



escoltant i pensant els autismes

Revista número 15, tardor 2023



- 1 Portada**
Sergio López Caparrós. *Illes.*
- 4 Editorial**
Josep M^a Brun.
- 6 Salutació**
María Elena Sammartino.
- 8 Entrevista**
Entrevista a Anne Alvarez per Teresa Ferret.
- 18 Articles**
Àngels Morral Subirà. *Manifestacions corporals i angoixes arcaïques en l'autisme: comprensió i abordatge.*
- 30 Mònica Recio. La gran variabilitat dins el Trastorn de l'Espectre de l'Autisme: de l'autisme a la psicosi.**
- 42 Anna Chiara Vighi. La memòria sonora dels vincles.**
- 48 Experiències**
Pilar Crespo Sánchez i Anna Legarra Jubany. *El grup de psicomotricitat en salut mental: un pont des de l'atenció precoç.*
- 54 Fanni Mateu Dosrius. Etapes d'intervenció psicomotriu en l'atenció d'un nen amb TEA.**
- 62 Gemma Vilanova Porqueres. Viure i escriure.**

Participa a la nostra campanya de micromecenatge continu a <http://eipea.aixeta.cat>. El sosteniment de la revista depèn d'aquelles persones que poseu en valor la difusió sobre el món dels autismes. Aportacions des de 2 euros al mes!



La revista *eipea* forma part del repositori de Revistes Catalanes amb Accés Obert (RACO). Una iniciativa del Consorci de Serveis Universitaris de Catalunya (CSUC) per consultar, en accés obert, els articles a text complet.



Tot el contingut d'aquesta revista, excepte on s'indiqui el contrari, està sota una llicència de Creative Commons.



Revista digital de periodicitat semestral
ISSN 2462-6414
Web: www.eipea.com
Obra de portada: Sergio López Caparrós, *Illes*.

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)

PALACIO, FRANCISCO (Ginebra) Membre Honorífic

PEDREIRA, JOSÉ LUIS (Madrid)

PONCE DE LEÓN, EMA (Montevideo)

TIZÓN, JORGE LUIS (Barcelona)

TORRAS, EULÀLIA (Barcelona) Membre Honorífica

VILOCA, LLÚCIA (Barcelona)

EQUIP TÈCNIC I DE DISSENY

ALBERTIN, SONJA (disseny gràfic i maquetació)

BRUN, PAU (imatge corporativa)

PÉREZ, FERNANDO (pàgina web)

Editorial

El periodista i humorista britànic **Miles Kington** va dir una vegada que el *coneixement és saber que el tomàquet és una fruita i la saviesa no incloure aquest tomàquet en una amanida de fruites*. El coneixement és informació; la saviesa, l'habilitat de formar-se judicis adequats i prendre decisions correctes. Sembla clar que no es tracta només d'acumular dades per circular per la vida sense ensurts. **Jean Piaget**, psicòleg suís, ja va afirmar al seu dia que *la intel·ligència consisteix no només en el coneixement, sinó també en la destresa d'aplicar els coneixements a la pràctica*.

Descobreixo, gràcies a un text de **Marcos Merino**, l'existència d'una investigació i consegüent article científic publicat per l'Oxford University Press, en la qual un equip d'investigadors mostra com ha aconseguit aplicar un model de *deep learning* per traduir textos en accadi amb un alt nivell de precisió (*Translating Akkadian to English with neural machine translation*. **Gai Guthertz et al.**). Però allò que em sedueix són les conclusions que extreuen més enllà de la validesa del model d'intel·ligència artificial (IA). Han descobert que el seu model d'IA obté una sorprenent precisió traduint textos accadis formals, ja siguin de tipus burocràtic (decrets reials) o de tipus religiós (presagis), ja que tots s'ajusten a certs patrons fixos. No obstant, es confon i crea traduccions sense sentit amb textos més literaris. Això pel que fa al contingut. Pel que fa a la forma, aconsegueix millors resultats en oracions curtes i de longitud mitjana.

Oleguer reflexiona en la sessió sobre l'essència humana, em posa l'exemple del robot de *L'home bicentenari*, a qui li resulta inassolible malgrat els intents d'imitació formal. *Es queda en allò superficial, concreta, i no ho interioritza. Quina és aquesta essència?*, li pregunto. *Les emocions*, em respon. El confronto a la implicació de les seves paraules: *Tu sempre em dius que erradicaries les emocions per imprevisibles i il·lògiques*. Accepta es-

portivament la contradicció i passa a un altre tema. Dies després, però, torna a la qüestió i aprofundeix en aquesta ambivalència: em parla de dues parts seves: *la maquinoide i la humana*.

Recupero unes paraules de **Jorge Luis Borges**. "Dues persones m'han fet la mateixa pregunta: per a què serveix la poesia? I jo els he dit: bé, per a què serveix la mort?, per a què serveix el sabor del cafè?, per a què serveix l'univers?, per a què serveix jo?, per a què servim? És ben estrany que es preguntin això, oi?".

Vaig trigar un cert temps a comprendre que, quan Oleguer em deia *I jo, què trec d'aturar-me a ajudar algú que cau al carrer?* no es tractava d'un mer exercici de fred egoisme, potser egocentrisme o la tan esmentada manca d'empatia. Em parlava d'una *inutilitat* descarnada i d'una *pèrdua de temps* enutjosa. Transitàvem per aquesta zona ignota en la qual el sentit deixa de ser concret i apel·la a llocs interns que més que conèixer, reconeixen. I que acaba, de vegades, representant un significatiu dolor en no poder contactar ni trobar aquest recurs que suposadament fa de necessària brúixola per no perdre's entre significats i emocions pròpies i discursos aliens. I, potser, jo em sentia una mica com Borges, sense saber contestar amb claredat el que per a mi era obvi.

Agraïm al fotògraf Sergio López que ens hagi permès encapçalar aquest nou número amb una obra seva i a María Elena Sammartino les seves paraules sempre interessants per a la Salutació. Així mateix, l'amabilitat d'Anne Alvarez en accedir a col·laborar, un cop més, amb nosaltres i a Teresa Ferret per la seva entrevista i encarregar-se de la gestió. També, reconeixem a les professionals i familiars que ens han aportat i compartit el seu saber i experiència: Àngels Morral, Mònica Recio, Anna Chiara Vighi, Pilar Crespo, Anna Legarra, Fanni Mateu i Gemma Vilanova. ●

Josep M^a Brun





– María Elena
Sammartino –

**Psicoanalista d'infants,
adolescents i adults.
Membre de Gradiva,
Associació d'Estudis
Psicoanalítics. Docent
en l'àmbit de la patologia
severa. Supervisora de
centres públics d'atenció
a la infància i
l'adolescència.
(Barcelona, Espanya)**

Salutació ¹

Saludo amb alegria i agraïment l'arribada d'un nou número de la Revista *eipea*, espai de trobada i reflexió sobre l'autisme, obert als diferents corrents de la psicoanàlisi i que no podria existir si no estigués sostinguda per l'esforç dels seus editors. Avui, els espais de trobada i intercanvi en psicoanàlisi són bastions defensors de la subjectivitat de l'ésser humà amenaçada tant des de l'àmbit social com des d'algunes línies d'intervenció en salut mental.

Dies enrere, em va entrevistar una antropòloga amb experiència en institucions d'atenció a la infància que fa un treball de camp per a la seva tesi doctoral. Ella investiga l'abordatge de l'autisme a Espanya i, en particular, la utilització de la psicoteràpia psicoanalítica en l'atenció pública als infants i joves dins l'espectre autista. Ja havia fet entrevistes en diversos territoris i considerava que possiblement era a Catalunya on es continuava mantenint un pensament psicoanalític per comprendre i abordar terapèuticament l'autisme. No obstant, el dia anterior havia entrevistat a la direcció d'una associació de pares d'infants autistes i li havia sorprès la vehemència amb què van afirmar que la psicoanàlisi està obsoleta científicament en la mesura que considera que hi ha un conflicte emocional en l'infant autista que requereix un treball terapèutic, en lloc de destinar els esforços a procurar-li instruments psicoeducatius.

Em vaig trobar fent mentalment un intent de recórrer els grans moments de la història recent de l'atenció als infants a Catalunya a partir del sorgiment dels Centres d'Higiene Mental i centres educatius d'orientació psicoanalítica a la dècada 70-80. Des de llavors, alguns dels grans focus d'ensenyament i atenció a la infància i la joventut havien canviat radicalment la seva perspectiva teòrica, rendint-se als corrents

imperants al món, captius de l'evidència científica. Però un nombre molt important d'espais públics d'atenció a la patologia greu infantil mantenien aquesta visió complexa, individualment i profundament humana que caracteritza la psicoanàlisi. Tot i les dificultats de la pràctica pública, molts professionals seguien sostenint una ètica pròpia del pensament psicoanalític: considerar que tot ésser és portador d'una història personal única que comporta i respon a l'especificitat de la seva vida psíquica.

Forces deshumanitzants que travessen el que és social al segle XXI lluiten també amb armes poderoses perquè la singularitat que escolta el psicoanalista amb tots els seus sentits, el seu saber i el seu inconscient, cedeixi pas a la ciència considerada *veritable* o s'adapti a criteris de rendiment econòmic. Potser aquesta evolució del món actual no és aliena a l'increment alarmanant d'infants i joves en línia autística, caracteritzats justament per dificultats en l'accés a la subjectivitat.

Com rescatar el subjecte entestat a subjugar la seva singularitat o desentendre's de l'existència de l'altre a través d'una repetició simètrica del mateix? Vet aquí una vinyeta del tractament d'un adolescent amb trets Asperger que permet pensar la importància de la trobada intersubjectiva entre el terapeuta i el pacient. Prové de l'article *El jove Asperger*, que encara no he publicat.

"L'Aleix no va acceptar mai cap joguina que no fossin trens o autobusos i avui, als seus 14 anys, els seus únics interessos veritables segueixen sent els trens i els autobusos. Els pares expliquen amb orgull que el jove té coneixements extraordinaris sobre aquests temes i que domina les marques i els models de tot el món. Coneix els horaris i les xarxes ferroviàries de la majoria de

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

les grans ciutats i a Barcelona pot calcular el moment en què es creuen dos metros a cada estació, la seva marca i antiguitat”.

A les nostres primeres trobades, “l’Aleix, va escenificar a l’HTP el buit subiectiu, la percepció perifèrica de l’altre i de si mateix, l’objecte desmantellat, sense interior, sense gest. En demanar-li que dibuixés una persona, primer va dibuixar dos palets en creu i un cercle a la part superior. Després, per la meua insistència, va ser capaç de dibuixar un contorn, només una silueta tremolosa i buida, sense cara ni continguts. La impossibilitat de prendre contacte amb l’interior es converteix en un fet en si, defensat com una convicció sobre la veritat: ‘allò d’endins no importa’, diu l’Aleix”. Ell mira la silueta dels edificis i no li interessen els detalls de la mateixa manera que “l’art és ridícul perquè no serveix per a res” i “les pel·lícules són només ficció”. Hi ha un *atac actiu al sentit* més enllà del fet; s’enfronta durament amb mi quan considero que un quadre, davant seu, podria generar alguna emoció: “és ridícul, allà no hi ha res més que una nena amb un cistell”, diu despectivament. El terror a la trobada amb les angoixes més arcaïques mou defenses mortíferes, es tracta de no sentir, de no percebre, d’esborrar-se com a subjecte.

No obstant això, el treball a les sessions, molt connectat a les seves vivències, mai assertiu, sempre potencial i obert, va donant els seus fruits amb el pas dels mesos i els anys. Es tracta d’acostar-se a poc a poc al món dels afectes, reconèixer vivències i emocions, anar ampliant el camp de la imaginació, gaudir i riure’ns amb les històries absurdes imaginades conjuntament, anar construint la seva història, sostenir-lo amb tendresa i ferma en els moments de caiguda en angoixes aniquiladores. La meua contratransferència va ser una de

les vies d’associació que va poder fer servir l’Aleix a mesura que va anar creixent la riquesa del seu món interior i la seva conseqüent capacitat de projectar.

Vet aquí un exemple del treball de lligam entre les àrees escindides, donant sentit i representació als orígens. Per comprendre la vinyeta, he d’explicar que l’Aleix sempre ha gaudit de fer llargs recorreguts amb autobús, anada i tornada fins a la parada final. Allà podia adormir-se tranquil quan no aconseguia agafar el son al seu llit.

“Quan tenia un any i mig, la seva mare era directora d’un centre per a infants petits. Ell hi anava també i no la veia. Però un dia van anar d’excursió i va veure la seva mare amb altres nens, va començar a cridar desaforadament demanant per la seva mare. Li van dir, llavors, que no podia anar amb ella i el van obligar a pujar a un altre autocar. Ell hipotetitza amb mi, enmig d’un clima emocionat, que potser va agafar l’autocar com a lloc preferit en lloc de la seva mare, desplaçant l’abraçada materna a l’amanyac del so de l’autobús. A continuació, ell estén la hipòtesi als seus tres mesos, quan el van enviar a la guarderia: ‘potser em vaig aïllar perquè em vaig acostumar a la solitud’, diu. Ell té molt gravades sensorialment totes les experiències lligades als mitjans de transport en lloc de les inscripcions sensorials de les trobades mare-nen”.

La trobada del pacient amb un terapeuta que s’ofereixi a ser usat, com diu Ch. Bollas recollint la intuïció de Winnicott², podrà generar experiències creadores que mitiguin l’angoixa, rellancin la pulsio de vida i permetin editar en alguna mesura allò no editat al origen de la vida psíquica d’aquests pacients que es destrueixen com a subjectes per evitar un terror no mitigat. ●

² Bollas, Ch. (1991). *La sombra del objeto*, pàg 254. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Entrevista a Anne Alvarez per Teresa Ferret¹

– Teresa Ferret –

**Psicòloga clínica.
Psicoanalista SEP-IPA.
(Tarragona, Espanya)**

– Anne Alvarez –

**PhD i MCP (Master of Arts
in Counselling Psychology).
Psicoterapeuta consultora de nens i
adolescents. (Londres, Regne Unit)**

Teresa Ferret En primer lloc, m'agradaria agrair-li la seva amabilitat per acompanyar-nos i tenir l'oportunitat de parlar d'infants, d'autisme, de psicoteràpia i de totes aquestes passions i qüestions que ens agraden.

Anne Alvarez M'ha encantat treballar amb tu i parlar amb tu tots aquests anys. Per tant, això és només una encantadora continuació d'aquest treball.

TF Deu anys.

AA Ja els fa? Ostres!

TF Vostè és una persona molt coneguda en el món de l'autisme. Però m'agradaria que fos vostè mateixa qui es presentés com li agradés. Sigui com a psicoterapeuta, com a persona que s'estima els infants, com li vingui de gust...

AA Com vaig arribar a aquest món d'alguna manera, suposo... Vaig créixer a Toronto, Canadà, i vaig estudiar psicologia a la Universitat de Toronto. Era un departament interessant perquè l'havia creat el cap del departament de filosofia uns anys abans perquè no s'oferia cap mena de formació en psicologia. La persona que va ser el cap del departament de filosofia era el pare d'Elizabeth Spillius, una coneguda analista internacional que va venir a Londres. Ella era més gran que jo i no la vaig conèixer allà a Toronto. El seu pare hi va fundar el departament de psicologia. I no va ser gaire conductista. Encara els interessava la psicologia



social; no la psicoanàlisi, però sí la psicologia social. Tot i que els nord-americans estaven canviant i la influència del conductisme, el conductisme skinnerià, anava creixent. Tanmateix, va ser gradual... no tothom era conductista. Així que vam haver d'aprendre estadística, però també vam haver d'aprendre, ja saps, una mica de teoria, teoria psicològica i amb uns professors molt bons. I allà hi havia un estudiant de postgrau anomenat Otto Weinger que estava interessat en l'autisme i que estava fent un estudi. Era un estudi molt inquietant on estaven deixant morir de fam grups de rates. Amb un dels grups, però, van ser més considerats i les van acaronar. A les altres, no. I les que van acaronar van viure més temps. Era un experiment molt brutal. Però ho feia amb la millor de les intencions perquè s'imaginava que potser si eres considerat i amable i tranquil·litzaves als infants autistes, els ajudaria amb el seu autisme. Bé, probablement no ajudava, però la seva passió pel tema era molt interessant. I va continuar... fins que va ingressar a la Marina, però no durant els anys que hi vaig estar. Per tant, no el vaig veure mai a Anglaterra, però el vaig anar a visitar molts anys després a Toronto, on ell era al Departament d'Educació. I fent molta psicoteràpia amb infants autistes. I al final, vaig venir a Anglaterra després d'estudiar el postgrau, un cop fet el màster, només per veure món i treballar com a psicòloga a Anglaterra. I va succeir que el psicòleg amb el qual treballava, anomenat Gra-

ham Foulds, estava involucrat en un estudi de pacients esquizofrènics paranoics i pacients depressius melancòlics. I estava intentant demostrar, i ho va fer, que els símptomes es podien distingir de la personalitat. Estava molt en contra d'un professional anomenat Hans Eysenck, que era un psiquiatre molt conductista que pensava que els pacients extravertits es tornaven paranoics i els introvertits es depressien. Però va resultar que no era tan senzill. Per tant, jo era ajudant d'investigació de Graham Foulds i un dia li vaig preguntar a un psicòleg que solia venir a les nostres conferències i nosaltres a les seves -treballava al següent hospital seguint la carretera i sovint anava al mateix tren- i que es deia Geoffrey Elkan... doncs, li vaig preguntar si hi havia alguna bibliografia que em pogués dir que em parlés sobre la personalitat d'aquests pacients perquè tot en psiquiatria tractava sobre els símptomes. I llavors no hi havia Internet! Va ser l'any 1960, 61... Jo estava buscant bibliografia a la University College Library de Londres, però no vaig trobar res sobre personalitat. Així que ell em va dir: *No, no llegeixis la literatura psiquiàtrica. Però podries llegir Melanie Klein sobre les diferents personalitats dels dos tipus de pacients.* I ho vaig fer. I vaig tenir la sort de no llegir els articles anteriors, que tractaven d'objectes parcials i penis i mugrons i coses que m'haurien fet tirar enrere. No era el que sabia, però eren alguns dels seus articles a finals dels anys 30 sobre la posició depressiva. Articles molt bonics. La seva dona s'havia format a la Tavistock en Psicoteràpia Infantil, així que vaig decidir quedar-me a Anglaterra i formar-me.

