maltracta-

ment, suposant aquests fets en si mateixos una situació de risc per a les víctimes, especialment quan són menors d'edat (Berástegui i Gómez-Bengoechea, 2007). Tot i així, persisteix una important infravaloració de l'abús en menors amb discapacitat (Ellis i Hendry, 1998; Morris, 1998), reconeixent menys drets a la pràctica que a la resta de la societat (Kennedy, 1996; Morris, 1998).

Recentment, la nostra legislació ha adoptat diverses reformes transcendents en relació a les persones amb discapacitat. Un gran pas va ser el reconeixement i la protecció de la discapacitat com a condició en la reforma de l'article 49 de la Constitució Espanyola a data 15 de febrer de 2024. Prèviament es va promulgar la Llei 8/2021 per a la legislació civil i processal de suport a les persones amb discapacitat en l'exercici de la seva capacitat jurídica; així com la Llei 6/2022 per establir i regular l'accessibilitat cognitiva com a element indispensable per als drets de les persones amb discapacitat. En línies generals, es promou el reconeixement del dret a l'accés i la participació en el procés judicial en condicions d'igualtat a la resta de la ciutadania, mitjançant ajustaments procedimentals i eliminació de barreres per fer una justícia accessible a totes i tots independentment de les condicions personals.

## EXPOSICIÓ AL TRAUMA

En general, els fets traumàtics poden causar un desequilibri de l'estat psicològic previ i la

transgressió de les normes socials, malmetent el sentiment de seguretat de la persona en si mateixa i en els altres (Echeburúa, 2004). Ningú no posa en dubte que la presència d'esdeveniments traumàtics pot afectar la salut física i psicològica en qualsevol etapa del desenvolupament que es produeixin. Però si ocorren durant la infància, l'impacte probablement serà més significatiu ja que afectarà una persona en evolució que requereix condicions d'estabilitat i protecció especials (Varona, 2018).

La transformació de l'estat mental pot ser un estat crònic o una seqüela irreversible en el cas d'un Trastorn d'Estrès Posttraumàtic (TEPT), com a conseqüència d'haver patit un delictes violent (Echeburúa, Corral i Amor, 2000). Aquests successos violents poden ser de diversa índole, com ara assetjament, maltractament infantil, abús o agressió sexual, testimoni de violència de gènere o intrafamiliar. Els esdeveniments traumàtics afecten de manera íntegra i diversa el psiquisme humà amb diverses repercussions, tant lleus com severes, que depenen de factors de vulnerabilitat, manteniment i protecció presents a cada situació. Així, les conseqüències de vivències traumàtiques poden ocasionar símptomes depressius, ansiosos, alteracions del pensament, entre d'altres.

Els estudis del TEPT suggereixen que les persones afectades presenten canvis en les funcions cognitives, dificultat per suprimir

<sup>1</sup> Traducció realitzada de l'original en castellà per l'Equip *eipea*.

<sup>2</sup> Correspondència: Francisco Núñez Valdivia (Núñez, F.). Correu electrònic: francisconv@apsicosocial.com

records d'estímul negatius i una metamemòria poc precisa i negativa (Moltrasio et al., 2021). Segons Gudjonsson i Henty (2003), les persones amb discapacitat intel·lectual són més susceptibles a la suggestió del seu testimoni, pel fet que tenen alterats els seus processos bàsics, especialment la memòria i l'atenció, és a dir, no tenen una capacitat d'emmagatzematge ni l'habilitat de mantenir una atenció centrada que els permeti recordar amb exactitud els fets ocorreguts.

Un elevat estressor en l'etapa infanto-juvenil, com el que es produeix en aquest cas, pot tenir conseqüències crucials per al desenvolupament neurobiològic i neuropsicològic. Les víctimes de violència durant la infància poden arribar a presentar alteracions neuroanòmiques a l'escorça prefrontal, matèria grisa, escorça orbitofrontal, sistema límbic, hipocamp, amígdala, disfuncions a la serotonina, dopamina, glutamat i tàlem (Hurtado i Serna, 201; Gresa i Moya-Albiol, 2011). Aquestes modificacions suggereixen una tendència a l'ús de la violència degut a una desregulació del control d'impulsos, dificultat de gestió emocional i raonament moral (Alcázar et al., 2008; Yang et al., 2010). De manera que un estressor produït per una situació de violència pot ocasionar dificultats en funcions executives i manca d'adaptació al context, influïent negativament en la qualitat de vida. Són indicadors del funcionament psíquic sa i madur d'una persona el fet d'establir relacions satisfactòries amb els altres, participar en la modificació de l'entorn, resoldre equilibradament els seus conflictes i el desenvolupament normal de la personalitat (Bares, 1989; Gil-Hernández et al., 2001).

Davant l'exposició a una situació de victimització criminal, l'ésser humà respon habitualment amb el desequilibri del seu estat mental anterior (González i Manzanero, 2018), provocant inseguretat en si mateix i els altres (Echeburúa, 2004). Tot i que la petjada psicopatològica a causa dels delictes depèn de variables individuals i contextuais, de la persona i de la situació de victimització (Lazarus i Flokman, 1986). Per aquest motiu, no es pot concloure que tota experiència traumàtica pugui provocar unidireccionalment un TEPT, sinó que la varietat de capacitats per afrontar situacions adverses és tan diferent com la singularitat de cada persona. Tot això, pot suposar símptomes que cursin amb trastorns psicològics específics, i el TEPT és el més conegut. Tot i així cal destacar altres trastorns relacionats amb l'ansietat, estats depressius, trastorns desadaptatius i/o trastorns de la conducta. Fins i tot alguns símptomes propis d'experiències traumàtiques són característics del Trastorn de l'Espectre Autista (TEA), com ara l'alexítimia o la manca de capacitat per entendre, processar o descriure emocions.

### TRASTORNS DEL NEURODESENVOLUPAMENT

Els trastorns del neurodesenvolupament són un conjunt de trastorns amb base neurològica, que alteren les funcions cognitives i executives, així com la interacció social. Aquest conjunt de trastorns del neurodesenvolupament també són coneguts com a neurodiversitat o neurodivergència per fer referència a la diversitat de formes de pensar, sentir i actuar dins del funcionament a causa de la seva condició. Entre ells, cal destacar la prevalença del TEA

caracteritzat per dificultats en la comunicació social, conductes repetitives i patrons de comportament restringits (American Psychiatric Association, 2023). Aquestes característiques poden fer que els infants i els adolescents amb TEA siguin objecte d'assetjament escolar si no s'ofereixen els suports adequats i adaptats des del seu entorn educatiu. Les dificultats en la comprensió de les normes socials i la manca d'habilitats per establir relacions interpersonals poden augmentar-ne la vulnerabilitat. En alguns casos, el comportament "diferent" o "peculiar" que exhibeixen els infants amb TEA és percebut pels seus companys com a motiu de burla o exclusió (Vélez et al., 2019).

L'assetjament escolar es defineix com un maltractament verbal i modal, que continuadament i deliberadament rep un infant per part d'un altre o d'altres a través de comportaments cruels per tal de sotmetre'l, acovardir-lo, intimidar-lo, amenaçar-lo o obtenir alguna cosa mitjançant xantatge i que atenta contra la dignitat del nen i els seus drets fonamentals (Piñuel i Oñate, 2006). Segons Morales-Hidalgo i altres (2024), el 58% de l'alumnat amb TEA informen que se senten desplaçats o exclosos. Altres estudis recents suggereixen que nens, nenes i adolescents amb TEA tripliquen el risc de patir assetjament, aïllament o exclusió social en comparació d'altres iguals que no tenen aquests diagnòstics (Voltas et al., 2020). L'assetjament escolar provoca conseqüències a llarg termini, com la por o la desconfiança en les relacions socials, augmentant els problemes emocionals i/o conductuals, així com agreuja el funcionament desadaptatiu, en cas de tenir un TEA. Alguns autors han establert una sèrie de variables de què dependria la intensitat del dany psicològic que una víctima pot desenvolupar, com a conseqüència d'un delictes (Echeburúa et al., 2007). Aquestes variables són:

- La gravetat o la repetició del succés.
- El caràcter inesperat de l'esdeveniment.
- El dany físic o grau de risc patit.
- La major o menor vulnerabilitat de la víctima.
- La possible concurrència d'altres problemes actuals (per exemple: d'aprenentatge, social o familiar) i passats (història de victimització).