TF Una molt bona decisió.

AA Sí, em va agradar molt. Em va encantar i vaig continuar amb ell fins que vaig treballar a temps complet a la Tavistock. De fet, vam fer més recerca amb Graham Foulds i vam obtenir algu-

¹ Entrevista traduïda de l'anglès i editada per l'Equip *eipea*.



Una altra manera de veure l'autisme és que es tracta d'una condició d'auto-abandonament perquè si no et relaciones amb altres persones perds un munt de coses.

nes troballes molt interessants sobre que es podien diferenciar els símptomes i la personalitat.

TF I va entrar a la Clínica Tavistock i s'hi va quedar molts anys fent una gran feina. Ens podria explicar algunes qüestions sobre la història del Departament d'Autisme Infantil de la Tavistock? Perquè crec que seria molt important saber-ho.

AA D'acord... Vaig començar la meva formació el 1962 i la vaig acabar el 1965.

TF Fa 60 anys...

AA I la formació aleshores era una formació en anàlisi infantil. Vèiem als nostres pacients cinc vegades per setmana. Teníem un o dos pacients un cop per setmana, però els nostres tres casos de formació eren cinc vegades per setmana. No hi havia una valoració llarga. No hi havia realment una feina amb la família. El que fèiem era veure als pares una vegada i potser veure al nen una vegada també i començar l'endemà, cinc cops per setmana i veient als pares un cop per trimestre.

I molt sovint els pares o un dels pares o de vegades tots dos pares eren psicoanalistes. Per tant, ells mateixos estaven fent psicoanàlisi i jo pensava que tenia molta sort. Però el fet és que després vaig aprendre que, ja ho saps, si l'anàlisi va bé, no deuen parlar dels seus fills, sinó que deuen parlar d'ells mateixos. És possible que no estiguin aportant problemes de criança a la seva anàlisi i tampoc ho haurien de fer necessàriament. De totes maneres, la formació era una formació d'anàlisi infantil. I aleshores vaig deixar de treballar, no d'ensenyar. Vaig continuar ensenyant a la Tavistock, però durant uns 14 anys vaig deixar de formar part del personal clínic i vaig fer feina privada a casa perquè estava criant els meus propis fills. I després, a finals dels 80, vaig tornar a la plantilla i les coses havien canviat molt. En primer lloc, estaven fent assessoraments llargs i acurats, sobretot al taller d'autisme. Estaven avaluant la reacció dels pares davant el desenvolupament i els canvis dels infants, si els pares podien tolerar-ho i treballar amb els canvis i treballar amb el terapeuta i vincular-s'hi. Hi havia molt més lligam amb la xarxa. La meua col·lega Sue Reid, que havia fundat el Servei d'Autisme, sempre deia que es tractava d'un trastorn de la comunicació i que, per tant, la comunicació a la xarxa havia de ser excel·lent perquè els infants no ens podien dir què els hi passava. Aquest tipus de punts febles. De totes maneres, m'estic avançant una mica...

TF Però és molt interessant aquesta reflexió sobre el tema de la comunicació i la necessitat d'una bona comunicació amb els pares i a la xarxa...

AA Sí, és molt, molt important. I ella també pensava que la supervisió era important. De totes maneres, vaig tornar a la *Tavi*, crec que cap el 88 o alguna cosa així, i una de les nostres alumnes, que es deia Janet Bungener, ens va dir a la Sue i a mi que, tot i que no ens coneixíem

gairebé, estàvem dient coses molt semblants sobre com havíem de modificar la nostra tècnica amb aquests infants. L'anàlisi clàssica no era suficient. I així que finalment ens vam asseure amb la Janet i totes dues vam supervisar un cas seu i vam descobrir que estàvem dient coses molt semblants només que no ho haguéssim sabut si no ens ho hagués dit. I em van demanar que m'unís al taller d'autisme i que treballés amb la Sue per co-presidir-lo. I va ser un moment feliç i molt, molt interessant perquè és una clínica meravellosa. No escriu prou. Tots desitjaríem que escrigués més, però, com a mínim, vam fer el nostre llibre juntes sobre el Servei d'Autisme. Però l'altra cosa que he esmentat, què era diferent sobre els pares... Bé, primer de tot parlaré de la feina amb els pares perquè era molt més important per a la Tavistock quan vaig tornar, no només al Servei d'Autisme, sinó al departament d'infants i família en conjunt. No acollien un infant tret que els pares acceptessin anar-hi setmanalment, en aquells anys. Avui en dia, no sempre és setmanal, de vegades és més difícil d'organitzar. Però, certament, llavors era setmanal. La sensació era de que s'havia de treballar des dels dos extrems i no només això, sinó que també significava que les valoracions eren molt diferents. Hi havia avaluacions reals i al departament d'autisme, en ocasions, duraven molt de temps, fins i tot de vegades durant un any. Si la Sue o la Trudy Klauber o la Maria Rhode o la Biddy Youell, o la gent que hi era allà des de feia més temps, pensaven que la família no estava preparada per als tractaments paral·lels i necessitava ser vista com una família, continuaven durant molt de temps a l'espera de poder començar, ja saps, a reduir les projeccions o el que fos. Ja saps que un dels problemes, a la pràctica, en l'autisme és que els pares s'espanten tant pel diagnòstic que inhibeixen la seva fermesa i, per exemple, l'infant pot estar escampant excrements al bany sense que els diguin res. Però això no significa que l'infant necessiti fer-ho o que el seu autisme sigui el causant d'això. Pot ser que estigui desenvolupant un trastorn de conducta juntament amb l'autisme. I aquest trastorn de conducta s'ha de reconèixer i no



No s'adonen, no pensen que hi hagi res interessant, magnètic o poderosament valuós en altres persones. I és molt tràgic perquè afecta el seu aprenentatge. (...) És com una mena de depressió permanent. I sovint se'ls ha de mostrar de manera més activa que es poden estar perdent alguna cosa.

pensar, *oh, pobre nen, que és autista i no ho sap fer millor*. Per tant, hi ha molta feina que cal fer durant la valoració fins i tot abans que comenci el tractament. El que era interessant del treball de la Sue és que, fins i tot, feia entrar els germans perquè estava preocupada per l'efecte de

l'infant autista sobre la resta de la família. I és cert que aquests germans poden convertir-se en infants criats per haver de deixar pas sempre a l'infant amb trastorn.

TF Sí. Crec que és una qüestió important. Els germans i les germanes de l'in-

fant autista i el seu patiment. Crec que de vegades és molt difícil de captar aquest patiment.

AA Sí. Perquè no es queixen i estan molt callats.

TF També perquè no poden demostrar els seus sentiments de rivalitat i l'enveja, no hi ha lloc per a aquests sentiments.

AA Exactament. Sí. És així. No ho tenen permès. Tens tota la raó.

TF I crec que hi ha molta feina a fer amb les famílies.

AA Sí. Fins i tot ara a les clíniques dels CAMHS ², un cop els alumnes estan qualificats, si se'ls demana que avaluin un infant, el veuen tres vegades i potser als pares una vegada abans i una altra després. O poden veure la família plegada aquestes tres vegades, segons el cas. Però, certament, això és molt diferent de quan em vaig formar, quan només veiem a la família una vegada o als pares una vegada, no a tota la família, en aquella època. Per tant, és un gran canvi i és un canvi molt important. I això no ho sap tothom.

TF Crec que és molt interessant el que diu sobre les dificultats per entendre què és autisme i què podria ser una altra cosa amb un infant autista. De vegades, ho barregem tot.

AA Sí, totalment. I la gent té por de ser ferma amb l'infant. No vol dir que et tornis cruel o, ja saps, confrontant-nos massa perquè poden ser molt hipersensibles, com sabem. No obstant això, de vegades necessiten uns límits molt fermes.

TF Massa flexibilitat no funciona.

AA Certament.

TF Voldria preguntar-li en relació a que avui en dia, a Espanya per exemple, hi ha un sobrediagnòstic del trastorn de l'autisme. No sé si a Anglaterra passa el mateix. Què li sembla?

AA Crec que hi ha un sobrediagnòstic entre molts adults. Ja saps, persones que en el passat s'haurien anomenat més aviat esquizoïdes o TOC o tenint una depressió de llarga durada o alguna cosa així. I diria que el 98% dels infants dels que sento parlar durant la setmana des de les clíniques del CAMH tenen un diag-

nòstic d'autisme i TDAH, autisme i TDAH, autisme i TDAH. I, tanmateix, a la història hi ha una història de trauma. Però ningú no ho tradueix en el diagnòstic, que és que potser aquest infant pateix un TEA complex perquè va veure el seu pare assassinar la seva mare o hi va haver un dol terrible quan la seva mare estava embarassada d'ell i estava molt deprimida durant tot aquest període o el que sigui. I això no es té bé en compte i és allà a les notes. Veus el trauma. Pot ser que hi hagi diferents traumes, però tot i així el diagnòstic traumàtic no es dona i la psiquiatria adulta està força limitada en el nombre de diagnòstics que es poden donar perquè els matisos d'una personalitat queden fora del diagnòstic. Però amb els infants, hi ha tan poques categories diagnòstiques que encara és pitjor i és molt empobridor per poder pensar en la personalitat de l'infant... I anava a dir alguna cosa sobre la psicoteràpia, però potser això és una mica de salt.

TF No, no, està bé. Endavant.

AA La nostra manera de pensar-ho al Taller d'Autisme de la Tavistock era que estàvem treballant per reduir la influència de la patologia autista, els rituals repetitius o l'allunyament de la relació social. La manca de curiositat per les altres persones i pel món, realment. I, ja ho sabem, poden ser molt restringits en el seu enfocament. Però també estàvem vigilant molt de prop els signes febles, de vegades molt febles, d'una part no autista de la personalitat, la part que sí està interessada en les relacions. Tot i que no sempre ho mostren molt obertament i els pares s'ho poden perdre i l'escola s'ho pot perdre, sobretot si és una mica feble i no es mostra molt bé. I només et posaré un exemple d'un nen petit amb diagnòstic en aquell moment. Crec que tenia uns sis anys. Era Asperger. Va entrar i la mare, que venia amb ell per a l'avaluació, em va dir que només li interessava *Thomas The Tank Engine* ³. Res més. Així doncs, vaig posar una petita casa de nines i algunes joguines, cotxes i coses sobre una taula i uns quants cotxes i materials de dibuix en una altra taula. Van seure a la taula

de dibuix i ell va començar a dibuixar en *Thomas The Tank Engine*. Però vaig poder veure, que mentre dibuixava, mirava alguna cosa a la dreta. I llavors em vaig adonar que era un petit model de Range Rover. I la mare em deia, *ja veu, només li interessa en Thomas The Tank Engine*. I llavors vaig dir: *què estàs mirant?* I ell em contestar: *aquell cotxe*. I vaig dir: *sembla que t'interessa molt*. Llavors ell el va agafar i el va portar a la taula i va començar a jugar a aquest joc tan dramàtic de que protegia la casa i tota la gent de la casa estava segura perquè ell era allà conduint a prop. I la mare em va explicar que el pare del nen, el seu marit, era capità de la policia i conduïa un Range Rover. Per tant, sí que estava interessat en altres coses. No només li interessava, sinó que feia petites mirades de costat i la mare no se n'havia adonat. I jo tampoc em vaig adonar al principi. Vaig pensar: *Oh, sí, només està interessat en Thomas The Tank Engine*. Per tant, és molt important apropar-se i intentar amplificar aquesta part de la personalitat d'aquests infants sense ser massa intrusiu.

TF I tant!

AA Crec que aquesta és una de les raons per les quals dèiem que el tractament sí que ha d'estar basat en la psicoanàlisi, com en el passat, tenint en compte la relació i totes les defenses i aquest tipus de coses, però que també és important que estigui basat en el desenvolupament, ja que aquella part saludable que està una mica relacionada socialment pot ser molt més jove que l'edat cronològica de l'infant perquè no s'ha exercitat. No ha sigut viscuda i no sap què fer amb els infants de la llar d'infants. Potser no sap jugar i, per tant, aquesta falta de desenvolupament necessita atenció. És a dir, ha d'estar basat tant pel que fa al desenvolupament com psicoanalíticament. Però també s'ha de basar en la psicopatologia perquè, per exemple, molts rituals repetitius no són el mateix que defenses neuròtiques, que l'infant fa quan està ansiós. I, per tant, és molt fàcil per a les persones amb mentalitat psicoanalítica dir: *oh, només ho fa*

² CAMHS és l'acrònim per *Child and Adolescent Mental Health Services*, és a dir *Serveis de Salut Mental per Infants i Adolescents*.

³ Sèrie infantil britànica d'animació dels anys vuitanta del segle passat. *Thomas i els seus amics*, a la versió catalana.

perquè està ansiós. És una defensa. Però el fet és que també ho fa quan no està ansiós. S'ha convertit en un mal hàbit de la ment i, un cop s'ha convertit en això, necessita una resposta nostra diferent a tractar-ho només com una defensa contra alguna cosa. Hem d'entendre que l'infant s'ha quedat terriblement encallat i necessita ajuda per desallotjar aquest mal hàbit de la seva ment.

TF Sí, i això em fa pensar en la funció perversa de l'infant autista. Tot i que és molt difícil parlar d'això perquè de vegades pensem que l'infant autista només és autista. I aquest tema, el de la perversió, és molt difícil de pensar des dels psicoterapeutes.

AA Sí. Quan la Sue i jo vam escriure el nostre llibre sobre el nostre treball al Taller de la Tavistock, Trudy Klauber va parlar de comportaments perversos en relació a un noi d'uns 18 o 19 anys que es posava la mà al seu xandall de gimnàstica. Aquest pantalons només tenien una goma elàstica. Ell baixava la mà amb molta facilitat, no hi havia cinturó ni res i es masturbava durant la sessió o de vegades al carrer. La Trudy tenia permís per escriure sobre ell per al nostre llibre i va utilitzar la paraula perversió. I els pares es van sentir molt molestos. Com que era una mena d'excitació perversa, havíem de dir que de vegades el noi es quedava atrapat en un ritual no només perquè fos addicte i estigués atrapat, que de vegades era així, sinó que també havia esdevingut sobreexcitat. Per tant, pensant que no volíem utilitzar la paraula perversió, vam utilitzar l'expressió *excitació estranya* que, de vegades, és una mica més fàcil d'acceptar. Ens va costar una mica arribar-hi, però de totes maneres això és el que pensàvem. Per tant, només volia destacar que el que necessitem és pensar aquests rituals repetitius diferent de que siguin només una defensa neuròtica. De vegades, és només una defensa neuròtica, però altres vegades s'han afegit aquests altres processos i necessiten la nostra atenció. És la cronicitat de la condició i fins i tot un infant pot tenir una malaltia mental crònica.

TF I hem d'estar molt pendents d'això.

AA Temps enrere, al Canadà, vaig es-

tar treballant a un pavelló amb pacients esquizofrènics crònics amb una treballadora social i un psiquiatre encantadors que estaven rehabilitant aquesta gent gran. Es van adonar de que els pantalons sempre els hi anaven caient perquè ningú no els hi donava mai cinturó o tirants, no sabien quin dia era ni quin mes ni quin any era perquè no hi havia calendaris ni rellotges. Per tant, estaven fent coses molt bàsiques per despertar aquests vells i per abordar la cronicitat de la malaltia. D'alguna manera, en sé una mica sobre la cronicitat.

TF D'acord... Vaig a fer un petit canvi de tema. Voldria parlar sobre la dificultat de diagnosticar una síndrome autística, atès que hi ha moltes diferències entre els infants autistes. Em sembla un tema molt important sobre el què pensar, perquè, com vostè ha escrit, no és el mateix parlar d'infants retrets o d'infant no-atrets. Podria explicar una mica més aquesta distinció?

AA Sí, bé, crec que és una distinció útil perquè quan vam començar amb el tractament psicoanalític d'aquests infants, pensàvem que eren infants retrets, que es resistien al contacte. I alguns d'ells ho eren. Alguns d'ells són gairebé paranoics amb la gent, ja ho saps, i si t'acostes massa, t'allunyen i et fan fora i senten que estàs sent intrusiu. I és clar, avui en dia es pensa força que hi ha un subgrup que neix hipersensible, de vegades al tacte, de vegades al so, de vegades a la llum, de vegades a les tres coses. Són hipersensibles. Per tant, experimenten un cop suau com si hagués estat dur, com si estiguessis ficant-se al seu espai. I això s'ha de respectar. I aquesta és una diferència entre l'infant retret i l'infant no-atret que vaig descriure a Robbie, on em va semblar que acceptava el contacte una vegada que sabia que hi havia algú allà fora. I em va fer sentir que l'atracció no havia estat prou forta. I aquí és on la psicopatologia del nadó pot evocar coses equivocades en una mare. La mare pot pensar, *oh, tinc un nadó tan fàcil. No plora mai. Sembla que no necessita gaire. Dorm molt.* I pot ser que el nadó sigui massa bo per al seu propi bé. Però la mare no ho sap perquè és el seu primer

nadó, per exemple. Lorna Wing va parlar de subgrups. Va parlar dels infants passius que s'assemblen una mica més als meus tous no-atrets. Una mica més semblants. Tot i que, com va assenyalar Sue, hi ha un altre subgrup passiu que és molt resistent. Com els tancs. I després va parlar de l'evitador distant. O potser només fa servir la paraula distant i hem afegit la paraula evitativu de la categoria de fixers adjunts. I també són com els infants que va descriure Frances Tustin, els nens encapsulats. I va pensar que els infants encapsulats eren molt diferents dels nens ameboides. Per tant, hi ha algunes superposicions en aquestes categories. I, més endavant, Lorna Wing va pensar en una tercera categoria que va anomenar infants actius, però estranys. Els infants que no aconsegueixen calmar-se per si sols. De vegades són massa intrusius i de vegades massa llunyans. I de fet, després va dir que eren els que més tard es van anomenar Asperger. Així, doncs, al nostre llibre d'autisme, vam seguir aquesta idea de les tres categories, però vam assenyalar que hi ha subgrups dins dels subgrups. I sens dubte necessiten un tractament molt diferent del que havia treballat amb Robbie, el meu noi tou/flàccid, molt passiu, que era un noi no-atret, no un noi retret; que estava perdut, no que s'amagava. I que necessitava de mi una tècnica molt més activa que finalment vam anomenar reclamació, posant-lo en contacte d'una manera molt intensa. No d'una manera colateral, sinó d'una manera persuasiva. *Si us plau, parla'm. Vinga, mira'm. Vinga.* Les mares ho fan amb els nadons tot el temps. Però amb els altres infants, no has de ser massa intrusiu.

TF Has de mantenir una distància adequada... Un concepte molt interessant del que em va parlar.

AA I penso aquesta idea de mantenir una distància adequada en els vincles en relació a altres idees sobre la tècnica, com el treball dels italians sobre interpretacions saturades versus insaturades i trobar una manera de no ser massa intens pel que fa al que dius, una espècie d'anar vorejant els límits d'un problema i ser delicats, que és el que cal amb alguns d'aquests infants..



La psiquiatria adulta està força limitada en el nombre de diagnòstics que es poden donar perquè els matisos d'una personalitat queden fora del diagnòstic. Però amb els infants, hi ha tan poques categories diagnòstiques que encara és pitjor i és molt empobridor per poder pensar en la personalitat de l'infant.

TF Estar al seu nivell... Vostè és una mestra en això.

AA Paga la pena, paga la pena pensar-hi de totes maneres.

TF Crec que seria molt interessant que pugui explicar una mica aquest treball d'ajustament i com el pensa des de la tècnica.

AA Bé, ho intentaré. Casualment, fa poc he hagut d'escriure alguna cosa i he intentat resumir tot això, ho tinc al cap. Així que potser ho puc fer sense allargar-me massa. Bé, sens dubte amb en Robbie vaig tenir una experiència molt dramàtica. Després d'haver estat en tractament durant alguns anys, vaig haver de deixar de treballar per tenir un nadó. I, durant el mateix període, la seva mare va tenir també un nadó, el seu primer germà. I quan va tornar... havia anat millorant una mica abans d'aquest gran

descans de diversos mesos, però quan va tornar em va semblar en perill de mort psíquica. I vaig tornar a recordar aquells vells homes esquizofrènics crònics al Canadà. Vaig sentir que estava en perill de mort psíquica. I tenia al cap que era l'última sessió abans de les vacances d'estiu. En aquell moment, només el veia un cop al mes perquè acabava de tornar a la feina. I estava intentant explicar que aquell dia ens havíem d'acomiar: *Però ens veurem* -això va ser al juliol- *però ens tornarem a veure al setembre d'aquí a dos mesos*. I no el vaig poder copsar, no podia arribar a ell en absolut. I vaig entrar en pànic i, finalment, vaig posar la meua cara en la seva línia de visió i vaig dir el seu nom de manera molt dramàtica... *Robbie. Robbie*. I finalment, vaig arribar a ell i em va mirar molt, molt dolçament i amb molta tendresa em va dir *Hola*. Però amb

una gran sorpresa, com si fes deu anys que no em veia. Jo sentia com si ell hagués estat sota l'aigua o alguna cosa així. Era algú que havia sortit de l'aigua de la retirada o alguna cosa semblant. Estava molt perdut i, de sobte, va tornar a ser allà. Llavors em va escoltar i li vaig dir: *Avui ens hem d'acomiar, però ens tornarem a veure al setembre, que tomba, que gira...* I aleshores, l'endemà, va tenir una crisi completa i va sanglotar i va plorar a casa i els seus pares es van asseure al seu costat al seu llit. I els hi va explicar un trauma terrible que havia tingut als dos anys quan la seva mare havia estat traslladada d'urgència a l'hospital davant seu en una llitera. I llavors l'havien deixat amb uns desconeguts mentre ella es recuperava a l'hospital. Va ser un autèntic trauma el que havia tingut i que s'ajusta a un altre subgrup. He d'esmentar que Sue

Reid ha escrit sobre uns quants infants amb una predisposició autista però que encara no són autistes, que tenen un trauma i que aquest trauma els empeny cap a l'autisme. Aquest és un petit subgrup del qual va parlar. S'ajustava a això. Per descomptat, encara no l'havia conegut, això va ser molt abans que conegués la Sue. Durant anys vaig intentar pensar què va ser allò que vaig fer aquell dia quan vaig dir el seu nom i vaig posar la meua cara en la seva línia de visió i que allò no era neutralitat, la neutralitat clàssica. Ni tan sols era contenció, ni contenció via Bion ni contenció via Ester Bick. Aquí era una mica diferent. La de Bion tractava del calmar i la de Bick tractava de la *rêverie* i la transformació dins de l'animositat. En tot cas, tenen alguna cosa en comú, que s'enfronten a l'ansietat. Però jo no ho vaig fer això. Vaig fer una cosa molt activa. Em vaig inclinar cap endavant, el vaig cridar pel nom, vaig trobar el seu contacte visual, gairebé el vaig fer mirar-me. He passat anys donant-li voltes, literalment uns deu anys, i finalment vaig donar amb el concepte de recuperació. I crec que altres persones, almenys una analista nord-americana⁴, em va suggerir que també es podria anomenar una mena de vitalització. I així vaig començar a pensar en la diferència entre això i la interpretació explicativa més ordinària. I llavors em vaig adonar que molts nord-americans, en primer lloc els *annafreudians*, havien començat a pensar que s'havia de fer alguna cosa diferent amb aquest tipus d'infants. Estaven parlant d'infants borderline, però fins i tot alguns d'aquells borderline sobre els quals van escriure semblaven autistes. I deien que van tenir un debat al seu taller, el taller sobre borderline, sobre si calia modificar la tècnica i uns deien que sí i d'altres van dir que no calia modificar-la. I encara hi ha debats. Els meus amics kleinians pensen que no hauria de modificar la tècnica amb infants autistes, però aquests són els meus amics kleinians que no tracten l'autisme. I els que fan psicoteràpia amb infants sí que ho troben, com ho havia trobat Sue. I Frances Tustin va modificar la seva tècnica. I Greenspan, estava fent *floortime*

(teràpia de joc a terra), una cosa completament diferent, però segueix estant basat en la psicoanàlisi i en el desenvolupament. Aleshores, també vaig trobar al mateix temps que certs pacients límit no responien bé a les interpretacions clàssiques que implicaven projeccions de retorn. *Sents que avui estic molt enfadada i hostil amb tu, però crec que és la teua pròpia ira... o... em sento molt preocupada per tu, però sembla que no estàs gens preocupat, però crec que t'hauries de preocupar pel perill del... que si això, que si allò.* Això està bé amb molts pacients reflexius que tenen alguna funció del jo, però alguns d'aquests pacients borderline es van veure molt pertorbats i aclaparats per aquests comentaris. Recordo un jove assassí que realment va augmentar el seu instint assassí quan li van dir que se sentia assassí. Allà on necessitava ajuda era en veure que hi havia alguna cosa dolenta allà fora, que hi havia algú molt dolent allà fora que el feia enfadar molt, localitzant allò dolent a fora o contenint, com em va ensenyar Betty Joseph, tot dient *sents que he estat molt estúpida avui perquè no ho entenia*, i no: *estàs intentant posar en mi la teua ignorància perquè demà tens un examen.* Pot ser perquè demà tingui un examen, però això no vol dir que sigui capaç de processar el sentiment d'inferioritat i ell se sent millor si pot fer-me sentir inferior. Per tant, també em vaig capficar en això, durant deu anys més. Aquest era el tipus de coses sobre les quals escrivien altres persones. Aleshores vaig començar a pensar, en el meu últim llibre, de posar els tres nivells junts, el nivell explicatiu, el nivell descriptiu, on abordes només un pensament a la vegada... No dius *això és ràbia perquè tu també estaves enfadat ahir, que si naps que si cols...* Només t'has de referir a *Déu meu, avui estàs molest. Déu meu, avui estàs molt molest. O potser, és molt molest quan els trens no circulen a temps.* Així que són dos pensaments alhora, un pensament a la vegada, nivell descriptiu. I aleshores el nivell fonamental bàsic és el que jo anomeno recuperació i vitalització, on no hi ha rastre, no hi ha pensament, no hi ha significat i

cal crear el significat i fins i tot la sensació d'urgència de tornar a contactar. Algunes persones troben útil aquesta manera de pensar. Tècnicament, no només per ser elegant.

TF Sí, crec que aquesta manera de pensar és molt útil. No només per a l'autisme, sinó per a totes les persones, per a tots els pacients. Fins i tot per pacients neuròtics, crec que hi ha alguns estats mentals primitius que també necessiten aquest tipus d'enfocament.

AA Sí. Moltes gràcies per dir-ho, perquè no és tot un grup de diagnòstic. És l'estat d'ànim de l'infant el que pot canviar entre aquests tres nivells en qualsevol sessió. Moltes gràcies per subratllar-ho.

TF Sí. Penso que és molt important tenir-ho en compte i ensenyar-ho perquè, sinó, parcel·lem els pacients.

AA Sí. Fa 10 o 15 anys, vaig sentir que havíem de fer una investigació a la Tavistock sobre l'autisme i vaig anar a la nostra supervisora, Lucie Colvin, que hi era en aquell moment, i em va dir: *hauries de fer un estudi individual, amb un sol pacient, gravar-lo i mirar si pots mesurar els canvis després de la psicoteràpia, només un estudi de cas.* Així que ho vam fer. Tony Lee i jo. Ell era un investigador sobre autisme, després es va formar al Tavistock i va fer la nostra formació en psicoteràpia infantil. Ara és un clínic molt distingit. Ell i jo vam publicar el document. Vam mesurar el nombre de vegades que el nen em mirava, la durada de la seva mirada -era un nen amb un autisme sever-, el nivell d'intercanvi social i el nivell d'investiment emocional -va començar a mirar objectes també, no només als meus ulls-, finalment. Així que vam publicar aquest article que demostrava que es tractava d'avenços molt menors perquè estava molt aïllat. La seva expressivitat emocional a l'escala Vineland era de l'edat d'un mes i ja tenia tres anys quan ens va arribar, gairebé quatre. Era realment el nen autista més malalt i el més retardat que he vist mai. De totes maneres, ara estem acabant un segon estudi en el que ell i una altra companya, Vijé Franchi, i amb una mica d'ajuda de la meua part,

⁴ Lisa Director.

hem agafat els meus tres nivells i ho hem graduat en escales individuals i diferents tipus d'explicació, diferents tipus de reubicació i diferents tipus de vitalització. I la investigació demostra que durant els dos primers anys, com que aquest nen estava tan lluny, jo només estava fent la reclamació. *Ei, vinga, fes una ullada. Oh, vine aquí. Oh, deixa de fer-ho.* Els dos primers anys van ser sobretot això i demostra que va anar baixant i els dos anys posteriors vaig poder fer més ampliació i descripció... però mai vaig arribar a l'etapa explicativa. Hagués perdut la respiració perquè la seva capacitat d'atenció era tan petita com una puça. Però, saps?, el que m'agradaria fer, si vivim el temps suficient per fer un tercer estudi, és demostrar que la reclamació era més eficaç que l'altre i que hi havia una raó per la qual no estava fent el nivell dos: perquè no funcionava. Si no tens l'atenció del nen, no té sentit parlar-ne. Per tant, primer cal cridar l'atenció.

TF M'agradaria preguntar-li ara sobre infants abandonats, perquè crec que és molt important no descuidar-los; d'algun manera, no *abandonar-los* també mentalment.

AA Me n'alegro molt de que ho esmentis perquè crec que moltes d'aquestes referències a la vitalització poden ser aplicades realment a aquests infants abandonats. Una altra manera de veure l'autisme és que es tracta d'una condició d'auto-abandonament perquè si no et relaciones amb altres persones perds un munt de coses. I no només als infants autistes els hi passa. Als infants abandonats els hi passa perquè gairebé no saben com trobar altres persones. Si són a una habitació, no faran el que fa un nadó normal, que s'il·lumina de seguida quan veuen algú allà. Potser s'il·lumina de manera una mica ansiosa, però tanmateix s'il·lumina. És important que hi hagi una persona a l'habitació amb aquests infants abandonats. Són una mica com els infants autistes. No s'adonen, no pensen que hi hagi res interessant, magnètic o poderosament valuós en altres persones. I és molt tràgic perquè afecta el seu apre-

nentatge. No escolten els professors i poden ser molt escèptics sobre si hi ha alguna cosa interessant al món. És com una mena de depressió permanent. I sovint se'ls ha de mostrar de manera més activa que es poden estar perdent alguna cosa.

TF I això em fa pensar en el seu interès per l'objecte. No per l'objecte dolent o bo, sinó per l'objecte estúpid... M'agradaria que pogués explicar una mica més sobre això, perquè crec que aquesta part del vostre pensament no es coneix prou. I és molt, molt interessant.