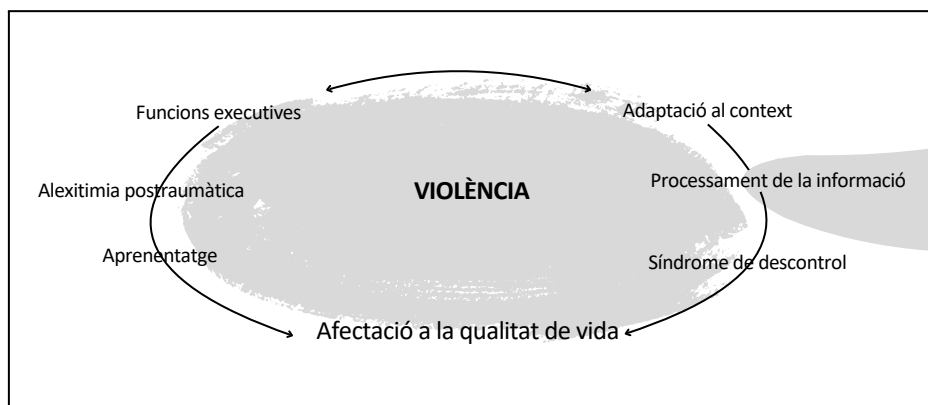


Figura 1. Alteracions neuropsicològiques per violència (adaptació d'Hurtado i Serna, 2012).

- El suport social existent.
- Els recursos psicològics d'afrontament disponibles.

Les circumstàncies ambientals poden influir negativament en el desenvolupament personal dels menors amb TEA, propiciant l'aparició d'altres trastorns mentals. En aquestes situacions, la comorbiditat pot dificultar el diagnòstic, el tractament i el pronòstic (Uzcátegui i Moreno, 2021). Segons Vélez et al. (2019), el seu estudi assenyalava que entre el 40% i el 70% dels infants amb TEA presenten també símptomes de Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat (TDAH), complicant encara més la capacitat d'adaptació a l'entorn escolar. La coexistència de TEA i TDAH pot augmentar la impulsivitat i reduir les habilitats d'autoregulació, fet que converteix aquests infants en blanc fàcil per a l'assetjament escolar. També se'n poden desenvolupar d'altres. Per tant, les circumstàncies ambientals poden ésser determinants per afavorir un pronòstic favorable de nens, nenes i adolescents amb Trastorns de l'Espectre Autista (TEA).

## BULLYING

L'assetjament escolar o *bullying* és un fenomen social que afecta greument el benestar a l'entorn educatiu. L'assetjament és una conducta violenta que una persona o un grup de persones realitza amb la finalitat repetida i intencionada de fer mal o incomodar una altra persona. El dany psicològic es defineix com a conseqüència d'un succés negatiu que desborda la capacitat d'afrontament i adaptació de la víctima a aquesta nova situació (Echeburúa, Corral i Amor, 2002). El *bullying* és un conflicte violent i destructiu que afecta el professorat i l'alumnat de milions de centres educatius a tot el món. Aquest problema té repercussions importants sobre l'estat psicològic i el desenvolupament personal dels individus afectats. La violència complexa relacionada amb el *bullying* s'origina en l'àmbit escolar. No obstant això, pot arribar a fer-se palès fora d'aquest a causa de les noves tecnologies i les xarxes socials. El *ciberbullying* és el terme encunyat per definir l'assetjament, els atacs personals i/o la informació personal o falsa cap a una o diverses persones a través dels mitjans digitals.

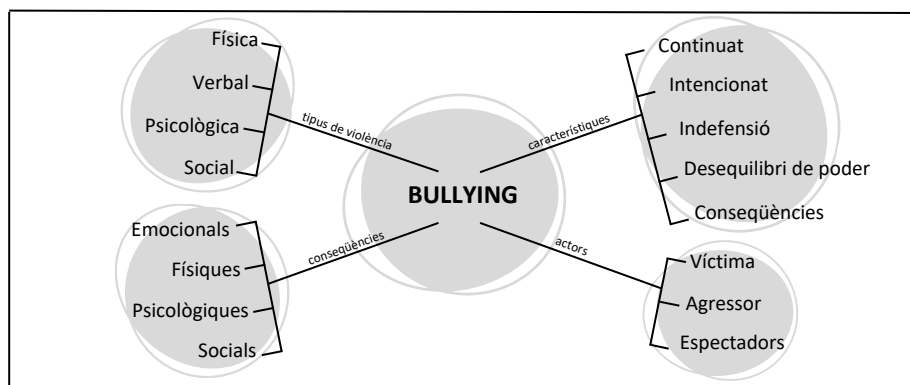


Figura 2. Assetjament escolar o *bullying* (Adaptació de Musalem i Castro, 2015).

A la infància i l'adolescència, s'agregen les conseqüències de violència especialment quan presenten condicions addicionals de vulnerabilitat. Concretament, els joves amb TEA són particularment susceptibles a l'assetjament, a causa de les dificultats per entendre la interacció i les normes socials. En aquest sentit, tenen més risc de patir aïllament, victimització, fracàs escolar o altres patologies a causa de les repercussions de l'assetjament escolar. En aquest context, la detecció precoç de casos de *bullying* en menors amb TEA és fonamental per conèixer les vivències i els recursos personals de què disposa la víctima per fer front al possible dany psicològic adquirit, establint els sistemes adequats de suport per assolir les eines i les estratègies d'afrontament del fenomen esmentat.

Les conseqüències de l'assetjament escolar afecten, principalment, tres grans aspectes del desenvolupament socioemocional i cognitiu: problemes en l'aprenentatge, dificultats socials i malestar emocional. El *bullying* té profunds efectes en la salut mental de menors i joves amb TEA. S'ha documentat que les víctimes d'assetjament poden experimentar ansietat, depressió, retraïment social i baixa autoestima (Ramírez, 2015), podent ser més accentuats en els infants amb TEA, que ja presenten desafiaments en el maneig d'emocions i en la interacció social. A més, l'assetjament pot afectar negativament el desenvolupament acadèmic, augmentant el risc de fracàs escolar i aïllament (Ramírez Pérez, 2015).

La prevalença del *bullying* entre menors amb TEA és significativament més gran en

comparació amb seus companys sense aquest trastorn. Segons un estudi realitzat en el context escolar, els alumnes amb TEA tenen quatre vegades més probabilitats de ser víctimes d'assetjament escolar que els seus companys neurotípics (Gadow et al., 2005). L'entorn escolar, per tant, es converteix en un espai crític on cal parar esment als senyals d'assetjament, especialment en aquells que no poden verbalitzar adequadament les seves experiències a causa de dificultats comunicatives.

## AVALUACIÓ PSICOLÒGICA FORENSE

L'avaluació psicològica forense exerceix un paper crucial en la detecció precoç dels efectes del *bullying* en joves amb TEA. Aquest tipus d'avaluació implica un enfocament integral que inclou l'observació del comportament, entrevistes amb l'infant i el seu entorn; i l'aplicació de proves psicològiques específiques que permetin identificar signes d'assetjament i les conseqüències emocionals (Vásquez et al., 2010). Segons la Declaració sobre els principis fonamentals de justícia per a les víctimes de delictes i de l'abús de poder (Nacions Unides, 1985), la víctima es refereix a "les persones que, ja sigui de manera individual o col·lectiva, han patit algun dany, incloent-hi les lesions físiques o mentals, el patiment emocional, la pèrdua econòmica o una violació dels seus drets fonamentals, mitjançant actes o omissions que conculquen les lleis penals".

Un dels desafiaments en l'avaluació forense de menors amb TEA és la dificultat per distingir entre els comportaments que són el resultat directe del trastorn i aquells que són conseqüència de factors externs, com

pot ser el *bullying*. Els avaluadors han de tenir en compte que certs comportaments, com l'evitació social o els episodis d'ansietat, poden ser tant símptomes propis del diagnòstic inicial com a respostes a l'assetjament. És per això que es recomana utilitzar instruments específics per avaluar l'impacte del *bullying* en aquests casos, com l'ús d'escala d'ansietat i depressió adaptades per a l'alumnat amb TEA (Ramírez Pérez, 2015). També és clau recollir la declaració de testimoni amb validesa i fiabilitat a través d'instruments específics per a aquests casos. A més d'altres eines grupals que permeten identificar les dinàmiques relacionals tant dins com fora de l'aula.

El maltractament són conductes immorals, irrespectuoses i indignes cap a una altra persona amb la intenció deliberada de causar-li mal (Etxeberria et al., 2013). Un cop detectat el *bullying* a través de l'avaluació forense, és crucial implementar intervencions primerenques que abordin tant les necessitats emocionals de l'infant com de l'entorn social en què té lloc l'assetjament. Les intervencions han d'incloure la capacitació del professorat i personal escolar per identificar signes d'assetjament en alumnat amb TEA i promoure un entorn inclusiu que redueixi el risc de *bullying* (Carrascosa-Romero i De Cabo-De La Vega, 2015).

## ACTORS DEL BULLYING

### Víctima

Qualsevol jove pot ser escollit com a víctima. Només cal ser elegit per algú disposat a abusar de la seva força sense que l'entorn intervingui per prevenir o aturar aquesta situació. Les principals condicions de risc a les víctimes són: l'aïllament, la indefensió i ser percebut com a diferent. En el cas de l'alumnat amb TEA, les víctimes tenen en comú la discapacitat, cosa que les fa romandre en un pla diferent respecte dels agressors o del grup (Hernández, 2017). Les particularitats en la interacció i/o la comunicació de les persones amb TEA poden arribar a dificultar l'obtenció i la valoració del testimoni d'aquesta experiència traumàtica per part dels professionals que l'atenguin. De manera que s'aconsella prendre les mesu-



Imatge 1. Nen aïllat a l'hora d'esbarjo.<sup>3</sup>

res i suports necessaris per superar les barreres d'accessibilitat cognitiva i/o comunicativa.