AA Sí. Jo solia dialogar amb una dona que es deia Lisa Director. Ja l'he mencionat. Ella és la que va utilitzar la paraula vitalització. Ella és una analista nord-americana que treballa a Nova York i aproximadament un cop cada sis mesos m'enviava un correu electrònic dient-me: *Què vols dir realment amb un objecte intern?* I jo li deia i li deia. Finalment va editar una revista sencera, un número sencer de diàlegs psicoanalítics, fa uns tres o quatre anys. I em va dir: *T'agradaria escriure un article? Estic preparant un número sencer sobre objectes interns.* Així ho vaig fer⁵ i potser això la va satisfer. Però de totes maneres, només per dir que la majoria de la gent, especialment els psicoanalistes nord-americans, fins i tot si creuen que saben què entenem els britànics per objectes interns, quan parlen d'una persona, parlen d'un *self*. Així, per exemple, si una jove adolescent té un somni en el què intenta anar a una gran festa de ball i hi ha una dona a la porta venent entrades i la dona no vol que entri i la mira amb ulls acusadors i de retret que la fan sentir com una mala persona i no la deixa entrar al ball, els americans probablement dirien que és una part de tu que no vol que gaudeixis ni que siguis feliç. Ara, de vegades és una part del jo, però al meu parer està ple d'alteritat. És com si *crec que la meva mare o la meva àvia o alguna figura important en la meua vida no volia que anés als balls. Volia que em quedés a casa amb ella perquè estava deprimida*, o una cosa així. Si està ple d'alteritat, jo l'anomenaria objecte intern, no una part del self. I diria que *hi ha algú que*

no vol que gaudeixis o hi ha alguna figura o força que no vol que gaudeixis. Ells tendrien a pensar-ho com una part del self, mentre que jo pensaria que de vegades és una part del self, però tinc una visió que, crec, és més psicoanalítica britànica de que la ment és una mena de món interior i conté un self que té reaccions i subjectivitat i sentiments sobre les coses, però també conté representacions. Per exemple, estic intentant explicar-te això. Quan veig la teua cara, va dirigit a tu, per dir-ho així. I tu no ets jo. I, per tant, hi ha aquests objectes interns que habiten la nostra ment i hi són durant la major part de les nostres vides. Òbviament, es fan una mica més tènues a mesura que ens fem grans i ens fem més forts i sabem què pensem o sabem qui som, què ens agrada i aquestes coses, però mai estan absents. No sempre són persones. Hi ha aspectes de les persones. Pots mirar unes flors precioses i emocionar-te molt o, ja saps, diguem que estàs deprimat i després les mires... Per exemple, al meu veïnat. Som moltes vídues en aquest carrer on visc, tres en fila en cases seguides. I la dona de més a l'extrem va sortir de compres fa unes setmanes i, en tornar, em va dir: *em sentia tan deprimida quan he sortit... Però he anat a la plaça i hi tocava una banda molt maca. Estan tocant tota mena de música encantadora i cantant i m'ha animat molt.* Així que alguna cosa pot evocar i no és necessàriament una persona. La música evoca records del passat o canvia el teu estat d'ànim o t'enlaira, i això és bo per a tu, però no només t'ho estàs fent tu a tu mateixa. És una sensació d'alteritat del teu propi passat el que et dona aquest impuls.

TF Ens estem acostant a l'hora d'acabar i m'agradaria demanar-li si vol afegir alguna cosa que pensi que pot ser interessant per als psicoterapeutes, per als nous estudiants, per encoratjar-los amb la feina.

AA Potser podria dir alguna cosa sobre una qüestió que m'ha interessat més recentment i que són els objectes que no són necessàriament dolents. En psicoanàlisi, estudiem molts objectes

⁵ Anne Alvarez (2018). The Concept of the Internal Object: Some Defining Features. *Psychoanalytic Dialogues*, 28:1, pp. 25-34. DOI: 10.1080/10481885.2018.1411722

dolents i persecutoris com ara la dona que no deixava entrar a la noia a la festa o persones que tenen alguna cosa que manté a uns altres amb la idea de que són lletjos o que són estúpids. És una cosa força habitual, però normalment pensem en aquests objectes dolents i cruels. De tota manera, el que m'ha interessat més recentment, i això està una mica relacionat amb els infants abandonats, són els objectes que es consideren estúpids i poc interessants i que, de vegades, poden produir irritació. I pot ser que hi hagués un pare que era massa asfixiant i massa claustrofòbic, o pot ser que fos un nadó molt hipersensible que sentia el tacte com una cosa intrusiva en lloc de ser una cosa bona per ell. Em fa pensar en un pacient que vaig tenir i que el penso com a esquizoide, potser ho era, encara que ara se l'hauria anomenat Asperger i que va néixer amb un èczema terrible, que feia que ni tan sols el poguessin agafar de tant de dolor que li feia. Així que es va convertir en una persona molt replegada en si mateixa. Crec que va ser en part perquè no se'l podia ni abraçar, però tot i així també havies de ser molt curosa en el teu

apropament psicològic cap a ell, cosa que em va portar un temps d'entendre... M'han anat interessant els objectes estúpids i els objectes irritants que no són tan cruels i desagradables com els objectes crítics realment dolents o els que fan que la gent se senti lletja i sempre els fa sentir vergonya. Aquests són els objectes dolents. Però aquests objectes són més suaus, tot i que poden interferir en l'aprenentatge perquè l'objecte no es considera interessant i llavors el món no és interessant. Construeixes la teva actitud davant el món mitjançant la teva relació amb la gent quan ets un nadó i un nen petit i aquestes són les portes d'entrada a l'univers o de sortida de l'univers. I si no funcionen així... si la mare està molt deprimida o el pare és molt estricte o el que sigui i l'infant s'inhibeix molt... realment pot matar la curiositat.

TF Té a veure això amb la *K negativa* de Bion?

AA Crec que la paraula K és el desig de conèixer i el desig d'arribar a conèixer, sobretot el desig d'arribar a conèixer, va dir Bion. I no s'acaba mai. Tan bon punt saps una cosa, t'adones del que no saps. Tan bon punt aprens una cosa, t'adones

del que no saps o hauries d'adonar-te del que no saps. Per tant, és una cerca interminable de comprensió i això fa que el món sigui interessant i viu... Fins i tot quan les coses estan malament, quan és molt dolorós intentar entendre què passa en una família o en una corporació o organització o en un departament governamental o en un país. Com a mínim, és interessant.

TF Sí. I crec que aquesta curiositat és quelcom que està dins seu i que l'acompanya tota la vida.

AA Sí. Bé, espero que sí. Espero que es mantingui, d'alguna manera.

TF Moltes, moltes gràcies per la seva curiositat, pel seu pensament, per totes les seves idees, que són molt inspiradores per a mi i per a molts psicoterapeutes i persones que treballen amb autisme, amb infants. Li desitjo que pugui seguir escrivint molt.

AA Moltes gràcies. És un camp fascinant, com saps. I encara ens queda molt per aprendre sobre com fer-ho millor i com explicar-nos millor. Així que moltes gràcies per aquesta oportunitat. Encantada d'haver compartit aquest espai amb tu, Teresa. ●



Manifestacions corporals i angoixes arcaiques en l'autisme: comprensió i abordatge

– Àngels Morral Subirà¹ –

Psicomotricista i mestra d'educació especial especialitzada en la comprensió i l'abordatge de persones amb TEA i les seves famílies.

Centre de tractaments, formació i recerca Carrilet de Barcelona.

**Centre Cor de Calella.
(Barcelona, Espanya)**



Aquest article és el fruit d'anys de treball en la teràpia integrant aspectes de les teories psicodinàmiques sobre la comprensió de l'autisme (Tustin, 1987; Coromines, 1998; Viloca, 2003) i la Pràctica Psicomotriu Aucouturier (Aucouturier, 2004). En aquest camí, a poc a poc, he anat construint un abordatge de l'autisme des d'una comprensió psicodinàmica, prioritzant el cos com a pilar central de tot el procés terapèutic no tan sols en la intervenció, sinó també en la comprensió del funcionament autista.

Al llarg de la meua trajectòria professional (a la institució Carrilet de Barcelona i, posteriorment, en l'atenció privada) m'he anat especialitzant en una atenció centrada en el cos i el moviment.

Escriure m'ha ajudat a poder ordenar i integrar els meus coneixements amb la pràctica terapèutica. No ha estat un camí fàcil i en l'esforç he trobat finalment el plaer que retroalimenta el meu dia a dia.

Tal i com escriuria Eduardo Galeano (1940-2015):

"Quien escribe, teje. Texto proviene del latín 'textum' que significa tejido.

Con hilos de palabras vamos diciendo, con hilos de tiempo vamos viviendo.

Los textos son como nosotros: tejidos que andan²."

INTRODUCCIÓ

En aquest treball, reflexionaré sobre la importància del cos en la comprensió i l'abordatge de l'autisme. A través de l'experiència personal com a psicomotricista, la cerca bibliogràfica, l'anàlisi de casos i la supervisió, he pogut observar una sèrie de dificultats i de peculiaritats en la construcció de la corporalitat de l'infant amb autisme.

El cos de l'infant amb autisme no ha pogut lligar les funcions motrius amb les funcions de la vida psíquica. No hi ha una integració somatopsíquica i això dificulta la comunicació, la relació i l'accés al pensament.

En el seu lloc, apareixen una sèrie de manifestacions corporals i sensorials que l'infant externalitza (Coromines, 1989) en un seguit de maniobres autistes (Viloca, 2003). En aquest article, aprofundiré en algunes d'aquestes manifestacions corporals i sensorials i en com les podem observar i entendre com si fossin un llenguatge per poder afavorir-ne la seva representació.

MARCS DE REFERÈNCIA I LA SEVA RELACIÓ AMB L'AUTISME

En la comprensió psicodinàmica de l'autisme en concret, no hi ha una estructura primitiva, un Jo diferenciat de l'entorn i

l'infant viu de forma insuportable el procés de diferenciació i individuació. Per tal de mantenir-se en aquesta indiferenciació i no construcció d'un Jo diferenciat, recorre a una sèrie de maniobres autistes de caràcter sensorial que el mantenen en un estat d'indiferenciació (Morral i Pallàs, 2017).

La comprensió i la intervenció des d'una mirada psicodinàmica es basarà en la construcció d'un continent corporal i un pensament. En paraules de la doctora Júlia Coromines, passarà per *integrar la sensorialitat* i per poder accedir al món de la comunicació, de la relació, de la representació i del pensament.

La Pràctica Psicomotriu Aucouturier aprofundeix sobre la construcció de la unitat corporal de la formació de les primeres fantasies primàries d'interacció que sorgeixen en les primeres relacions compartides entre el nadó i la mare. Són una representació inconscient de l'acció: el desig i el plaer de recuperar el primer objecte "mare" i d'actuar sobre d'ell (Rota, 2017).

Aquestes fantasies són la llavor del posterior pensament simbòlic. Neixen de la pèrdua i la posterior compensació o elaboració en el procés de diferenciació i individuació.

Quan, per diferents i múltiples causes, l'infant no pot construir la unitat corporal ni les primeres fantasies d'interacció i transformació, apareixen el que Aucouturier va denominar angoixes arcaiques. Es tracta d'accions sensorials que impedeixen a l'infant poder-se diferenciar i poder transitar del món de la sensoriomotricitat (Piaget, 1979) al món del pensament simbòlic (Klein, 1989).

¹ amorralpsicomot@gmail.com.

² "Qui escriu, teixeix. Text prové del llatí "textum" que significa teixit/ Amb fils de paraules anem dient, amb fils de temps anem vivint/ Els textos són com nosaltres: teixits que caminen".

L'abordatge de l'autisme des de la psicomotricitat requereix d'un espai concret: la sala de psicomotricitat amb un material específic i uns espais diferenciats: els rituals d'entrada i sortida, l'espai per l'acció motriu espontània i un temps i un espai per la representació (Benincasa et al., 2018). Evidentment, en les sessions terapèutiques aquests temps han de ser flexibles i adequats a les necessitats de l'infant.

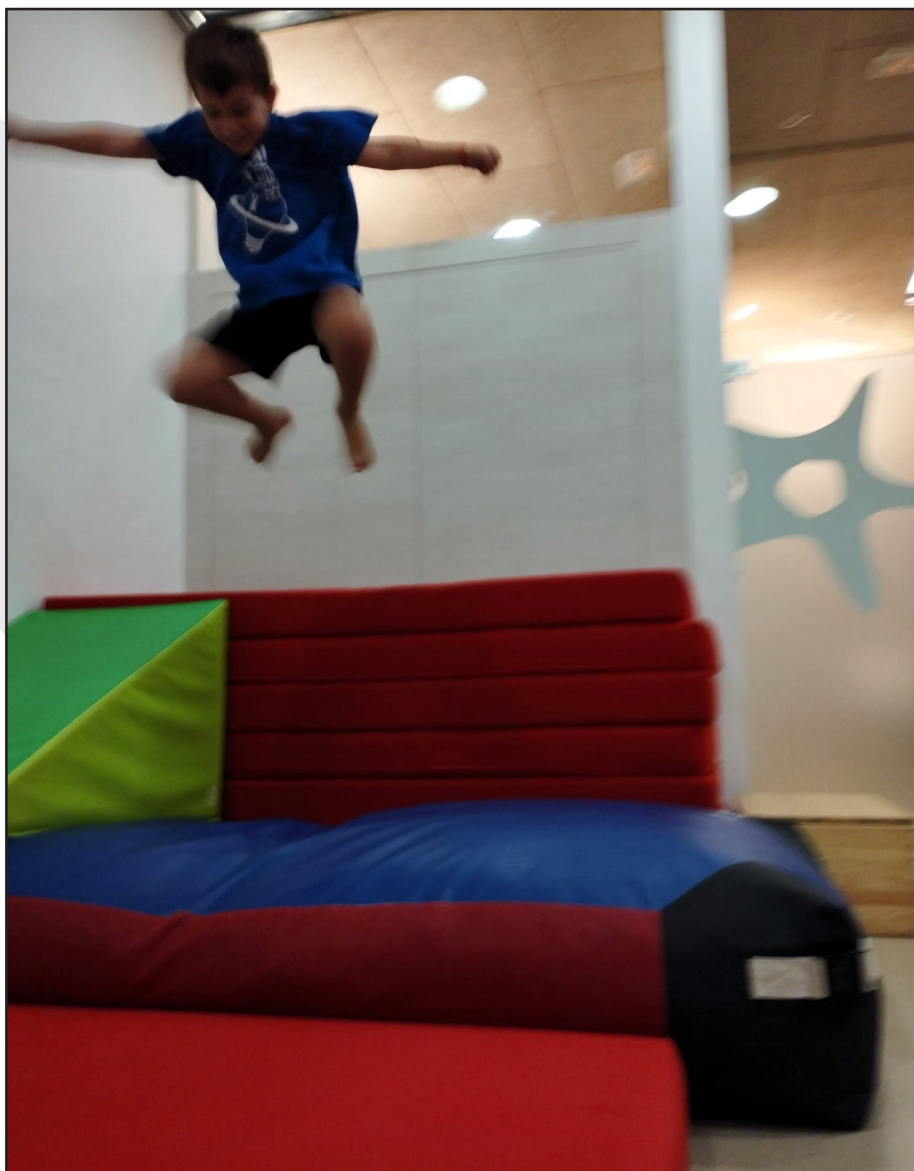
La psicomotricitat terapèutica amb infants amb autisme ha de poder connectar les experiències sensorials primàries, no integrades, ni connectades, ni mentalitzades a una emoció o vivència lligada a una relació significativa en l'aquí i en l'ara. Això possibilita la integració d'una unitat corporal diferenciada i investida i la integració d'una vivència relacional significativa i susceptible de ser pensada, que faciliti poder-se separar i poder tolerar sense massa angoixa el dolor de la pèrdua per existir com a subjecte o identitat diferenciada (Morral et al., 2014).

L'AUTISME I LA CORPORALITAT

El cos és l'ancoratge de les experiències sensorials, motores, afectives, emocionals, cognitives i del món de l'inconscient. És la intersecció entre les funcions de l'organisme i la vida psíquica i afectiva de la persona (Rota, 2015).

L'emoció viscuda dins d'un vincle afectiu significatiu lliga les funcions de l'organisme i la vida psíquica possibilitant la construcció d'un cos subjectivat i investit (Morral i Mestres, 2022). Per tant, és imprescindible la presència d'un altre significatiu (figura cuidadora) perquè puguem existir i construir-nos com a cos investit i subjectivat.

El desenvolupament psicomotor en els primers anys de vida, així com els primers jocs, acompanyen aquest procés de construcció, diferenciació o individuació. Per tant, el cos l'hem d'observar, pensar i entendre sempre des de dues òptiques: el cos en moviment i el cos en relació. Aquestes han d'estar íntimament lligades i integrades per tal que puguem parlar de corporalitat investida i subjectiva.



Teories d'investigadors i neurocientífics més actuals situen el cos ("cos investit", "el si mateix" i el "self nuclear") en el centre de la falla bàsica de l'autisme (Teitelbaum, 2012). Alguns autors defineixen l'autisme com una interrupció en el processament del si mateix i els altres, que afecta la capacitat de formar i coordinar representacions socials, amb efectes en cascada sobre la imitació, la comunicació i la interacció interpersonal (Marshall i Meltzoff, 2015). D'altres, ofereixen una explicació de l'autisme basada en una alteració de l'experiència cognitiva i del que ells anomenen el *self nuclear primitiu i la seva cohesió* (Delafield-Butt, Dunbar i Trevarthen, 2023).

Algunes teories psicodinàmiques entenen que els infants amb autisme viuen ancorats en la sensorialitat amb dificultats importants per establir relacions amb el seu entorn i per construir un cos investit i un pensament embrionari (Coromines, 1998), llavor del posterior accés al pensament i al món de les interaccions.

En l'autisme, el cos no està integrat, ni unificat, ni cohesionat i està construït a base de trossets no connectats entre si. No hi ha ni un espai físic viscut de forma tridimensional ni un espai mental. Tot és viscut en la sensorialitat en forma d'engrames (Aucouturier, 2004) o de clivellaments sensorials (Viloca, 1998) de difícil

significació i que formen un pensament sensorial. Aquest pensament sensorial es tradueix també en unes manifestacions corporals adherides també a la sensorialitat. Aquesta és la manera singular amb la qual l'infant amb autisme es comunica.

L'externalització (Coromines, 1998) és la maniobra per la qual l'infant amb autisme es comunica. Externalitzar és posar a fora (sense consciència de que hi ha un fora i un dins, un Jo i no Jo) la sensorialitat. Els infants amb autisme externalitzen les seves ansietats, és a dir, les actuen amb les seves accions, ja que no poden representar-les mentalment ni comunicar-les a través de manifestacions simbòliques com el joc, el dibuix o la comunicació verbal.

Els registres no verbals són bàsics en la comprensió i en l'abordatge dels TEA (Morral, 2022) perquè són una "comunicació més enllà de les paraules" (Maggna et al., 2022), una comunicació no verbal que requereix d'una comprensió profunda del funcionament autista i un

aprenentatge de la tècnica d'observació interactiva o participant. Per tant, l'externalització està molt lluny de la comunicació. És una maniobra pròpia dels funcionaments indiferenciats on no hi ha un Jo corporal integrat i diferenciat de l'entorn. En el seu lloc, apareix el que Bick (1968) denomina com "la segona pell": un sostenir-se en la sensorialitat, en la indiferenciació, en la no conscienciació i en la no integració corporal. La segona pell serien les manifestacions corporals de la sensorialitat com a conseqüència d'aquesta no construcció o construcció molt fragilitzada de la corporalitat.

Aucouturier parla i descriu les angoixes arcaïques com aquella sensorialitat externalitzada en el cos de forma no conscienciada. Són el resultat de la incapacitat per poder construir un Jo pell. L'angoixa davant de la separació i la pèrdua fa que els infants amb autisme s'aferin a aquestes accions sensorials.

En Marcos repetia constantment la mateixa acció. A casa (viven en un casa

de dues plantes), tirava constantment objectes per l'escala. Li fascinava veure com els diferents objectes baixaven rodolant fins que arribaven a terra i s'aturaven. En Marcos baixava simultàniament les escales al costat de l'objecte fent salts i rient. Aquesta era una acció que repetia de forma contínua. Més endavant, buscava llençar objectes des del segon pis fins a terra.

Els pares d'en Marcos no entenien aquest "joc" i en Marcos tampoc entenia perquè els seus pares s'enfadaven i cridaven. Amb aquesta acció de llençar objectes, en Marcos externalitzava una angoixa arcaïca de caiguda, una angoixa molt primitiva, no connectada a cap emoció ni representada.

Durant els mesos posteriors, la sala de psicomotricitat es va convertir en un espai privilegiat on poder començar a integrar tota aquesta sensorialitat. Primer, en el cos i, posteriorment, en la representació d'aquestes externalitzacions.



MANIFESTACIONS CORPORALS EN L'AUTISME:

Consciència corporal

Amb el diàleg tònic-afectiu (Ajuriague-rra, 1993) ple de contactes, somriures, gestos, balbucejos, olors, ritmes, pauses entre el nadó i la seva mare l'infant va construint diferents embolcalls sensorials i biològics que, a poc a poc, es van connectant a diferents emocions i es van transformant en embolcalls propis, singulars, subjectivats i de característiques més simbòliques. Amb aquest diàleg tònic i afectiu, el nadó i la mare s'intercanvien informació a través de la tensió-distensió muscular que expressa sensacions de plaer o de desplaer. Des del naixement i, a través de les relacions tòniques que estableixen el nadó i la seva mare, l'infant satisfà les pròpies necessitats i el desig d'actuar primer sobre el cos de la mare i, més endavant, sobre l'entorn (Camps, 2007).

El nadó neix amb les capacitats innates per a la integració sensorial (Klind i Jones, 2007) i la integració transmodal (Negri, 2018) amb un entorn suficientment bo que integri tant un *handing* com un *holding* adequat a les necessitats individuals de cada infant (Winnicott, 1998) permeten a l'infant anar-se cohesionant i diferenciant-se de l'entorn. És necessari que el cos en moviment i el cos en relació es vagin integrant amb la sintonia adequada i singular de cada diada mare-nadó (Stern, 1991). Totes les activitats, accions, jocs que l'infant desenvolupa en aquesta primera etapa van encaminats i afavoreixen que l'infant vagi transitant per tot aquest procés de diferenciació i individuació (Aberastury, 1999).

En un primer moment, el nadó necessita ser sostingut, regulat i que la persona cuidadora pugui ser receptacle de totes les ansietats més primàries, que són expressades des del món sensorial i des del cos i que alhora sigui capaç de poder-les transformar en sensacions que no desbordin al nadó i que, a poc a poc, les pugui anar diferenciant, integrant i connectant amb les diferents emocions.

Així, es van construint una corporalitat subjectiva i investida. Aquesta corporalitat és la que ens permet tenir una

consciència d'un mateix. Som conscients del nostre cos, dels seus límits, de la seva posició, de la seva organització en l'espai i en el temps.

En els infants amb autisme, hi ha un equipament de base fràgil (Ajuriague-rra, 1970) i tot aquest procés està clarament alterat.

Malgrat observem com es mouen, caminen... molts d'aquests infants no tenen una consciència del seu cos. És un cos-sensació, no un cos com espai físic tridimensional amb un dins (contingut) i un fora (continent) delimitat per la pell que actua com a frontera o barrera entre el contingut intern i el contingut extern. Un dins i un fora que es comuniquen i s'intercanvien informacions a través dels orificis del cos.

La percepció del seu cos és plana, com si només existís la superfície i la forma. En un primer moment, no hi ha consciència corporal i, per tant, no hi ha capacitat per poder representar el propi cos. L'entorn també és viscut de forma plana i bidimensional. No hi ha la vivència del cos com un espai amb les seves parts toves i les seves parts dures. La vivència del cos és des de la sensació. Un cos que es pot desregular fàcilment davant de qualsevol estímul.

Si observem el seu cos i la seva tonicitat, alguns tenen un to muscular rígid o fibrat, d'altres tenen un to baix o parts molt dures com he comentat abans i altres parts molt toves o hipotòniques. És sabuda la relació entre el to muscular i l'emoció. Aquestes parts dures de vegades són com objectes autistes interns (Tustin, 1990), que els ajuden a poder sostenir-se, per exemple davant de canvis o imprevistos. El to muscular baix pot estar relacionat amb la necessitat de fusió i indiferenciació dels infants amb autisme, serà doncs important observar i analitzar la qualitat i la finalitat o necessitat del contacte per poder entendre algunes de les conductes i manifestacions dels infants amb autisme.

L'entorn de la Mireia la descrivia com una nena molt carinyosa.

Arribava a les sessions a coll de la seva mare. No es podia dependre del seu cos. Amb la boca anava llepant els cabells llargs de la seva mare, buscava

la boca de la mare "per fer-li un petó", llepava la samarreta de la mare, etc. Buscava constantment, en aquest cos, diferents estímuls tots de l'ordre de la sensorialitat. Tenia una boca gran i salivava amb freqüència.

Poder treballar amb la mare a dins de la sala em va servir per poder, a poc a poc, anar ajudant a la mare poder diferenciar la relació i la sensorialitat. La mare va poder anar ajudant a la seva filla a ser més conscient de la diferenciació entre el cos de la mare i el cos de la Mireia. Aquesta diferenciació la vàrem anar fent paulatinament i observant molt atentes quan la Mireia s'angoixava amb aquesta. La mare i jo anàvem posant paraules en veu alta a tota aquesta observació del cos de la Mireia, del que enteníem i del que no enteníem de les seves manifestacions corporals. Quan la Mireia s'angoixava, picava amb un peu al terra ben fort mentre es mossegava la mà.

Durant moltes sessions, vàrem jugar al joc de "si la barqueta es tomba". La mare posava a la Mireia dins d'una tela gran i ella, des d'un extrem, i jo, des de l'altre, balancejàvem la tela mentre cantàvem la cançó de la barqueta. Un cop a terra, amb la Mireia a sobre de la tela, l'arrossegàvem per la sala. Quan la mare l'arrossegava, em deien a mi adéu i quan jo l'arrossegava li dèiem adéu a la mare. Amb el temps, i quan ja la Mireia podia estar dins de la sala més diferenciada del cos de la seva mare, vàrem poder construir tres espais diferents dins de la sala (la caseta de la Mireia, la caseta de la seva mare i la meua caseta). Ens posàvem a dins i sortíem a fora. Fèiem "finestres a la caseta" des d'on podíem saludar-nos o intercanviar objectes petits de la sala.

Finalment, al cap d'un temps treballant juntes, la mare es va poder començar a esperar a fora de la sala.

La Mireia havia pogut construir un cos diferenciat del cos de la seva mare. Malgrat que el seu funcionament seguia sent sensorial, havia pogut incorporar una certa estructura interna que li permetia poder interaccionar amb l'entorn i gaudir de les sessions de psicomotricitat.

La pell, la frontera entre el Jo i el no-Jo

La pell és un òrgan, un embolcall continu del nostre cos, que ens protegeix i regula, delimitant l'espai intern de l'extern i permet la discriminació de les sensacions externes i les enllaça amb el cervell per a la descodificació. És el primer òrgan sensorial que es desenvolupa en el fetus humà i l'únic sense el qual no és possible la vida (Montagu, 2016).

Anzieu (2007) descriu el concepte "Jo-pell", que desenvolupa la idea de que tota funció psíquica es pot recolzar en una funció corporal; en el cas del Jo-pell, en la pell, òrgan sensitiu. Defineix el Jo-pell com un Jo corporal i sensorial, més un Jo psíquic incipient o primari. El Jo-pell fa referència a un estadi de l'ésser humà previ a les paraules. Les funcions del Jo-pell serien la diferenciació entre el món intern i l'extern, la contenció, la unificació i cohesió i la regulació i integració de la sensorialitat. És a dir, filtra i fa de barrera protectora d'elements desorganitzadors. Aquest Jo-pell es construeix en relació a un cos en moviment i un cos en relació amb un altre cos en la intimitat del vincle afectiu. L'aparell psíquic madur necessita d'un Jo-pell que el sostingui i sobre el qual poder-se estructurar i construir.

El nadó, quan neix, està immers en uns embolcalls sensorials: fluxos sensorials, marques sensorials, informacions tàctils, auditives, visuals, cinestèsiques, que necessiten d'un entorn que li permeti poder integrar-les. Aquesta integració passarà per la transformació d'aquests embolcalls sensorials en embolcalls de sensacions connectades entre si i connectades també a diferents emocions.

En l'autisme, aquesta integració de les diferents sensacions (Negri, 2018) i la transformació d'aquests embolcalls sensorials o embolcalls sensorials i emocionals no s'ha pogut donar. La corporalitat subjectiva i investida requereix d'aquesta transformació. El diàleg tònic (Ajuria-guerra, 1993) és la base per a aquesta transformació. Les dificultats innates en la integració sensorial fan que sigui difícil poder integrar aquests embolcalls sensorials en embolcalls emocionals quedant-se, en moltes ocasions, fixat en diferents estímuls sensorials de forma

aïllada, utilitzant un sol canal sensorial (Meltzer, 1979).

Anzieu (2007) descriu diferents tipus d'embolcalls en l'autisme. Els situa de forma molt pròxima a la segona pell d'Ester Bick. Hi ha una pell externa, però manca una pell interna. No hi ha un Jo-pell. Són embolcalls que actuen com una cuirassa que impedeix el contacte amb l'altre i amb l'entorn. Anzieu defineix diferents tipus d'embolcalls: embolcall de l'agitació, pròpia del que ell denomina l'autisme secundari; embolcall de l'autisme primari anormal, un cos passiu, immòbil i tou i l'autisme secundari regressiu, on la característica principal segons l'autor serien les hipersensibilitats i la confusió constant entre el Jo i el no Jo. Podem trobar-nos amb embolcalls auditius, visuals, cinestèsics, olfactius, etc.

Els infants amb autisme no han pogut adquirir aquest Jo-pell ni les seves funcions. No hi ha la base sobre la qual poder edificar, construir un Jo madur. En el seu lloc desenvolupen una "segona pell" (Bick, 1968), una cuirassa, un embolcall sensorial, una sensació de cos que els dona una falsa contenció. La segona pell és externalitzada en les manifestacions corporals. Aquestes externalitzacions serien com a projeccions sense pell ni ment. Estarien encara lluny d'una representació del seu món intern en tenir nul·la connexió emocional.

En Jaume entra a la sala amb els dits dins de les orelles. M'adono que va tapant i destapant els forats de les orelles de forma ràpida. Per tant, tota la informació auditiva que li arriba de l'exterior és entretallada. Pel carrer, amb la mare, porta sempre un dispositiu electrònic a l'orella i va escoltant de forma repetitiva cançons infantils. Quan provo de reproduir les cançons del dispositiu, en Jaume es neguiteja i em tapa la meua boca amb la seva mà.

Finalment, amb un timbal gran de la sala vam començar a teixir una relació (mentre afavoria la funcionalitat de les dues mans) i va començar a aparèixer un Jo i un no Jo. D'altra banda, poder entendre que quan en Jaume em tapava la boca no era perquè no li agradés que jo cantés. Tot el contrari, l'emoció i el significat des-pertaven, en un principi, molta por.

El moviment, desregulació sensorial

En referència al moviment dels infants amb autisme i la qualitat d'aquest, he observat al llarg dels anys que molts dels infants amb autisme o bé es mouen amb un moviment constant, frenètic, sense sentit o, tot el contrari, amb una inhibició d'aquest mostrant un aïllament i tancament.

Alguns manifesten una necessitat constant de moviment. Busquen llençar el material a terra, barrejar-lo, necessiten moure els diferents materials per l'espai. El seu cos envaeix tot l'espai i també l'espai dels altres. No hi ha fronteres ni espai delimitats. Aquesta invasió de l'espai respon a una dificultat en la diferenciació entre el Jo i el no Jo. Tot és moviment. Sembla que no tinguin una pell capaç de diferenciar el seu cos de l'entorn. Qual-sevol estímul de l'exterior els pot desorganitzar i s'hi adhereixen de forma indiscriminada i indiferenciada. Aquesta no discriminació i el moviment constant els pot portar a situacions de perill. Poden ser infants amb cos àgil i amb molt poca consciència del perill com un símptoma de la no percepció del cos com un espai tridimensional (viuen en un món de sensacions bidimensional). Per tant, no hi ha un dins ni un fora. Es mouen constantment, però són incapaços de saltar, de passar la pilota a una altra persona, es poden fer cops de forma freqüent, poden trepitjar el material, passar per sobre de les persones, etc. És un moviment amb escassa intencionalitat. Un moviment de qualitat estereotipada i sensorial.

També hi ha infants que estan instal·lats en el no moviment, en la quietud. En aquest extrem, ens acostumem a trobar amb un cos amb un to muscular tou i amb poques capacitats motrius. Poden viure fixats en un estímul sensorial de caire visual o bé auditiu i de vegades poden buscar la fusió a través de la sensació del contacte amb l'altre o ser molt reactius a establir una relació corporal amb l'altre.

Per tant, la sala de psicomotricitat és un espai privilegiat per poder atendre aquestes dificultats en l'establiment d'un Jo-pell i d'uns embolcallaments que, a poc a poc, integrin les sensacions i el món autosensorial amb les diferents emocions que sorgeixen de la interrelació.



És propi dels estats autistes i indiferenciats que l'infant presenti una desregulació sensorial. La manca d'integració sensorial i d'un Jo-pell fan que l'infant visqui les sensacions internes i externes de forma confusa i indiscriminada i que no hi hagin les capacitats per poder filtrar, transformar i regular les diferents sensacions. Quan el significat emocional es fa evident, moltes vegades aquests infants es desregulen i desorganitzen.