Extractes de relats de víctimes de *bullying* amb TEA:

*"M'empenyaven expressament. Doncs també em pegaven. I just quan em defensava, o després de patir això, em pegaven durant dies. Doncs jo em defensava, però pegant. I em castigaven a mi, però no a ells". A.*

*"Va passar fa poquet... temps. Tenia com... 9. Va ser el curs passat. Doncs em pegava. Em deia tu posa't aquí i em va agafar així (de les espatlles)... i em va estirar pels braços. Va passar una vegada... No sé... m'estirava... de la samarreta". G.*

*"No m'agrada parlar d'això. Sóc molt fluix. Sóc fluix de sentiments. Saps el que és? Em fa sentir malament. M'estimo més no recordar aquestes coses". D.*

*"Per ser exactes, m'enxampen a llocs on directament no hi ha gairebé ningú. Perquè jo hi vaig per llocs on no hi ha gairebé ningú, que no em pugui trobar a ningú. I just el que passa és que em comencen a molestar. I just això és el que passa". P.*

### Agressor

Els agressors i agressores aconsegueixen o mantenen el seu poder al grup i guanyen

popularitat atacant una víctima que creuen que no es pot defensar i que generalment perceben com a indefensa per part del sistema social en el context en el qual es produeix l'assetjament. En aquest cas els testimonis tenen un paper essencial, podent ser actius o passius depenent de si animen i donen suport els agressors i agressores o per contra coneixen i observen però no fan res per impedir-ho. Pel que fa a la figura de l'assetjador o assetjadora, se'ls sol descriure com a persones agressives i impulsives amb dificultats per controlar els seus impulsos, presenten incapacitat per posar-se al lloc d'un altre i pensar en allò que sent la víctima, no coneixen les emocions que sent la víctima. En molts casos, la víctima pot arribar a ser agressor, tot alterant tots dos papers en una espiral d'agressivitat com a estratègia d'afrontament segons el context. De manera que cal la intervenció amb agressors, víctimes i espectadors per al tractament de l'assetjament escolar.

### Escola

El professorat té un paper fonamental a l'hora de promoure la comprensió i l'acceptació de les diferències, les relacions positives docent-estudiant amb TEA influeixen en més relacions i millor acceptació pels iguals de les persones que tenen TEA. Les actituds del professorat tenen una influència particular i els professors/es amb una actitud positiva són reforçats amb una reducció del desajust

<sup>3</sup> Imatge subministrada per l'autor i generada mitjançant Intel·ligència Artificial.

conductual i una major integració dels seus estudiants amb TEA. A mesura que augmenta l'edat al llarg de l'escolarització, els companys/es tenen més influència que el professorat sobre l'èxit o el fracàs de la inclusió (Hernández, 2017). Identificar, avaluar i mesurar dinàmiques de grups mitjançant eines sociomètriques permet avaluar de forma integral l'assetjament escolar per al seu diagnòstic, tractament i prevenció.

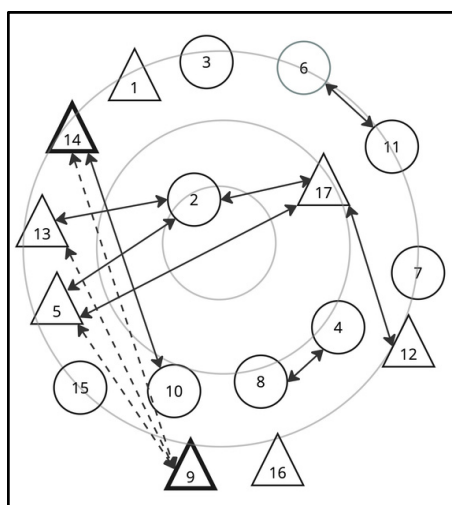


Figura 3. Sociograma per identificar bullying en l'espectre autista.

*Nota: El sociograma és una eina per a la representació gràfica de les relacions socials, els llaços d'influència i la integració social dels individus que conformen el grup. Es tracta d'una classe de 1r de Primària d'alumnat amb Necessitat Educativa Especial (NEE) amb els membres més integrats al centre (2) i membres més exclosos a la perifèria (9, 12 i 16). Mostra les relacions favorables entre els membres (-) i les relacions desfavorables entre els membres (-). Els membres 9 i 14 mostren conductes disruptives generalitzades cap a l'alumnat i el professorat. Concretament, el membre 9 té diagnosticat TEA, paral·lelament és un dels membres més exclosos del grup i rep mostres evidents de relació desfavorable per part dels membres 5, 13 i 14. Aquesta anàlisi sociomètrica de l'aula va permetre intervencions per a una integració social més gran dels membres i el modelatge de les conductes disruptives.*

## Família

A la víctima, l'assetjament li provoca sentiments d'indefensió, submissió i inferioritat, afectant greument el benestar emocional, l'autoestima i el rendiment acadèmic. Les famílies han d'estar atentes a aquests senyals que podrien indicar que un menor és víctima d'assetjament: tristesa constant, absències freqüents a classe, aïllament social, marques físiques, desaparici-

ció d'objectes personals i canvis dràstics en la seva actitud, com introversió, manca de participació i disminució en el rendiment acadèmic. Reconèixer aquests senyals és essencial per intervenir de manera oportuna.

És important tenir en compte que les conseqüències d'aquest tipus de situacions produeixen sentiments d'indefensió, submis-

sió i inferioritat a les víctimes. Quan un fill o una filla revela que és víctima d'assetjament, és crucial reforçar la seva valentia per compartir-ho. Posteriorment, la família ha d'informar el centre educatiu i col·laborar amb els tutors, el departament d'orientació i la direcció per aturar l'assetjament. La comunicació amb l'escola ha de ser conciliadora però ferma en l'exigència de mesures actives. Si la situació

| Mesura                                           | Descripció                                                                                                     |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fomentar la comunicació i confiança              | Crear un espai on els fills se sentin escoltats i puguin compartir les seves experiències sense por al judici. |
| Trencar la llei del silenci                      | Ensenyar-los que parlar sobre l'assetjament no és ser porta platets, sinó un acte de valentia.                 |
| Fomentar l'empatia                               | Ajudar-los a comprendre i respectar les emocions i necessitats dels altres.                                    |
| Construir una autoestima sòlida                  | Reforçar les seves qualitats i ensenyar-los a valorar-se.                                                      |
| Educar en la tolerància                          | Promoure el respecte per les diferències individuals.                                                          |
| Fomentar l'autocontrol                           | Ajudar-los a gestionar les seves emocions i respostes impulsives.                                              |
| Ensenyar a tolerar la frustració                 | Mostrar-los que els fracassos són part de l'aprenentatge i el creixement.                                      |
| Promoure el respecte cap a companys i professors | Incentivar el tracte just i amable en totes les relacions.                                                     |
| Ensenyar responsabilitat                         | Ajudar-los a reflexionar sobre les conseqüències dels seus actes i assumir-les amb maduresa.                   |
| Fomentar la solidaritat                          | Ensenyar-los a ajudar els altres i diferenciar aquest suport del ser porta platets.                            |

Taula 1. Mesures parentals per a la prevenció del bullying (Fundació ANAR, 2021).

persisteix, es pot recórrer a la Inspecció Educativa i, en casos greus, denunciar formalment el cas, especialment si hi ha lesions físiques que requereixin informe mèdic.

En cas d'assetjament persistent, valorar l'ajut psicològic per a la víctima és una mesura essencial per enfortir la recuperació emocional i desenvolupar eines per afrontar situacions futures. La prevenció de l'assetjament comença a casa, on les famílies tenen un paper fonamental per protegir els seus fills i filles.

### TIPUS D'ASSETJAMENT

La convivència als centres educatius constitueix un element essencial per garantir un entorn segur, respectuós i propici per a l'aprenentatge. La Llei d'Enjudiciament Civil 12/2009, a l'article 37.1, estableix un marc normatiu que reforça la importància de protegir aquest equilibri, qualificant com a faltes greument perjudicials per a la convivència aquelles conductes que impliquin discriminació per raons de gènere, sexe, raça, naixement o altres condicions personals o socials. Aquesta normativa no sols protegeix els drets individuals dels membres de la comunitat educativa, sinó que també fomenta un clima de respecte mutu i equitat.