En Martí és un infant amb un diagnòstic de Trastorn de l'Espectre Autista amb capacitats cognitives preservades. En cada sessió, quan arriba, s'amaga darrera dels coixins per fer-me un ensurt quan jo entro a la sala. De seguit, comença a moure's i saltar per tota la sala mentre organitza el que ell anomena el circuit perfecte. Un circuit circular que no té inici ni final. A mesura que va saltant i corrent, en Martí acostumava a caure, a fer-se cops al cos, a suar en excés, a mos-

segar-se la llengua i cantar tota l'estona una cançó que diu quelcom semblant a "el terra és foc".

Quan jo l'acompanyava amb les meves paraules, ell cridava "massa paraules, massa paraules", mentre tirava pilotes de forma indiscriminada per tota la sala. Acabava sempre desorganitzant-se i molt desregulat sensorialment, fet que ens portava a no poder tornar a contenir i organitzar totes les sensacions i les emocions i, quan aquest fet coincidia amb l'anunci del final de la sessió, en Martí explotava tirant-ho tot a terra. En el moment concret de sortir fora de la sala, en Martí es quedava fixat amb els llums de la sala i del passadís.

Amb el temps, les sessions varen canviar quan vaig entendre que en Martí no tenia una estructura somatopsíquica suficient que l'ajudés a regular i que les emocions que es despertaven a dins de la sala feien que la desregulació sensorial

acabés desorganitzant-lo de tal manera que l'única sortida que tenia de poder acabar la sessió i marxar era quedant fixat a un element sensorial (els llums).

Començàvem les sessions amb l'embolcall de la tela i amb uns moviments de balanceig que precedien a un massatge per tot el cos que consistia en resseguir tota la silueta i després tapar-lo amb una manta de pes.

Construíem el circuit entre els dos i jo era l'encarregada de posar un inici i un final. Durant tota la sessió, paràvem molta atenció a si en Martí tenia calor o fred (al principi, no diferenciava la calor del fred) i jo l'anava ajudant a posar-se o a treure's la roba segons si tenia els peus freds o calents, la cara vermella i calenta, si suava, etc.

Poder regular les sensacions el va ajudar a poder-se organitzar millor i també a disminuir el seu malestar. Començar la sessió amb un treball que afavoreixi la

consciència corporal i la pell afavoreix en alguns infants amb autisme una major regulació i contenció de les diferents sensacions i emocions.

Altres espais contenidors que ajuden a aquesta regulació sensorial i contenció poden ser espais com les caixes de fusta, els túnels i, en general, els espais tridimensionals dins de la sala on l'infant es pot posar a dins i se sent contingut i recollit. Aquests espais afavoreixen també la vivència d'un espai extern i un espai intern (un dins i un fora) ajudant a l'infant amb autisme a poder diferenciar un Jo i no-Jo. També ens possibilita poder introduir jocs relacionats amb "estem a prop" i "estem lluny", accions que ens permeten començar a jugar i elaborar el procés de diferenciació i la interrelació dins de la sala.

La caixa de fusta també ens permet introduir-hi elements tous i suaus en contraposició a la duresa de la fusta.

Ja per acabar aquest apartat, m'agradaria ressaltar la importància de tot el

que fa referència a la cura de la pell i dels cops o ferides.

La Ivet era una nena autista amb una història d'adopció al darrera que la feia doblement sensible en els moments d'entrada i de sortida de les sessions o en moments de canvi, de final, de pèrdues. Quan entrava a les sessions, es gratava de forma frenètica les cuixes i es feia petites pessigades que li acabaven deixant la pell marcada. Durant molt de temps, començàvem les sessions amb una música suau que ens acompanyava i curava aquestes ferides amb un massatge. En les sessions que era possible, mentre ella es mirava al mirall i reproduïa uns moviments amb el cos com si ballés, jo construïa un àlbum de fotografies de la seva vida. Ella em mirava a través del mirall de la sala.

Curar amb tiretes, amb massatges i també reparar els objectes o materials que es poden trencar en les sessions ajuda a aquests infants a poder invertir el seu propi cos i el seu entorn d'una manera tangible i concreta.

La mà i les extremitats superiors del cos

La mà i les extremitats superiors són la part del cos humà que utilitzem per interaccionar amb l'entorn i per comunicar-nos amb l'altre.

La mà en l'ésser humà és una part del cos plena de simbolisme, no és d'estranyar doncs el gest quasi innat de qualsevol mare amb el seu infant acabat de néixer de tocar, acaronar les mans del nadó, acariciar els dits. En l'observació de nadons, podem veure com realitzen una sèrie de moviments circulars i arrodonits amb les extremitats superiors i inferiors i com busquen amb la mà el contacte amb la cara de les figures cuidadores posant, per exemple, la mà dins la boca de la mare (Viloca, 1998). Amb aquest gest, el nadó comunica la tendència a la vinculació (Viloca, 2003) com una més de les competències innates del nou-nat (Brazelton i Cramer, 1993). El nounat mostra amb aquest gest una intencionalitat molt primària (Trevvarthen i Delafield-Butt, 2011), això és, un dirigir-se amb la mà cap enfora, cap a l'altre, cap a la relació i la vinculació.

S'han observat senyals d'alarma en relació al cos i al moviment dels nens/es amb autisme des del primer any de vida a través de l'anàlisi retrospectiva de vídeos domèstics d'infants posteriorment diagnosticats d'autisme (Purpura et al., 2017; Lim et al., 2021). És freqüent apreciar la dificultat que mostren per realitzar gestos amb una intencionalitat motriu: nadons en decúbit supí que presenten absència de moviment, postures amb les extremitats superiors i inferiors totalment obertes cap als costats i sense la presència de moviments generals i *fidgety* (moviments continus, circulars i tridimensionals de totes les extremitats). Hi ha tendència clara a la immobilitat en els seus cossos. Les seves postures són sovint asimètriques amb alguns dels reflexos primaris activats quan ja per edat cronològica tocava la seva desaparició o bé la seva transformació (Teitelbaum, 2012). Qualsevol postura asimètrica dificulta la integració del Jo corporal i també la funcionalitat i la intencionalitat de qualsevol moviment (Morral i Pallàs, 2017). Aquesta immobilitat de les seves extremitats propicia que els braços i les



mans del nadó no s'allarguin buscant, per exemple, tocar o posar la mà dins la pròpia boca o de la de la figura cuidadora. S'observen mans obertes o sempre tancades, mans que no busquen, no toquen, no agafen (Delafield-Butt, 2023).

Aquesta immobilitat i l'absència dels moviments circulars precedeix a la dificultat en la integració de la línia mitja del cos cap als quatre mesos d'edat, que ajuda a la integració del cos i a la noció d'un jo mateix unit.

En el desenvolupament psicomotor posterior de l'infant, podem observar com aquestes mans es van integrant dins la corporalitat. Abans del tercer mes, la mà és encara un objecte no diferenciat ni integrat. La maduració de l'infant i les experiències de l'entorn fan que al voltant dels 5-6 mesos aquesta mà es converteixi en un objecte diferenciat, integrat i, a través de la manipulació i l'experimentació amb plaer, l'infant descobreix el seu propi cos i el món que l'envolta i, a partir d'aquí, hi ha un procés que s'inicia amb la prensió, la pinça i la motricitat fina on la conjunció amb la visió va possibilitant que l'acció es vagi transformant cada cop més en una acció voluntària. Totes les funcions de la mà són un procés d'especialització propi i definitori de l'espècie humana i que té una representació a nivell cerebral important.

Tot el procés d'especialització de la mà està clarament alterat en l'autisme sever. També he observat com en infants amb funcionaments no tan severos també hi ha un ús peculiar de la mà.

Observo com l'Anna entra a la sala. Camina amb els braços enlairats al costat del cos. Les mans tancades. Em fa pensar en una nena petita quan comença a caminar sola. No toca res amb les mans i no mostra cap interès en cap objecte. Em poso a jugar davant seu amb una pilota gran. Pico la pilota suaument i acompanyo amb una cançó els cops de mà que faig a la pilota. Al cap d'una estona, la pilota toca la mà de l'Anna. L'Anna realitza un moviment de balanceig amb el seu cos i s'acosta la mà a la boca. Es bufa la mà. Al cap d'una estona, es posa saliva a la mà i l'empastifa a la pilota.

Poso paraules a les accions que fa l'Anna amb la mà i amb la saliva.

Acabem la sessió, recullo la pilota dient-li "amb una miqueta de saliva que l'Anna s'ha tret de la boca". Amb el mirall davant, dic "ens mirem la boca, les dents, la llengua, la saliva i les mans". L'Anna llepa el mirall i s'aparta. Realitza l'acció varies vegades. Al final, intento que amb les dues mans toqui el mirall i després les tregui. Li parlo mentre li mostro que l'Anna té una boca i dues mans.

Les mans tancades, la no integració en la línia mitja, el bufar-se la mà i el posar saliva a la pilota són maniobres estereotipades que tenen la funció o bé d'anul·lar el significat o bé, com veurem en el següent exemple, trencar el significat.

A en Max li agrada manipular la plastilina. Té una caixa amb plastilina i en cada sessió li proposo jugar i compartir-la. Li agrada olorar la plastilina i fer formes geomètriques. En Max diu "rodona" i fa una rodona, "triangle" i fa un triangle. I així en cada sessió mentre va posant les figures en fila una al costat de l'altra a sobre de la taula. Quan es l'hora de recollir, no vol guardar les seves produccions i a poc a poc va agafant cada figura i l'esmicola a trossets que després va enganxant per tota la taula.

En moltes ocasions, he observat com infants amb autisme realitzen moviments complicats i de certa precisió amb

la mà (manierismes, estereotípies), però en canvi són incapaços de realitzar altres moviments com agafar, deixar anar un objecte, donar la mà, dir adéu.

Les estereotípies manuals (manierismes) serveixen a l'infant amb autisme per anul·lar el contacte amb l'exterior o també per anul·lar el significat, és a dir, desproveir l'experiència de significat (Subirana, 1983).

Afavorir dins la sala de psicomotricitat una observació curosa de com l'infant utilitza les mans i com les té integrades en el propi cos és essencial per entendre aquests infants. Treballant amb la totalitat corporal és necessari poder comprendre i atendre la funcionalitat de la mà en cada infant amb autisme i poder afavorir vivències diverses de funcionalitat lligades a les diferents emocions i a la relació.

Les extremitats inferiors

Les extremitats inferiors són la part del nostre cos que ens sosté en la verticalitat, que ens aguanta. Que ens connecta amb el terra.

L'evolució i la maduració durant els primers dos anys de vida porten el nou-nat a poder transitar el procés de desprendre's de la unitat dual o la díada mare-nadó a partir de l'evolució que va des del reconeixement i integració dels peus en la seva pròpia corporalitat fins



a tots els moviments actius de desplaçament com el volteig, els arrossegaments, el gateig o el pas de l'horitzontalitat a la verticalitat (Calméls, 2009).

Amb aquests desplaçaments actius, l'infant escenifica en el terreny de la realitat el procés de diferenciació i individuació i la separació.

Alguns infants amb autisme caminen de puntetes i això comporta acabar amb uns bessons durs i contracturats. La sensació de duresa interna com a conseqüència de la contracció muscular interna pot acabar sent gairebé com una sensació de duresa que necessiten repetir per poder-se sentir sostinguts en la verticalitat. Caminar de puntetes també representa una dificultat de connexió, d'ancoratge en un terra ferm i consistent. Un cos sostingut a les puntetes acaba sent un cos en un constant desequilibri que troba el seu suport a les zones dures del cos.

D'altres, arrossequen els peus pel terra com si tinguessin dificultats per poder-se separar físicament del terra. Moltes vegades, el procés de pas de l'horitzontalitat a la verticalitat en l'autisme està alterat. Potser no és tant en el dèficit, sinó en la qualitat d'aquestes conductes.

*Els pares de l'Alex m'expliquen que el seu fill va gatejar durant molt de temps. Gatejava de forma àgil i ràpida, s'enfilava per tot arreu. La mare m'explica que havien d'estar molt atents ja que l'Alex gatejava i, sense parar ni mirar mai enre-
re, podia marxar massa lluny dels pares. Si el cridaven, no es girava ni s'aturava.*

Dedicar un temps al treball de la corporalitat a terra ajuda al treball de la unitat corporal diferenciada i també a la significació i diferenciació dels peus i de les mans. En alguns infants amb autisme he observat com poden utilitzar els peus com si fossin mans igual que també he observat la confusió entre la mà i la boca (poden agafar objectes amb les dents com si no tinguessin mans).

Són igualment importants els massatges a la planta del peu, els estiraments suaus de les cadenes musculars posteriors per tal de poder vivenciar sensacions corporals diferents que els ajudin a integrar i unificar la totalitat corporal.

Les angoixes arcaiques en l'autisme

Les angoixes arcaiques en l'autisme, descrites per Aucouturier l'any 2004, estan relacionades amb les dificultats per poder connectar les primeres sensacions a les emocions i fruit de la impossibilitat de construir un continent corporal, una uni-

tat corporal on poder ancorar les primeres sensacions i connectar-les a les primeres emocions i a la relació significativa.

L'autor defineix les següents angoixes arcaiques: angoixes de caiguda, de fragmentació, de liquació, d'arrencament, d'explosió i d'amputació.



Els infants amb autisme repeteixen de forma estereotipada i sense conscienciació aquestes angoixes com les angoixes primàries. Busquen sensacions de caiguda constants amb el seu cos o dels objectes o materials, estan atrapats en sensacions que els proporciona el moviment constant o estan congelats i paralitzats. Alguns estan fascinats i aterrits alhora pels forats, pels materials com l'aigua, les baves, els materials líquids, la sorra, etc.; d'altres, senten un terror catastròfic pels canvis com si haguessin de perdre una part del seu propi cos i d'altres externalitzen amb el seu cos una sensació constant de desorganització i ansietat molt elevada que fa que el terapeuta tingui una ressonància constant de perill, d'explosió, de catàstrofe.

Ja hem vist anteriorment el cas del Jaume i la seva fascinació i necessitat constant de buscar la sensació de caiguda.

Dins la sala és important poder donar un marc a totes aquestes manifestacions. Hem de transmetre a l'infant amb autisme que per nosaltres és important allò que ell fa.

En un primer moment, serà la nostra presència la que sostindrà i donarà significat a l'acció de l'infant. Serà important posar paraules a l'acció concreta i a les diferents sensacions que es produeixen en aquesta acció. Posteriorment, aquestes sensacions s'hauran d'anar connectant a les diferents emocions. L'esquema psicopedagògic de la doctora Coromines ens pot ajudar per tal d'iniciar el procés de representació d'aquestes angoixes (Coromines, 1998).

Com a terapeutes i psicomotricistes haurem de sostenir físicament i psicològica tota aquesta producció sensorial de l'infant sense caure en la desmotivació, l'avorriment o la manca d'interès. En la majoria de casos, he pogut observar com en un segon moment l'infant amb autisme pot anar tolerant la presència de l'altre sense angoixar-se en excés i això permet iniciar un recorregut conjunt. Es tractaria d'accedir al seu món sensorial i poder iniciar una relació que parteix d'aquesta sensorialitat i de la seva manifestació.

Serà important poder anar representat a través d'altres materials tota aquesta sensorialitat. A vegades, aquesta representació passa per tenir una caixa on poder guardar, per exemple, els trossets de plastilina, construir amb fustes un recipient on caurà la pilota, jugar amb les diferents sensacions de caiguda amb altres materials de la sala. Vivenciar amb el propi cos totes aquestes sensacions, jugar a construir i destruir, ajudar a aquells infants que estan molt envaïts per angoixes de fragmentació a poder donar una continuïtat al seu cos i també a les seves manifestacions dins la sala. Quan hi ha molta necessitat de treure materials, de barrejar-los, de perdre's en l'espai, cal afavorir el treball des dels diferents espais dins la sala i, quan l'infant necessita poder expressar les angoixes que estan relacionades amb l'explosió, caldrà poder permetre de forma continguda que tota aquesta sensorialitat pugui anar-se representant de forma conjunta.

En Francisco era un infant de sis anys d'edat. A l'escola ordinària estaven contents amb el seu assoliment dels aprenentatges, però em van expressar la seva angoixa ja que observaven que es desorganitzava molt en els patis i en els espais no tan estructurats. Entrava en una confusió realitat-fantasia i començava a "jugar" als terratrèmols i als huracans. Ell sol anava fent voltes pel pati cada cop amb més rapidesa i s'enfilava als marges del pati i es tirava a terra. S'anava excitant i normalment acabava molt nerviós, esgotat, desregulat i molt espantat.