Entre les conductes que es consideren greument perjudicials per a la convivència destaquen les injúries, ofenses, agressions físiques, amenaces, vexacions o humiliacions dirigides cap a qualsevol membre de la comunitat educativa. Aquestes accions no només vulnereu la dignitat de les persones afectades, sinó que a més generen un ambient hostil que obstaculitza el desenvolupament harmònic de les relacions escolars. Així mateix, el deteriorament intencionat de pertinences i els actes que atemptin contra la intimitat o la integritat personal es reconeixen com a comportaments que erosionen la confiança i el respecte dins de l'entorn educatiu.

Un altre aspecte rellevant d'aquesta regulació és la identificació de conductes que alteren de manera greu i injustificada el desenvolupament normal de les activitats del centre, com ara el deteriorament de les instal·lacions o equipaments, la falsificació o

sostracció de documents i materials acadèmics, i la suplantació d'identitat en activitats escolars. Aquestes accions no només afecten el funcionament institucional, sinó que també posen en risc l'equitat i la justícia dins del sistema educatiu.

La normativa també inclou com a faltes greus la possessió o incitació a l'ús de mitjans o substàncies perjudicials per a la salut, i reflecteix una preocupació per la integritat física i mental dels estudiants. De la mateixa manera, es presta atenció a la reiteració d'actes contraris a les normes de convivència, subratllant la necessitat d'intervenir davant de comportaments persistents que puguin desestabilitzar l'ordre al centre educatiu.

Aquest marc normatiu reforça la importància d'abordar les faltes greus des d'una pers-

pectiva correctiva i educativa, promovent el desenvolupament de competències socials i emocionals als estudiants. Més enllà d'establir límits clars, la llei convida a reflexionar sobre l'impacte de les nostres accions a la comunitat, fomentant un sentit de responsabilitat col·lectiva.

### FASES DEL BULLYING

El procés de *bullying* sol seguir una seqüència de cinc fases (Piñel i Oñate, 2012).

**Fase 1.** Incidents crítics o desencadenament del procés per l'instigador: possibles petits incidents que es converteixen en catalitzadors de l'assetjament.

**Fase 2.** Assetjament i estigmatització escolar, social i familiar: estigma sobre la víc-

| Tipus         | Descripció                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Físic         | Amenaces, cops, robatori o amagar material i pertinences, empenyes, pallisses, etc.                                                                                                                                                                                                     |
| Verbal        | Insults, agressions verbals, malnoms, desqualificacions, etc.                                                                                                                                                                                                                           |
| Social        | Ignorar, aïllament, ostracisme social, evitar la participació en activitats, contagi de l'aversion per part de la resta, etc.                                                                                                                                                           |
| Psicològic    | Persecució, intimidació, tirania, xantatge, manipulació i amenaces.                                                                                                                                                                                                                     |
| Sexual        | Assetjament, inducció o abús sexual o referències malintencionades a parts íntimes del cos de la víctima. Inclou el <i>bullying</i> homòfob si la causa és l'orientació sexual.                                                                                                         |
| Ciberbullying | Utilització de les noves tècniques tecnològiques per a insults per missatge de text, muntatges fotogràfics o de vídeo de mal gust, imatges inadequades de la víctima preses sense el seu permís, suplantació del compte o perfil a les xarxes socials per publicar contingut fals, etc. |

Taula 2. Modalitats del *bullying* (Adaptació Fundació ONCE, 2019; citats a Guisado i Hernández, 2022).

tima al seu entorn, transformant-se en el boc expiatori.

**Fase 3.** Latència i aprenentatge de la indefensió psicològica: acceptació i internalització de la dinàmica d'assetjament amb pèrdua de l'esperança per part de la víctima.

**Fase 4.** Manifestacions psicològiques i psicossomàtiques greus: desenvolupament de problemes psicològics greus: ansietat, depressió, problemes psicossomàtics, alteració conductual, etc.

**Fase 5.** Expulsió o autoexclusió escolar i social de la víctima i victimització a llarg termini o superació del dany: la víctima pot retreure's de l'àmbit escolar o social amb la cronificació del dany, o superar-lo a través del suport i la protecció.

## SENYALS D'ALARMA

Detectar comportaments que poden derivar en assetjament és una obligació que implica la comunitat escolar. També els pares i les mares col·laboren en aquesta tasca. Les persones amb TEA presenten dificultats en el reconeixement i la identificació d'allò que estan vivint. També passa que les dificultats comunicatives limiten la capacitat d'explicar el que està passant, per la qual cosa cal fer servir ajudes visuals com dibuixos, escriptura, vinyetes o pictogrames (Hernández, 2017). Per aquest motiu, el diagnòstic diferencial implícit a les avaluacions psicològiques permet detectar la simptomatologia pròpia dels trastorns del neurodesenvolupament d'altres trastorns derivats d'experiències traumàtiques. Cal assenyalar que els esdeveniments estressants modulen lleu o permanentment l'estructura mental de les víctimes, ocasionant diagnòstics més enllà del TEPT com poden ser patologies relacionades amb l'estat d'ànim, la personalitat o la conducta.

Senyals d'alarma de *bullying* (Musalem i Castro, 2015):

- Pèrdua o dany en llibres, roba, motxilla.
- Ferides o blaus.
- Comportaments més ritualistes i obsessius com ara augment estereotípics, preguntes repetitives, tics nerviosos, temors o preocupacions.
- Es mostra d'hipersensible o reacciona de manera exagerada davant de petits incidents, mostres de nerviosisme.

- Tristor
- Pèrdua d'interès per activitats que abans li agradaven.
- Més aïllament, menor comunicació (parla i es comunica menys).
- Dificultats d'atenció (es mostra distret/a, oblidatís/a).
- Resistència o rebuig d'anar a escola.
- Problemes de son.
- Mal de cap o d'estómac.
- Qualsevol canvi sobtat o important a la conducta.

Es recomana l'atenció psicològica especialitzada en victimologia i discapacitat per valorar i atendre correctament les necessitats dels menors per al seu interès i benestar superior.

## CONCLUSIONS

El *bullying* és una problemàtica de gran transcendència social que impacta significativament en el desenvolupament emocional, social i acadèmic de nens, nenes i adolescents. En particular, l'alumnat amb TEA es troba en una situació de vulnerabilitat especial a causa de les característiques intrínseques de la seva condició, com les dificultats en la interacció social, la comunicació i la comprensió de normes implícites (Vélez et al., 2019). Aquestes característiques no només els exposen a un risc més gran de ser víctimes d'assetjament escolar, sinó que també dificulten la identificació i l'abordatge d'aquestes situacions per part de les institucions educatives i les famílies.

La prevalença de l'assetjament en menors amb TEA és alarmant i assoleix nivells fins a quatre vegades superiors als dels seus companys neurotípics (Gadow et al., 2005). Aquest fenomen genera seqüeles greus a les víctimes, incloent ansietat, depressió, retraïment social i un deteriorament significatiu a l'autoestima (Ramírez, 2015). A més, l'assetjament pot exacerbar problemes previs relacionats amb el seu diagnòstic, cosa que agreuja les dificultats d'adaptació a l'entorn escolar i social, i augmenta el risc de fracàs escolar i aïllament (Voltas et al., 2020).

Per abordar aquesta problemàtica, és imprescindible que les institucions educatives implementin estratègies inclusives i proactives, centrades en la prevenció, la detecció primerenca i la inter-

venció efectiva. Aquestes estratègies han d'incloure programes de capacitació per al personal escolar, dissenyats per identificar senyals d'assetjament i promoure un entorn inclusiu que redueixi les dinàmiques d'exclusió (Carrascosa-Romero i De Cabo-De La Vega, 2015). A més, l'ús d'eines d'avaluació psicològica forense adaptades per a menors amb TEA és essencial per diferenciar entre els efectes del *bullying* i els símptomes propis del trastorn, permetent una intervenció més precisa i eficaç (Ramírez Pérez, 2015).

Mesures de protecció i prevenció de *bullying* a l'àmbit escolar:

- Augmentar la vigilància i protecció.
- Ensenyar estratègies d'afrontament a les víctimes.
- Mesures de control d'estrès en víctimes i agressors.
- Ajudar en el procés de reparació del dany.
- Oferir experiències positives de relació amb companys/es.
- Intensificar la col·laboració família-escola.

A més, s'ha demostrat que l'entrenament en habilitats socials és una eina eficaç per millorar les interaccions socials d'estudiants amb TEA i reduir-ne la vulnerabilitat al *bullying* (Antshel et al., 2016). Tot i que alguns estudis assenyalen que l'alumnat amb TEA i les seves comorbiditats, com ara l'ansietat, es poden beneficiar d'aquestes intervencions, s'ha trobat que aquells amb TEA i TDAH comòrbid no sempre mostren millora significativa (Antschel et al., 2011). Per tant, cal adaptar les intervencions a les característiques individuals de cada infant.

D'altra banda, el paper de les famílies és fonamental en la prevenció de l'assetjament escolar. La promoció d'un clima de comunicació oberta i confiança a la llar, així com el foment de valors com l'empatia, el respecte i la responsabilitat, són pilars essencials per enfortir la resiliència dels menors i reduir-ne la vulnerabilitat davant del *bullying* (Fundació ANAR, 2021). A més, la col·laboració activa entre les famílies i els centres educatius és clau per garantir una resposta coordinada i efectiva davant de qualsevol indicatiu d'assetjament.

En última instància, l'assetjament escolar no sols representa un problema per a les vícti-

mes directes, sinó que compromet l'equilibri de tota la comunitat educativa. Per això, és imprescindible promoure una cultura de respecte i solidaritat, on totes les parts involucrades assumeixin la seva responsabilitat en la creació d'un entorn segur i equitatiu per a l'aprenentatge. La combinació d'intervencions educatives, suport psicològic i accions comunitàries pot mitigar significativament les conseqüències del *bullying* i contribuir a construir una societat més inclusiva i empàtica.

## BIBLIOGRAFIA

- Álvaro Cabrera, E. (2022). *Bullying y ciberbullying en adolescentes de Educación Secundaria Obligatoria: Incidencia y variables sociales asociadas*. Repositorio Universidad de Alcalá.
- Álvarez-García, D., Menéndez, S., González, P. i Rodríguez, C. (2012). Hiperactividad-impulsividad y déficit de atención como predictores de participación en situaciones de violencia escolar. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), pp. 185-202.
- Aguirre, M., Sidera-Caballero, F., Rostan-Sánchez, C. i Onandia-Hinchado, I. (2022). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su relación diagnóstica con el Trastorno por estrés postraumático infantil: Una revisión sistemática. *Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 9(1), pp. 9-19.
- American Psychiatric Association (2023). *DSM-5-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Ammerman, R. T., Hersen, M., Van Hasselt, V. B., Lubetsky, M. J. i Sieck, W. R. (1994). Maltreatment in Psychiatrically Hospitalized Children and Adolescents with Developmental Disabilities: Prevalence and Correlates. *American Academic Child Adolescence Psychiatry*, 33(4), pp. 567-576.
- Antshel, K. M., Zhang-James, Y., Wagner, K. E., Ledesma, A. i Faraone, S. V. (2016). The co-occurrence of attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder: An update. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 1(1), pp. 3-15.
- Bacchini, D., Affuso, G. i Trotta, T. (2008). Temperament, ADHD and peer relations among schoolchildren: The mediating role of school bullying. *Aggressive Behavior*, 34(5), pp. 447-459.
- Baumrind, D. (1996). The discipline controversy revised. *Family Relations*, 45(4), pp. 405-414.
- Berástegui, A. i Gómez-Bengoechea, B. (2006). Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: una revisión. *Intervención Psicosocial*, 15(3), pp. 293-306.
- Briggs, F. (1996). *Developing personal safety skills in children with disabilities*. London: Jessica Kingsley.
- Brown, H., Stein, J. i Turk, V. (1995). The sexual abuse of adults with learning disabilities. *Mental Handicap Research*, 8, pp. 3-24.
- Carrascosa-Romero, M. i De Cabo-De La Vega, I. (2015). *Trastornos del neurodesarrollo: Evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar los traumas psicológicos. El efecto de los acontecimientos traumáticos en las personas y cómo afrontarlos*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Echeburúa, E., Corral, P. i Amor, P. J. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué?. *Psicología Conductual*, 15(3), pp. 373-387.
- Etxeberria, X., Goikoetxea, M., Martínez, N., Pereda, T., Jauregi, A., Brosa, J., Posada, G. i García-Landarte, V. (2013). *El enfoque ético del maltrato a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo*. Universidad de Deusto.
- Gadow, K. D., DeVincent, C. J., Pomeroy, J. i Azizian, A. (2005). Psychiatric symptoms in preschool children with PDD and clinic comparison samples. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(1), pp. 1-12.
- Gudjonsson, G. H. i Henry, L. (2003). Child and adult witnesses with intellectual disability: The importance of suggestibility. *Legal and Criminological Psychology*, 8(2), pp. 241-252.
- Guisado Ruiz, M. i Hernández de la Torre, E. (2022). El acoso escolar en niños con diversidad funcional. *Atención educativa mediante la educación emocional. Educación Inclusiva*, 15(2), pp. 115-129.
- Hernández Rodríguez, J. M. (2017). *Acoso escolar y trastorno del espectro del autismo: Guía de actuación para profesorado y familias*. Madrid: Confederación Autismo España.
- Horner-Johnson, W. i Drum, C. E. (2006). Prevalence of maltreatment of people with intellectual disability: a review of recent published research. *Mental retardation and Developmental Disabilities Research Review*, 12, pp. 57-69.
- Luzuriaga, N. i Ruiz, G. (2023). *Revisión sistemática sobre el acoso escolar a estudiantes con discapacidad que asisten a escuelas regulares*. *Reinisol*, 2(4), pp. 116-128.
- Martín, N., Cueli, M., Cañamero, L. M. i González, P. (2022). ¿Qué sabemos sobre los estilos educativos parentales y los trastornos en la infancia y adolescencia? Una revisión de la literatura. *Psicología y educación*, 17(1), pp. 44-53.
- McCarthy, M. i Thompson, D. (1997). A prevalence study of sexual abuse of adults with intellectual disabilities referred for sex education. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 10, pp. 105-124.
- Moltrasio, J., Aguilar, V. i Rubinstein, W. Y. (2021). Alteraciones y sesgos de memoria en el Trastorno por estrés postraumático y Estrés Traumático Secundario: Una revisión sistemática. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 40, pp. 30-51.
- Musalem, R. i Castro, P. (2015). Qué se sabe de bullying. *Medicina Clínica Condes*, 26(1), pp. 14-23.
- Naciones Unidas (1985). *Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder*.
- Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*.

**Organización Mundial de la Salud (OMS).** (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). OMS.

**Ramírez, M.** (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), pp. 45-54.

**Sobsey, D.** (1994). *Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

**Uzcátegui, A. i Moreno, Y.** (2021). Comorbilidad de los trastornos del espectro autista. *Revista del Grupo de Investigaciones en Comunidad y Salud*, 6(4), pp. 215-219.

**Varona, G.** (2018). *Victimología: en busca de un enfoque integrador para repensar la intervención con víctimas*. Cizur Menor: Aranzadi.

**Vásquez, M. J., Feria, M. A., Palacios, L. i De la Peña, F.** (2010). *Guía clínica para el Trastorno Negativista Desafiante*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

**Vélez, G., Vélez Flórez, M. C., i Chaskel, R.** (2019). Presentación simultánea de trastornos del espectro autista y de síntomas de déficit de atención e hiperactividad. *Psicopatología y Salud Mental*, 33, pp. 23-33.

**Verdugo, M. A., Alcedo, M. A., Bermejo, B. i Aguado, A.** (2002). El abuso sexual a personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 14, pp. 124-129.

**Voltas, N., Canals, F., Morales, P. i Hernández, C.** (2020). *EPINED – Neurodevelopmental Disorders Epidemiological Project*. Universitat Rovira i Virgili.



# L'escenoteràpia amb infants autistes<sup>1</sup>



– Núria Monreal –

**Psicòloga General Sanitària. Mestra d'Educació Especial. Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet. Membre del Centre GRUP. Barcelona**



– Merixell Prat –

**Psicòloga. Terapeuta Psicomotriu, Bioenergètica i So. Consultora social. Consulta privada de Psicologia Integrativa. Barcelona**

Aquest article exposa l'experiència sobre un model de Psicoteràpia grupal de línia psicodinàmica aplicada a grups d'infants amb TEA (Trastorn de l'Espectre Autista) realitzada des del 2007 a Carrilet, un centre educatiu específic per a infants amb autisme a la ciutat de Barcelona. Es presenten algunes de les adaptacions i vinyetes clíniques per presentar l'escenoteràpia com a un gran recurs educatiu i terapèutic en infants amb un trastorn greu del desenvolupament amb afectació en la identitat, les relacions i el simbolisme.

## INTRODUCCIÓ

L'escenoteràpia és una eina terapèutica i grupal creada als anys 70 per professionals de la Fundació Vidal i Barraquer que se sustenta en conceptes de Sigmund Freud, Melanie Klein, Donald Winnicott i Hanna Segal, entre altres reconeguts psicoanalistes. Es defineix com a una modalitat d'atenció psicològica grupal que utilitza la dramatització i la improvisació escènica com a formes essencials de comunicació i expressió. Mitjançant la dramatització, l'expressió de dificultats, inquietuds, preocupacions o situacions conflictives, aquesta tècnica promou "un espai facilitador perquè el con-

flicte surti a la llum i en el què els membres del grup juguen dramatitzant, inventant històries i representant papers que no estan conscients ni intencionadament relacionats amb els seus problemes" (Cabrè, 2014).