La sala de psicomotricitat oferia al Francisco la possibilitat de tenir un espai contingut on podia expressar i manifestar totes aquestes angoixes. Amb les teles grans fèiem com si fos un huracà i amb els coixins construïem elevats gratacels que, quan apareixia un terratrèmol, queien a terra. Aquella activitat solitària, repetitiva es va convertir en una activitat compartida on primer construïem una ciutat i, després, amb diferents materials, representaven l'huracà, el terratrèmol, el volcà, etc. A poc a poc, aquella angoixa relacionada amb l'explosió, la fragmentació i la falta de límits es va anar convertint en una activitat sensorial connectada a l'emoció compartida i que, posteriorment, podia ser recordada i pensada. Amb aquest infant en concret, més endavant, es va poder anar fent un treball de posar paraules a les pors.

CONCLUSIONS

En aquest article, he pretès desenvolupar un abordatge de l'autisme des de la psicomotricitat integrant algunes de les teories psicodinàmiques clàssiques sobre la comprensió de l'autisme i la Pràctica Psicomotriu Aucouturier.

L'infant amb autisme no ha pogut construir un cos investit. En el seu lloc, apareixen diferents manifestacions corporals i angoixes arcaïques que s'expressen a través de l'externalització i la segona pell. Aquestes manifestacions corporals no permeten la construcció d'una corporalitat integrada i subjectivada.



La nostra intervenció com a psicomotricistes i terapeutes parteix de la integració de la sensorialitat construint un cos unificat i investit i iniciant el camí de la representació i la conscienciació de la sensorialitat i de les angoixes arcaïques. ●

BIBLIOGRAFIA

- Aberastury, A. (1979).** *El niño y sus juegos*. Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Ajuriaguerra, J. de (1970).** *Manual de psiquiatría Infantil*. Barcelona: Toray-Masson.
- Ajuriaguerra, J. de (1993).** Ontogénesis de la postura. Yo y el otro, Psicomotricidad. *Revista de estudios y experiencias*, 45, pp. 19-20.
- Anzieu, D. (2007).** *El Yo piel*. Madrid: Editorial Biblioteca nueva.
- Aucouturier, B. (2004).** *Los fantasmas de la acción y la práctica psicomotriz*. Barcelona: Graó.
- Benincasa, G., Acebo, R., Luna, A. Masabeu, E. i Morales, P. (coord.) (2018).** *Terapia Psicomotriz: reconstruyendo una historia*. Barcelona: Octaedro.
- Bick, E. (1968).** L'experiència de la pell en les relacions d'objecte primerenques. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, X/1-2, p. 77-81.
- Brazelton, T. i Cramer, B. (1993).** *La relación más temprana*. Barcelona: Paidós.
- Calméls, D. (2009).** *Del sostén a la transgresión*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Calméls, D. (2009).** *Infancias del cuerpo*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Camps, C. (2007).** El diàleg tònic y la construcció de la identitat personal. *Revista Iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, 25(7), pp. 5-30.
- Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet (Alcácer, B., Farrés, N., González, S., Mes- tres, M., Monreal, N., Morral, A. i Sánchez, E.) (2013).** *Comprensión y abordaje educativo y terapéutico del TEA*. Barcelona: Horsori.
- Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet (González, S., Monreal, N., Morral, A., Recio, M., Vaimberg, T. i Viloca, L. (2014).** El tratamiento de niños con Trastorno del Espectro Autista. Aportación multidisciplinar. *Temas de psicoanálisis*, 7.
- Coromines, J. (1998).** *Psicopatología arcaica y desarrollo: ensayo psicoanalítico*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Delafield-Butt, J., Dunbar, P. i Trevarthen, C. (2023).** Alteraciones del self nuclear en el autismo y su cuidado. *Aperturas psicoanalíticas*, 73(5), pp. 1-32.
- Delafield-Butt, J., Busquets, L., Mestres, M., Miralbell, J. i Morral, À. (2023).** La Intencionalidad de los niños como Origen del Significado Compartido. *Revista de psicopatología del niño y del adolescente*. Pendiente de publicación.
- González, S., Monreal, N., Morral, A., Recio, M., Vaimberg, T. i Viloca, L. (2014).** El tratamiento de niños con Trastorno del Espectro Autista. Aportación multidisciplinar del Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet. *Temas de psicoanálisis*, 7, Enero.
- Klein, M. (1989).** La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo. *Obras completas, I*, pp. 224-237. Barcelona: Paidós. (Edición original, 1930).
- Lim, Y. H., Licari, M., Spittle, A. J., Watkins, R. E., Zwicker, J. G., Downs, J. i Finlay-Jones, A. (2021).** Early Motor Function of Children With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Pediatrics*, 147(2)
- Magagna, J., Saba Veile, M. i Tizón, J. (2022).** *El Niño en silencio. La comunicación más allá de las palabras*. Barcelona: Herder.
- Marshall, P. J. i Meltzoff, A. N. (2015).** Body maps in the infant brain. *Trends in cognitive science*, 19(9).
- Meltzer, D. (1979).** *Exploración del autismo*. Barcelona: Paidós.
- Mestres, M. i Morral, À. (2022).** Terapia psicomotriz con un niño con TEA "de la autosensorialidad a la unidad corporal". *Revista Chilena de Psicomotricidad*, 6, pp. 8-13.
- Montagu, A. (2004).** *El Tacto. La importancia de la piel en la relaciones humanas*. Barcelona: Paidós.
- Morral, À. (2016).** El cuerpo del niño con TEA. Algunas ideas sobre la comprensión y el abordaje. *Revista EntreLíneas*, 38, pp. 23-30.
- Morral, À. i Pallás, F. (2017).** Padovan desde una experiencia relacional: una experiencia con niños pequeños con TEA. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y técnicas corporales*, 42, pp. 163-175.
- Morral, À. (2022).** Los registros no verbales en el TEA. Una forma de comunicar. *Cuadernos de Psicomotricidad*, 54, 4ª época, pp. 22-37.
- Morral, À. (2023).** La Terapia Psicomotriz en los Trastornos del Espectro Autista. *Revista de Psicoterapia*, 34(125), pp. 79-90. Recuperat de: <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i125.37822>
- Negri, R. (2018).** El significat dels signes d'alarma en el bebè. *Revista eipea*, 5. Recuperat de: www.eipea.cat.
- Purpura, G., Costanzo, V., Chericoni N., Puopolo, M., Scattoni, M. L., Muratori, F. i Apicella, F. (2017).** Bilateral Patterns of Repetitive Movements in 6- to 12-Month-Old Infants with Autism Spectrum Disorders. *Front. Psychol.* 8:1168.
- Rota, J. (2015).** *La intervención psicomotriz: de la práctica al concepto*. Barcelona: Octaedro, Colección recursos.

Rota, J. (2017). Los fantasmas de acción. *Revista EntreLíneas*, 39.

Stern, D. N. (1991). *El mundo interpersonal del infante*. Barcelona: Paidós.

Subirana, V. (1983). *Algunos aspectos dinámicos para la comprensión del autismo*. En Planteamiento actual de las psicosis. III Symposium internacional. Centro Neuropsiquiátrico Sagrado Corazón. Martorell, Barcelona.

Teitelbaum, P. (2012). *¿Tiene autismo su bebé? Cómo detectar las primeras señales de autismo en los niños*. Buenos Aires: Ediciones Obelisco.

Trevarthen, C. i Delafield-Butt, J. (2011). Autism as a developmental disorder in intentional movement and affective engagement. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 7, pp. 1-16.

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

Tustin, F. (1990). *El cascarón protector en niños y adultos*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

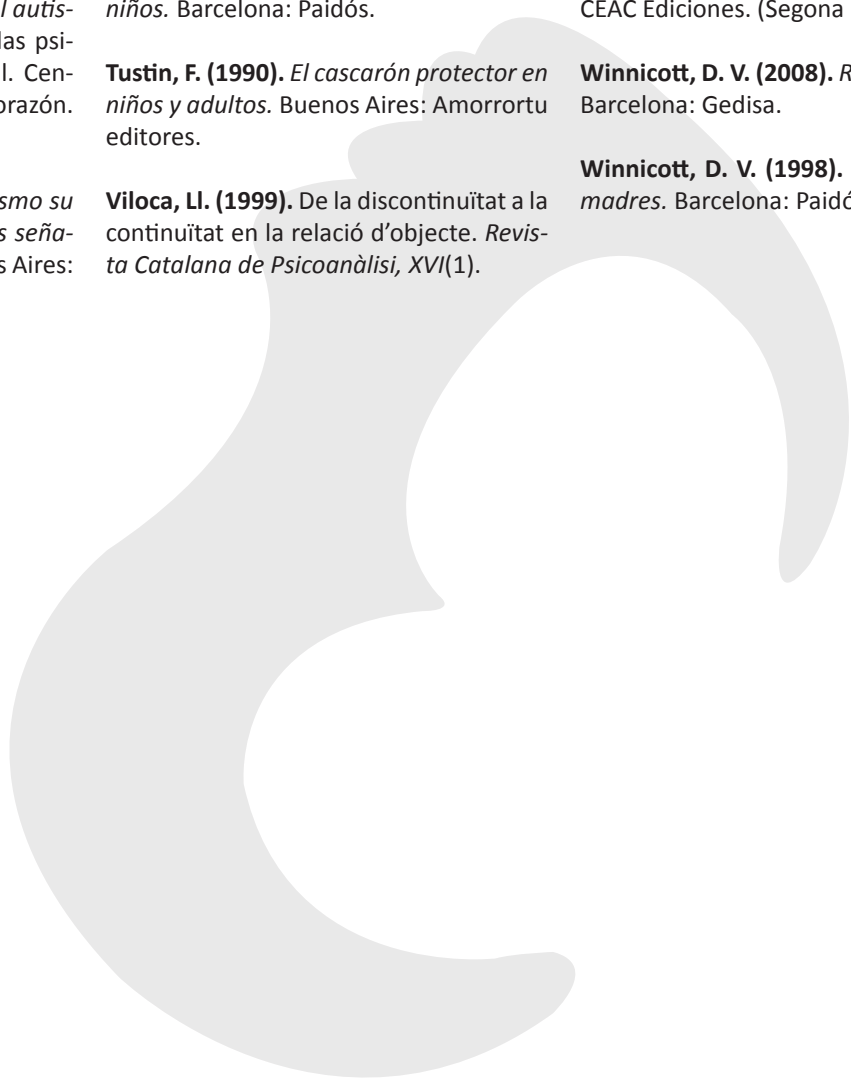
Viloca, L. (1999). De la discontinuïtat a la continuïtat en la relació d'objecte. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, XVI(1).

Viloca, L. (1998). Ansietat catastròfica: de la sensorialitat a la comunicació. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, XV(1), pp. 53-60.

Viloca, L. (2003). *El niño autista: detección, evolución y tratamiento*. Barcelona: CEAC Ediciones. (Segona Edició: Carrilet).

Winnicott, D. V. (2008). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

Winnicott, D. V. (1998). *Los bebés y sus madres*. Barcelona: Paidós.



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

– Mònica Recio –

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



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

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

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

observat i el perquè considerem un o altre diagnòstic.

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

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

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

REVISIÓ HISTÒRICA DEL DIAGNÒSTIC DE TEA

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

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

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

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

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

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

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

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

LA COMPRENSIÓ MENTAL EN LA VARIABILITAT DEL TEA

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

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

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

VINYETA 1

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

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

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

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

VINYETA 2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El primer nivell de relació: l'autisme

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

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

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

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

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

Primer període crític: relació fusional

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El segon nivell: la relació simbiòtica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tercer nivell de relació: més enllà de la psicosi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DE LA TEORIA A LA INTERVENCIÓ

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

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

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

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

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

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

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

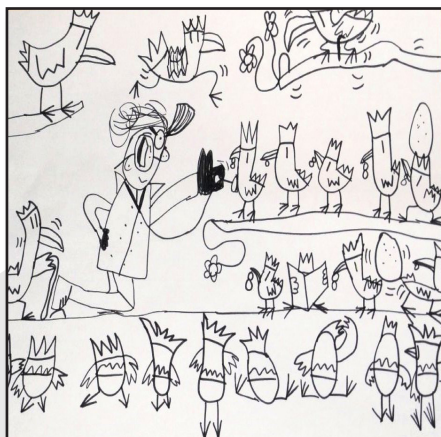
És important tenir molt present que els possibles atacs agressius són el reflex del seu patiment, del seu dolor mental i que nosaltres ens hem de fer càrrec d'aquest dolor per poder acompanyar-los. No sempre ho podrem fer bé, però hem d'aprendre a estimar a aquests pacients que ens violenten i agraïeixen.

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

UNA IMATGE VAL MÉS QUE MIL PARAULES

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

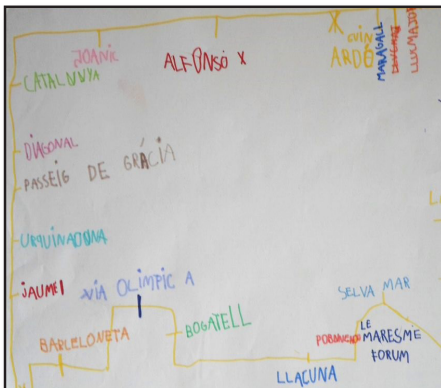
Les produccions dels infants amb característiques pròpiament autistes presenten una tendència a la repeticó i el component obsessiu hi és molt present.



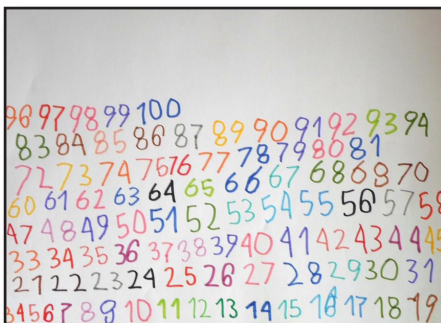
Imatge 1



Imatge 2



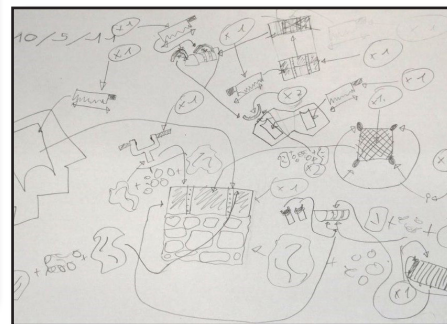
Imatge 3



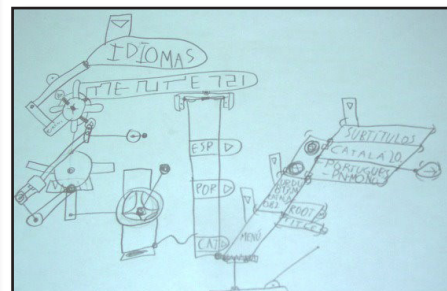
Imatge 4

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

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

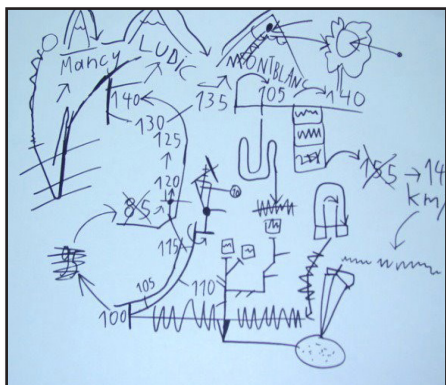


Imatge 5

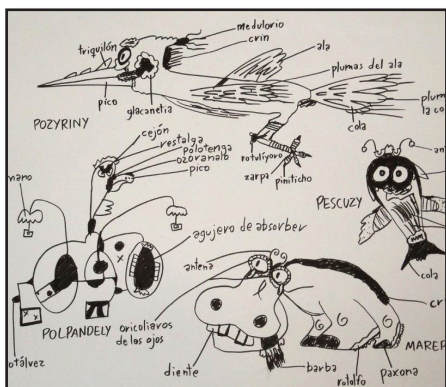


Imatge 6

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



Imatge 7



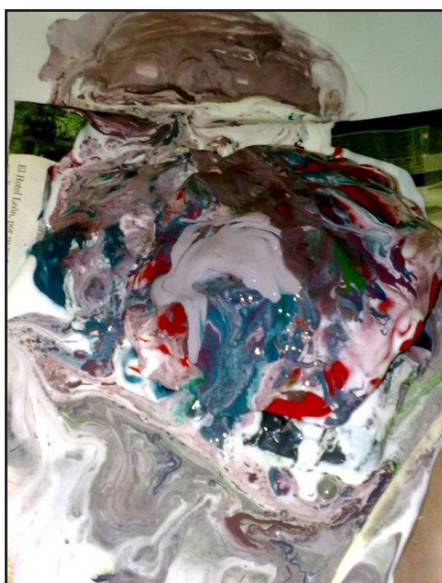
Imatge 8

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

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



Imatge 9



Imatge 10

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

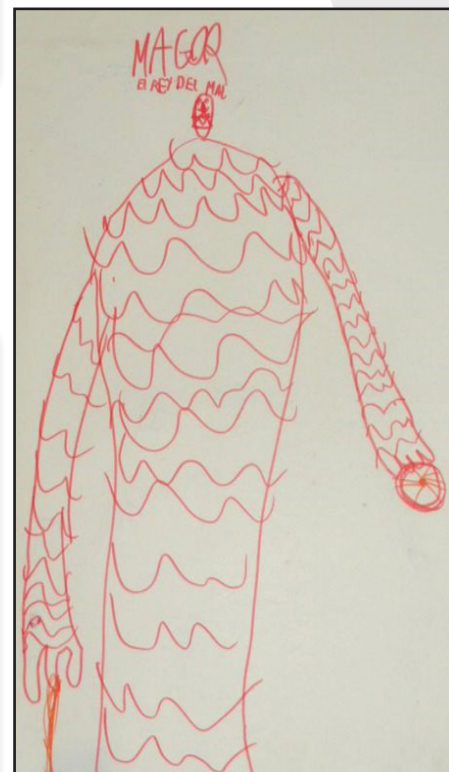


Imatge 11

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



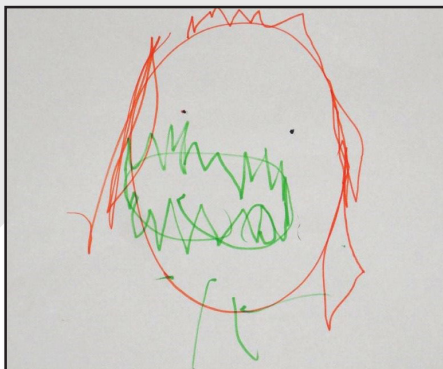
Imatge 12



Imatge 13



Imatge 14



Imatge 15

CONCLUSIONS

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

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

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

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

BIBLIOGRAFIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



La memòria sonora dels vincles

– Anna Chiara Vighi ¹ –

Psicoterapeuta. Psicomotricista.
(Barcelona, Espanya)