Aquesta tècnica, amb una gran diversitat d'aplicacions terapèutiques, és utilitzada en pacients amb una àmplia heterogeneïtat de perfils. En aquest article destaquem l'experiència del seu ús amb infants amb un diagnòstic de Trastorn de l'Espectre Autista (TEA). Segons una gran diversitat d'autors com Baron-Cohen, Leslie i Frith (1985), aquests nens i nenes presenten afectació en diferents capacitats com són l'atenció conjunta, la intersubjectivitat primària i secundària, la construcció d'un jo diferenciat com a algú dotat de ment i pensament, així com necessitats i desitjos diferents dels propis. Les dificultats relacionals d'aquests infants responen a un aparell psíquic particular que té una manera de processar el món diferent. Presenten alhora dificultats en la integració d'una corporalitat diferenciada i subjectivada i dificultats en connectar les vivències sensorials amb les emocions i la consciència d'aquestes vivències (Viloca, 2012).

Segons aquestes descripcions, els aspectes

comunicatius, representatius i corporals es registren com les dificultats principals d'aquests infants, i, alhora, són els aspectes protagonistes amb què es treballa en la tècnica de l'escenoteràpia. Precisament aquesta apreciació, juntament amb la pràctica duta a terme, és el que ens permet afirmar-ne la seva adequació i el seu potencial, tal com anirem desgranant al llarg de l'article.

Les vinyetes clíniques i adaptacions de la tècnica que es presenten fan referència a una prova pilot realitzada amb diversos grups d'infants amb TEA. Aquests infants presentaven capacitats cognitives i simbòliques força preservades per realitzar propostes senzilles de joc compartit. "La finalitat era la de comprovar si una tècnica grupal amb un component clarament lúdic podia afavorir, d'una banda, l'expressió de sentiments i emocions a través del cos i, de l'altra, a nivell psicopedagògic, proporcionar recursos nous en la relació i treballar habilitats socials com escoltar-se, esperar el torn i mirar-se" (Monreal, 2014).

El resultat de l'experiència ens va sorprendre gratament. Comencem a veure com infants que no jugaven (Subirana, 2004), amb

<sup>1</sup> Traducció realitzada de l'original en castellà per l'Equip *eipea*.

l'estructura que oferia la tècnica, el setting, les adaptacions adequades i la contenció oportuna podien arribar a crear una escena en grup. Un nou marc de treball que ens permetia poder intervenir de forma terapèutica i alhora també de forma psicopedagògica en els aspectes esmentats com a essencials per a aquestes nenes i nens. Els infants eren capaços de recordar les històries i els personatges realitzats durant molt de temps gràcies a l'impacte emocional generat per l'experiència grupal.

### OBJECTIUS I HIPÒTESIS

Alguns dels objectius de l'escenoteràpia fan referència a aspectes comunicatius, relacionals, simbòlics i també a la comprensió i l'elaboració emocional. Podríem pensar que ens trobem davant d'una premissa difícil d'assolir per a infants amb TEA. Qüestió que ens va conduir a la hipòtesi de convertir aquestes dificultats i possibles mancances, en objectius i potencials facilitadors del procés.

La tècnica permet treballar creant escenes de grup compartides que representen el motor, repte i propòsit envers aquests infants. Al llarg de l'experiència, hem experimentat com la contenció de dos co-terapeutes i sovint un observador, una estructura fixa i la repetició del procediment setmana rere setmana, permeten anar integrant, de forma progressiva, les premisses bàsiques per a l'exercici i la participació de l'escenoteràpia.

La *flexibilitat* és un aspecte clau que permet adaptar-se a la diversitat de propostes de tots els components del grup, així com modificar una idea pròpia, facilitant certs canvis en els aspectes de rigidesa i afavorint expressions més creatives. Fins i tot la *improvisació* apareix com un fil conductor al llarg de les sessions, cosa que permet processos importants en l'expressió del psiquisme d'aquests infants amb autisme. La incapacitat d'accedir a un món de fantasia, al joc simbòlic o imaginació a causa d'una aturada a l'aparell psíquic, fa necessari que pensem en opcions que ajudin a reconstruir o reparar algunes funcions. De fet, quan parlem de grups i prenem com a referents autors tan importants com Bion, Foulkes, Winnicott, Klein o Aucouturier, se'ns fa evident com és de complex i sensi-

ble utilitzar les seves aportacions per treballar en grups d'escenoteràpia. Amb aquesta tècnica procurem treballar des de l'acció per arribar a la comprensió, un intent de crear un espai transicional (Winnicott) de diferenciació entre fantasia/realitat o personatge/individu. Dos processos fonamentals en l'evolució de l'individu són la capacitat de mentalitzar i la de simbolitzar. Ajudar els infants a connectar les sensacions amb les emocions i posar paraules a les vivències permet o afavoreix la simbolització. Sabem que la repetició serà un facilitador, com ho serà el dibuix/resum que fem en finalitzar la sessió que ens permet conèixer la mirada de l'infant cap a l'escena viscuda i compartir-la amb els companys.

### LA TÈCNICA D'ESCENOTERÀPIA I EL SETTING REALITZAT A L'ÀMBIT ESCOLAR

La tècnica d'escenoteràpia normalment es realitza en grups de sis a deu persones de gènere diferent i que no tinguin relació prèvia entre ells. Els nostres grups han estat formats per entre quatre i vuit membres, per tal de poder gestionar millor les individualitats i necessitats de cada alumne. Entre ells es coneixen bé, ja que formen part del mateix grup classe i, per tant, podem observar dinàmiques grupals que ja estan creades i que són facilitadores d'aspectes relacionals.

Les sessions descrites han estat realitzades en horari escolar i de forma setmanal. La seva durada ha estat variable segons el grup, entre 45 minuts i una hora i mitja, i han estat dirigides per una parella terapèutica i, en algunes ocasions, s'ha afegit un observador o observadora.

Tal com passa en una narració clàssica, la sessió té un inici, un nus i un desenllaç:

- Una primera part en què tots els participants esbossen un argument i diferents personatges.
- Una segona part per fer la representació mentre els terapeutes observen.
- La tercera part és un comentari conjunt d'allò experimentat, tractant de comprendre el sentit en grup i el viscut per cada individu (Cabrè, 2002). Per adaptar-nos al perfil d'infants amb TEA, en aquest apartat incorporem la realització d'un dibuix com a facilitador expressiu i representatiu.

### ELS CASOS PARTICULARS ENTRE LA DIVERSITAT DEL GRUP I ELS SEUS PROCESSOS D'ADAPTACIÓ A LES SESSIONS

#### El cas d'en Roc: de la necessitat de control a la imitació.

Un dels grups estava format per cinc infants, la majoria amb recursos per participar de l'escenoteràpia i un d'ells, Roc, amb un perfil amb més dificultats per a la seva comprensió i integració. Vam poder observar com va romandre distant respecte a l'activitat durant el primer trimestre, mentre la resta del grup creava històries. Necessitava controlar el seu entorn de manera compulsiva i cercava la seguretat a través de la repetició dels esdeveniments que marcava el calendari. El seu cos reflectia tensió i romanía rígid i paràlitzat gran part de les sessions. Per triar el seu personatge necessitava recórrer a materials visuals i concrets que estaven al seu abast penjats a les parets. D'allà va sortir el seu personatge, al qual es va adherir durant mesos, i li va permetre poder viure amb certa tranquil·litat l'inici de les sessions, atès que sabia que ell seria "Rayo McQueen". De mica en mica, es va mostrar més observador i podia repetir comentaris dels altres infants, fins i tot podia cridar-los durant la representació pel nom del personatge que havien adoptat.

En Roc, malgrat tenir moments de desconexió, no tenir la capacitat de representar i dels seus trets obsessius, va ser capaç d'adaptar-se a aquesta tècnica i arribar a gaudir-ne. Podia explicar els elements bàsics de l'obra, per exemple, a on o què passava, coneixia i recordava els noms representats pels altres nens i de vegades va arribar a imitar el que feien els altres, relacionant-se així amb ells. La imitació, de fet, és un altre dels processos que està alterat en els infants amb autisme i aquesta és una de les bases de l'aprenentatge. Per aquest motiu, considerem un signe devolució el moment en què poden començar a realitzar-la. El sentit que se li pot atribuir a la imitació a un nivell simbòlic variarà molt en funció del nen o nena i dependrà de la capacitat simbòlica que hagi pogut desenvolupar; mentre que alguns seran capaços de fer servir materials canviant la seva utilitat habitual, per exemple simulant parlar per telèfon amb un llapis, altres es limitaran a repetir l'acció que fan els altres. En tots els casos, té un sentit relacional.

### Marc: l'expressió escènica de l'ambivalència emocional.

En Marc era un nen molt motivat per l'activitat i amb un gran repertori de recursos i món de fantasia que va anar modificant el seu rol al grup. Des del principi van aparèixer les ganes de representar personatges que podien ser bons i dolents segons el moment. Aquest fet era valorat positivament atesa la dificultat a integrar emocions i ens permetia treballar la dificultat de conviure amb sentiments contradictoris. En Marc era capaç d'expressar les seves ganes de fer d'un robot que destrueix i matés tot-hom (projectant-ne una part més agressiva) i posteriorment explicar com es tornaria bo i repararia tot el mal fet. Tot i les seves paraules, no era capaç d'interpretar-ho en la representació ja que fer de dolent, per a ell, equivalia a "ser dolent". Hanna Segal (1957) va definir aquesta idea amb el concepte d'equació simbòlica i es refereix a la confusió entre ficció i realitat, produint por de "convertir-se en". El Marc es quedava en un pas previ, que era pensar/fantasiejar en aquest possible personatge. Aquest nen era

un dels motors del grup. Protagonitzava moltes obres tenint un paper protagonista, gairebé sempre de superheroi, però com altres nens progressivament va poder començar a fer de personatges humans: de policia, de presentador, etc., indicant-nos com es va anar acostant a temàtiques més terrenals i properes. Si fins aquell moment la seva funció sempre havia girat al voltant de salvar o ajudar els altres, es

### El cas del Toni: sobre la confusió entre realitat i ficció.

El Toni tenia un diagnòstic de síndrome d'Asperger. Era un nen amb capacitat imaginativa i l'escenoteràpia li permetia poder col·locar tots aquells interessos i fantasies en un espai on eren permesos. Podia crear uns arguments enrevessats i gaudia mentre els elaborava, però la seva dificultat era acceptar la proposta dels altres i que la seva fos rebutjada. La frustració que li generava era gran i inicialment es podia mantenir bloquejat en un monòleg ple de queixes. En Toni va crear un personatge que va anar repetint durant el curs. Aquest era

una bossa d'aigua que només es podia comunicar a través del so "glup-glup". El representava fent salts amb els peus junts i perseguia els altres companys fent aquest so, buscant una mena de "conversa". El Toni podia explicar-nos durant la verbalització com en parlar un idioma diferent de la resta ningú no l'entenia, de vegades li assenyalàvem que era el mateix que li passava de vegades en les seves relacions; que a ell li agradava molt parlar de tecnologia i que la majoria no el podíem seguir o no teníem el mateix interès. També durant el curs va haver-hi algun moment més crític, on el Toni va arribar a confondre la ficció amb la realitat. La necessitat de controlar el seu entorn i persones properes va fer que volgués representar un senyor que tenia un comandament a distància des del qual podia aturar qualsevol. Durant l'obra, el Toni es va posar molt nerviós perquè el comandament "no funcionava". Va començar a cridar tots els companys i companyes perquè fessin el que ell volia. Amb aquesta obra ens vam adonar de la importància de deixar clar allò que era real i allò que no i, com ja hem comentat, en fallar el joc simbòlic i donar-se l'equació simbòlica, en comptes de representar, "es converteixen en" el personatge. Ajudar-los a diferenciar entre els uns i els altres i que progressivament puguin anar col·locant-se a la pell d'un personatge ens permetrà poder anar treballant l'empatia en alguns nens, una altra de les grans dificultats dels infants amb TEA.

### El cas de l'Elena: la comunicació a través del dibuix.

L'Elena va realitzar escenoteràpia durant dos anys. L'inici va resultar complicat, ja que malgrat podia disposar de certes capacitats simbòliques, també mostrava resistència cap a aquelles activitats que la connectaven amb les emocions. Durant el primer trimestre no era capaç d'aixecar-se del terra mentre es representaven les obres. Els seus dibuixos reflectien un caos interior on tot resultava molt confús, encara que, d'altra banda, podia triar el nom del seu personatge, que repetia sessió rere sessió.

Tot i l'ajut ofert pels companys, no va ser fins al segon trimestre que va començar a participar de la representació, situant-se en una cantonada de la classe en posició vertical i observant tot el que passava. A poc



Dibuix del personatge 'Boom aigua'.

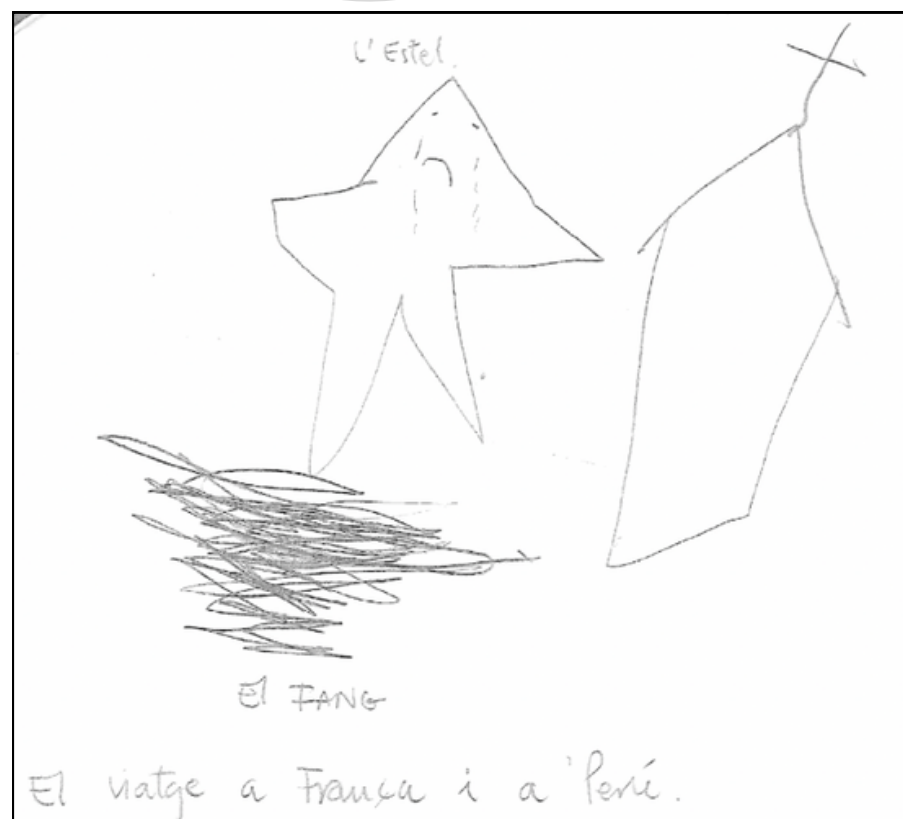
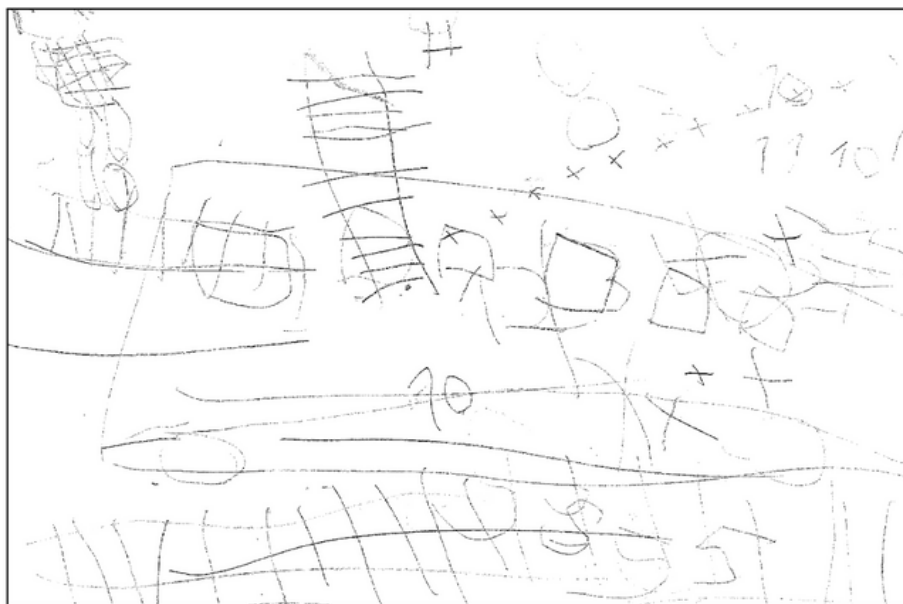
a poc, va començar a permetre que els companys l'ajudessin i aquests integraven a la història qualsevol idea que ella proposava (encara que no fos aquesta la seva finalitat). Per exemple, quan l'Elena va dir en veu alta "mocadors", el grup ho va acollir representant estar malalts. En una altra ocasió, va verbalitzar "saltar" i el grup va transformar aquesta idea en una celebració en què saltaven d'alegria per haver estat premiats a la loteria. En aquestes situacions, l'Elena permetia que l'agafessin de les mans i imitava els seus companys.

L'evolució i el procés de subjectivació que l'Elena va poder anar adquirint, va quedar plasmat en la capacitat representativa que van anar prenent els seus dibuixos. Al principi, omplia els fulls d'elements desordenats i superposats generant una sensació caòtica. Després, l'Elena va començar a dibuixar somriures que, encara que no formaven part de cap cara, expressaven emocions. Progressivament, va anar dibuixant aquests somriures dins d'una cara i un cos d'una nena contenta.

Més tard, va anar integrant altres elements com, per exemple, cases, esglésies, creus, noms de personatges als quals, encara que no sempre tinguessin a veure amb l'obra, se'ls procurava donar un sentit vinculat a l'experiència grupal.

L'Elena va continuar participant d'escenoteràpia un altre curs escolar. A les sessions van aparèixer més emocions i aquesta nova dinàmica la va espantar. Va tornar a adoptar un paper més passiu, encara que podia observar el que passava al seu voltant. Tot i que a simple vista podia semblar que tornava a estar desconectada, vam poder observar que no era així atès que en cert moment va fer servir la paraula "trist". En preguntar-li si volia que el seu personatge estigués trist, ella mateixa va proposar que aquest plorés i ho va interpretar. Aquesta obertura cap a allò emocional va començar a passar en cada sessió d'escenoteràpia i es va anar generalitzant a altres situacions quotidianes. Així, dins i fora de les sessions vam poder acompanyar-la a anar elaborant les coses que feien por, ensurts, penes o pèrdues.

A través A través de l'Elena també vam descobrir la percepció que els nens i les nenes tenen entre ells. En aquest cas, aques-



Evolució dels dibuixos de l'Elena.



Dibuix d'un company de l'història construïda pel grup.

ta va quedar molt ben reflectida en una història que van construir, en què Elena era una princesa tancada a una torre, a la que tots volien salvar i on calia superar moltes proves difícils pel camí. D'alguna manera, tots podien captar la distància que ella marcava en les relacions i, d'altra banda, alguns companys sentien el desig d'incloure-la al grup.

En aquest últim dibuix es pot veure com, mitjançant vinyetes, un company va il·lustrar els diferents paranyes que van haver de passar per arribar-hi: paranyes de punxes, pluja de bombes, etc.

## El grup: l'adaptació entre allò fantasiós i allò concret

Per part de les terapeutes i davant d'un grup on coexistien nivells diferenciats entre allò fantasiós i allò concret va ser important ajudar-los a adaptar-se entre ells. La tendència a utilitzar aspectes fantasiosos per part dels líders podia perjudicar alguns companys que, tenint un funcionament més concret, no podien participar de les dinàmiques i representacions. En un primer moment de la sessió, apareixien arguments complexos i extremadament fantasiosos que necessitaven la contenció i l'acompanyament de l'adult per transformar-los en una història compren-

sible per a tothom. Al llarg del treball de tot el curs, la transformació de les històries es va fer evident i d'històries d'extraterrestres amb pensaments i funcions extraordinàries van poder aparèixer escenes més primàries en què, per exemple, interpretaven animals o personatges més quotidians. Per exemple, en una de les obres del darrer trimestre van interpretar uns personatges que volien arribar al pis 20 d'un edifici, però es trobaven amb un ascensor fet malbé. Ells havien d'anar pujant a peu, però a cadascun dels pisos s'hi trobarien coses bones: joguines, caramels, etc. Aquesta obra ens va fer pensar en com aquests nens i nenes van poder representar les dificultats per accedir al món que els envolta i com, alhora, també l'esforç comporta algunes recompenses que van celebrar.

## DE LA JUSTIFICACIÓ A LA REFLEXIÓ

En un primer moment, i havent reflexionat sobre les dificultats d'aquests infants, vam considerar que la tècnica de l'escenoteràpia podia afavorir els processos en grup i individuals que impliquen situacions socials i relacionals.

La situació grupal que es dona en aquesta modalitat terapèutica els permet trobar-se amb les seves carències i disposar d'un espai

compartit amb iguals i amb dos terapeutes que els acompanyaran en els seus processos de creixement. En un mateix grup ens trobem tantes individualitats com nens i nenes. Cadascú conforma una infinitat de manifestacions diverses i disperses, amb nivells i intensitats relacionals, cognitives i emocionals heterogènies. En aquest sentit, l'escenoteràpia permet la flexibilitat i l'obertura perquè aquesta diversitat pugui estar present alhora que coexistir en les seves dinàmiques. La continuïtat, la permanència, l'estructura, també la llibertat i l'espontaneïtat, són característiques fonamentals perquè aquests infants puguin accedir a l'obertura social, emocional i simbòlica, acompanyats d'un espai i figures que els aporten seguretat. La nostra funció com a terapeutes és contenir i recolzar tant les individualitats com el grup i afavorir un espai òptim per estructurar i donar comprensió a allò que sorgeix a cadascun d'ells i a un nivell grupal.

Els objectius inicials que es van plantejar giraven al voltant de millorar aspectes relacionals dels components, alhora que flexibilitzar la capacitat de percebre i veure "l'altre". Es tractava de nens i nenes que no escoltaven ni tenien en compte allò que deien els altres, els costava estar atents quan no eren el centre d'atenció i no toleraven que no fos la seva pròpia història la que s'escenifiqués. D'altra banda, eren aspectes necessaris de desenvolupar per poder construir, representar i comprendre de manera conjunta una història.

Els infants ens parlen d'ells mateixos a través dels seus personatges i per això és un espai on apareixen sentiments, emocions i vivències que ens permeten conèixer-los millor. L'escenoteràpia permet als nens i nenes sentir-se els protagonistes, afavorint-ne la seva implicació i el seu gaudi. A la fase de representació és on es mobilitzen els aspectes simbòlics afavorint el fet d'entrar i sortir de la realitat a la ficció, de la pròpia identitat que anomenem "jo" al personatge que representen. Cadascuna de les sessions és un assaig i possibilitat d'evolucionar allò amb què en el seu dia a dia els resulta tan complex de comprendre i integrar. A l'escenoteràpia l'ús de materials és un recurs important per afavorir les dinàmiques.

Molts van mostrar una evolució dels seus personatges o la seva capacitat dramàtica, que emmarcarà aquesta progressió del sim-

bòlic. En els nens i nenes amb més capacitats ha calgut fer un treball intens de diferenciació entre ficció i realitat, del que pensen al que actuen. Sovint podien confondre allò que tenien a les seves ments amb el que havia succeït a l'obra i sorprendre's davant del desconeixement nostre de les seves històries. En aquests casos, és important ajudar-los a prendre consciència que cada persona és diferent i que no hi ha una equivalència psíquica entre la ment de les persones (Fonagy, Target, 1996).

El procés emocional viscut durant la sessió és elaborat al moment final amb l'objectiu de facilitar-ne la seva integració, comprensió i significació. S'evidencien les divergències entre allò que pensen, senten, diuen i actuen, per la qual cosa el suport del dibuix i la verbalització es converteixen en eines fonamentals per a aquesta elaboració. Allò que s'ha actuat del que s'ha pensat i allò que s'ha improvisat.

Les terapeutes mostren un per un cada dibuix a la resta del grup, anotant a la part posterior tant els comentaris dels nens com les sensacions de les terapeutes. D'aquesta manera es pretén ajudar-los a elaborar els fets, relacionant-los amb situacions de la seva vida quotidiana.

Per finalitzar, agrair als nens i nenes que ens han permès aprendre i gaudir juntament amb ells de l'experiència d'aquesta tècnica. Volem esmentar l'assessorament i la supervisió de professionals de la Fundació Vidal i Barraquer i altres especialistes en escenoteràpia que ens van encoratjar a avançar i aprofundir en aquesta pràctica. Finalment, agrair a Carrilet la confiança i la possibilitat d'incorporar i integrar l'escenoteràpia a la seva institució.

## BIBLIOGRAFIA

**Baron-Cohen, S., Lelslie, A. M. i Frith, U.** (1985). Does the authentic child have a "a theory of mind?". *Cognition*, 21.

**Cabré, V.** (2002). *Escenoterapia. Dramatización terapéutica en grupo*. Barcelona: Paidós.

**Cabré, V.** (comp.) (2014). *Escenoterapia. Aplicaciones clínicas y educativas*. Barcelona: Herder.

**Canut, M.** (2013). La escenoterapia. Una estructura sólida en tiempos líquidos. *Psicopatología salud mental* 2013, 22, pp. 81-90. [Document [en línia](#)].

**Monreal, N.** (2014). *El tratamiento de niños con trastorno del espectro autista. Aportación multidisciplinar del Centre Terapèutic-Educatiu Carrilet. Temas de psicoanálisis*, 7, pp. 29-32. [Document [en línia](#)].

**Segal, H.** (1957). Notes on Symbol Formation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 38, pp. 391-397.

**Subirana, V.** (2004). *El juego en los niños con trastorno autista*. A J. M. Brun i R. Villanueva (Coord./Ed.), *Niños con autismo. Experiencia y experiencias*, pp. 45-49. València: Promolibro.

**Target, M i Fonagy, P.** (1996). Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *Int. J. Psycho-Anal.*, 77(3), pp.459-79. [Document [en línia](#)].

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

**Viloca, Ll. i Alcàcer, B.** (2014). La psicoterapia psicoanalítica en personas con trastorno autista. Una revisión histórica. *Temas de psicoanálisis*, 7. [Document [en línia](#)]