M'agradaria compartir unes idees, derivades de la meva pràctica clínica, sobre la importància de l'ús de diferents tipus de llenguatge en el tractament de nens i nenes amb TEA i, específicament, sobre els efectes que pot tenir en la teràpia la recuperació de l'idioma matern. No obstant, em surgeix de manera natural considerar tot tipus de llenguatges: des del llenguatge no verbal -el del cos i del diàleg tònic- passant pel llenguatge musical i fins arribar al llenguatge verbal. Quan ens trobem davant d'un infant que no coneixem, sobretot quan aquest està més afectat, la nostra observació es centrarà de forma natural en el moviment: com es situa dins de l'espai, com es mou i es desplaça; si prefereix espais oberts o tancats; quin ús fa dels objectes; quin és el seu to; com es relaciona amb les persones de referència i amb nosaltres (mirades, gestos, apropaments i allunyaments). Sovint acompanyem els temps d'entrada i sortida o els canvis d'activitats amb cançons, però també hi ha moments en els que ens surgeix a dins una melodia relacionada amb alguna cosa que acaba de passar a la sessió.

Inicialment em vaig interessar per aquests aspectes quan estava fent unes pràctiques de psicomotricitat a Carrilet² i em vaig trobar dins la sala amb en Luca,

nen que tenia l'italià com a idioma matern. És després de dues sessions quan l'Àngels³ em proposa dir-li alguna cosa en italià. Dic el primer que em passa pel cap: *"Ciao Luca. Anche io sono italiana come te!"*⁴. En Luca obre els ulls en una expressió de sorpresa i, de seguida, es tapa la boca. Es tapa les orelles. *"Ti tappi la bocca, ti tappi le orecchie!"*⁵. Ara em tapa la boca, les orelles, els ulls. *"Adesso tappi tutto a me: 'non parlare questa lingua, che è la lingua della mamma e del papà e io non ero pronto!"*⁶. Connectar pot fer molta por. Aquest nou inici relacional, que va donar pas a poc a poc a una interacció més viva i directa, va ser possible gràcies al so de l'idioma molt més que al seu significat. Va permetre la creació d'un moment inesperat, que tan sovint és necessari en el tractament de l'autisme per desestabilitzar unes defenses molt estructurades, i la recuperació d'un fil lligat a les vivències més primerenques.

Per anar allà on està el pacient, cercar-lo on estigui còmode i des d'allà començar a tibar, a poc a poc, d'aquell fil que finalment és la relació, trobo interessant lligar aquestes característiques primerenques i primitives -del psiquisme i corporals- amb la llengua materna. Intentaré reflexionar, com diu Anzieu (2013), sobre "... l'existència d'una pell encara més precoç, d'un mirall sonor o d'una pell auditiu-fònica i de la seva funció per a l'adquisició, per l'aparell psíquic, de la capacitat de significar i, després, simbolitzar". La melodia de l'idioma matern no deixa de ser una mena de manteta sensorial en la qual l'infant és acollit; així, el llenguatge amb la seva música serà un dels pilars de la intervenció, especialment en aquells casos en els quals la sensorialitat assumeix un paper rellevant.

EL SO DE LA PARLA

Es podria argumentar que és lògic que un nen millori quan se li parla en el seu idioma matern i em sembla que aquesta pot ser una discussió interessant. Tot i així, crec que no es tracta d'una qüestió de comprensió de l'idioma o del significat d'allò que es diu. Més aviat, estem parlant del reconeixement d'una empremta sensorial sonora que és la que permet al nen deixar-se anar a les mans de l'adult, sentint-se acollit. Amb la introducció en la teràpia de la seva llengua materna es desvetllen en els pacients associacions sensorials connectades amb una relació primerenca. Això sembla permetre la introjecció de patrons sensorials connectats amb emocions profundes. Com suggereixen Mehler, Argentieri i Canestri en el llibre *La Babele dell'inconscio*, llengua materna (així com *madre lingua* o *mother tongue*) són imatges verbals que expressen la idea que la funció del llenguatge s'aprèn aferrats al pit, mentre ens alimentem.

Cada cop més, estem acostumats a considerar la importància de la veu materna ja des de l'embaràs, així com les respostes dels fetus i les seves preferències: són capaços de memoritzar estímuls auditius del món extern ja a partir de l'últim trimestre de l'embaràs, amb una sensibilitat particular pel contorn melòdic tan en la música com en el llenguatge (DeCasper i Spence, 1986; Kisilevsky et al., 2004; Granier-Deferre, 1998). Des del període fetal, l'infant enregistra diferents sensacions -de les quals evidentment no té un record conscient- que queden gravades en la memòria del cos: són la història invisible de cada un de nosaltres i es troben a la base de la vida emocional (Guàrdia, 2015). Ja abans dels quatre me-

¹ annachiara.vighi@gmail.com

² Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet.

³ Àngels Morral, terapeuta psicomotriu.

⁴ "Hola Luca. Jo també sóc italiana, com tu!".

⁵ "Et tapes la boca, et tapes les orelles".

⁶ "Ara em tapes tot a mi: 'que no parlis en aquest idioma, que és l'idioma de la mama i del papa i jo no hi estava preparat!'".

sos d'edat, els infants poden discriminar si una persona està parlant en la seva llengua materna només mirant la "pel·lícula muda" del seu discurs⁷: els infants són capaços de detectar un idioma diferent a través de la forma i el ritme dels moviments de cara i boca del parlant, és a dir, a través d'estímul visual (Weikum et al., 2007) i són capaços de detectar patrons inusuals quan se'ls presenten estímuls amb una estructura rítmica diferent (Friederici et al., 2007). A més a més, els nounats prefereixen la veu de la seva mare sobre les altres (Querleu et al., 1984; DeCasper i Fifer, 1980; Ockleford et al., 1988; Damstra-Wijmenga, 1991; Hepper et al., 1993) i perceben el contingut emocional vinculat per la entonació en la parla materna -maternès- (Fernald i Simon, 1984). Tot això remarca que el llenguatge és una experiència multimodal: obtenim informació lingüística a través de l'oïda, mirant els moviments dels llavis i les expressions de la cara, llegint i interpretant el context que envolta l'input lingüístic (Susan Hespous, 2007). Les dificultats d'integració entre diferents modalitats sensorials en les persones amb TEA són aspectes que haurem doncs de considerar quan cerquem un llenguatge que ens uneixi. En l'autisme serà més aviat la invariància (Viloca, 2011) de les sensacions físiques i dels ritmes dels temps el què ens orientarà sobre els nuclis de sensorialitat que els atrapen.

EL LLENGUATGE DEL COS

Freud (1915, 1917) va ser el primer en parlar dels processos mentals primaris. També va dir que el jo és, d'entrada, un jo corporal. Els processos mentals primaris s'inicien a nivell corporal encara abans de que se'ls pugui donar un significat a les sensacions viscudes en el cos.

La Jana té 4 anys quan la conec. Els seus pares han tingut moltíssimes dificultats per reconèixer la seva patologia i no havien fet cap tractament fins llavors. Durant les primeres sessions, no puc connectar amb ella de cap manera: hi

ha llampecs de mirades, però són massa fugaços. Un bon dia, després d'un mes i mig de tractament setmanal, comença a córrer d'un costat a l'altre del despatx, xocant contra les parets a banda i banda de l'habitació. M'hi sumo. El tercer cop que ho faig al seu costat, para. Em mira. Ho torna a fer, però més a poc a poc, per anant-me mirant de reüll. Crec que aquest moment d'intercanvi va ser possible gràcies a la imitació d'alguna cosa molt seva. Per primer cop havíem pogut fer alguna cosa juntes a partir d'un moviment que a ella li cridava l'atenció. Seligman explica que l'activitat motora i els afectes ens uneixen als nostres entorns al nivell més fonamental: són al centre de l'entrellaçament entre l'autopercepció, la percepció de l'exterior i l'avaluació del que està passant. Em sembla que de vegades són també les nostres ganes de realment poder arribar a conèixer, de mica en mica, els nostres pacients que permeten aquests moments de trobada. Més que produir canvis en la nostra relació, la seva reacció em va donar pistes importants sobre la que en aquell moment era l'única manera de connectar amb ella.

Per tal d'acostar-nos als nens i nenes amb TEA, cal que ens hi apropem intencionalment sintonitzant, tot i respectant els seus ritmes; és clau començar a donar respostes també a les seves conductes repetitives per tal d'obrir la possibilitat d'ajudar-los a interrompre la repetició que els permet no conscienciar, com diu Corominas recordant el concepte de Freud de repetir per a recordar. Quan vaig molt perduda davant de conductes repetitives que no em suggereixen cap sentit, les actuo per poder connectar a través de les sensacions que produeixen en el meu cos i així posar-les a disposició dels pacients.

L'EMBOLCALL MUSICAL

Fornari (1984), psicoanalista italià, va investigar sobre el significat inconscient de la música que, segons ell, ve donat per la recuperació de la situació intrauterina.

Explica que el llenguatge musical pot retrotraure la persona als seus afectes vitals, arcaics i perenns a través dels quals es 'parla' i s'experimenta el món.

En Guillermo (6 anys) és un nen amb una història familiar força complicada. És un nen dòcil, s'adapta ràpidament a fer tot allò que li proposo. El primer dia que el veig, la seva mare ha d'agafar una trucada i surt un moment del despatx. Ell em fa una abraçada i es queda a la meua falda fins que ella torna a entrar; a partir de llavors, torna a mantenir la distància. Li agrada dur objectes a les mans, però cada setmana n'agafa de nous. Hi ha alguns aspectes deprimits, més enllà de la simptomatologia autista, que no li permeten gaudir plenament de cap activitat. Quan ja portem dos mesos de tractament setmanal li proposo pujar a la tela que penja del sostre. Les dues primeres vegades s'hi apropa i la toca distretament, com si no anés amb ell. Li vaig comentant: "Oooh, què suau!"; durant unes fraccions de segon també la mira dissimuladament: "Sembla que et crida l'atenció aquest color verd". La tercera accedeix a pujar-hi, però baixa de seguida que s'hi estira. La quarta sessió d'intents poso *La vita è bella* i l'ajudo a pujar. S'estira dins la tela i comença a riure. Em mira, riu més. Riu tant que penso que es farà pipí, però ràpidament es regula sol. Amb la seva mà s'agafa a mi per poder-se gronxar, deixant-me anar i em torna a buscar. Considerant el paper que juga la música en les nostres vides, sovint trobo útil preguntar als pares quines cançons li cantaven de petits o quines solien escoltar. En aquest cas, no era res significatiu (o que la mare pogués identificar com a tal) per a ells; va ser més aviat un *enactment*, d'una connexió que va aparèixer de cop dins meu.

La preferència perceptiva pel llenguatge que ens envolta (Mehler et al., 1988; Moon et al., 1993; Mehler i Dupoux, 1994) i l'habilitat en distingir entre diferents llenguatges prosòdics (Mehler i Christophe 1995; Nazzi et al., 1998; Ra-

⁷ Aquest estudi mostra que els nadons de 4 i 6 mesos poden discriminar idiomes (l'anglès del francès) només observant articulacions presentades en silenci. A l'edat de 8 mesos, només els nadons bilingües (francès-anglès) aconseguixen aquesta tasca. Aquestes troballes revelen una preparació sorprenentment primerenca per a la discriminació del llenguatge visual i posen de manifest la selectivitat dels nadons per retenir només les sensibilitats perceptives necessàries.



Amb la introducció en la teràpia de la seva llengua materna es desvetllen en els pacients associacions sensorials connectades amb una relació primerenca. Això sembla permetre la introjecció de patrons sensorials connectats amb emocions profundes.

mus et al., 2000) i els canvis d'entonació (Carral et al., 2005) es basen primàriament en la melodia. Vaig conèixer en Mihai quan li faltaven un parell de mesos pels dos anys. Els seus pares són estrangers i la seva mare, que és qui el porta al despatx, només parla una mica de castellà. Per exemple, li diu: "Mihai, vols cotxe? Digues: Mihai vols cotxe. Anna t'ho dones". En Mihai no podia parar de moure's en cap moment ni mentre agafava un objecte i l'observava fent voltes. La seva mare havia llegit molt sobre la importància de cantar-li i de posar paraules a allò que ell feia; no podia deixar cap espai pel silenci, tapava amb el xumet la boca del seu fill quan començava a fer crits aguts i intentava aturar les seves estereotípies agafant-li les mans suaument. Quan es van confirmar les seves sospites de que es tractava d'autisme, va decidir parlar-li només en castellà, idioma que no parla ningú ni a casa ni a l'escola. Va ser un camí

molt llarg per a que realment entengués la importància de recuperar l'idioma de les vivències i els afectes, però ja vam observar algun canvi en el nen quan va començar a cantussejar-li aquelles cançons que recordava de quan ella era petita. Un dels aspectes més importants, però, va ocórrer un temps després: a poc a poc, descobrint que el seu idioma els ajudava a trobar-se, va començar a utilitzar-lo primer a casa i després en sessió. Aquest fet coincideix amb un nou embaràs de la mare.

Aguilar (2014) afirma que "quan la mare es relaciona amb el seu infant, unint el gest i l'aproximació corporal a la paraula i la seva prosòdia o, també, quan li canta explícitament, està contribuint a crear en el seu nadó, en expressió d'Anzieu (1979), una veritable "pell audio-fònica", que el protegeix i el conté en relació a la impredecibilitat caòtica que és el món en el començament de la vida. Per

a la ment del nounat, la recerca de contingències perfectes que permetin el control, la predictibilitat i un sentit de la continuïtat és una necessitat molt profunda, que l'ajuda a sentir-se contingut en les seves ansietats de caràcter més primitiu i/o catastròfic".

De vegades, amb els idiomes que no conec gens, faig servir aquelles paraules que més significat emocional tenen pels infants per obrir nous camins. L'Evgeniy és un nen de 5 anys força funcional, que havia fet prèviament un tractament Denver. En el llarg tractament que hem fet, tot un intercanvi més real i directe amb mi va començar quan vaig aprendre a dir-li *paparinski* [Папа Римский] en comptes de papà (qui l'acompanyava a les sessions) i *miatx* [меч] en lloc de pilota (que era imprescindible per les nostres interaccions), convidant-lo així a deixar entrar el seu idioma en els nostres intercanvis.

CONCLUSIONS

El moment d'impacte amb nivells de funcionament més primaris -com poden ser les connexions amb els sons, les sensacions, els afectes d'abans de les paraules- sempre permet desencallar algun aspecte que havia quedat paralitzat. No obstant, trobo que un tractament més profund hauria de permetre als pacients trobar-se amb allò que encara no té nom, encara que tingui paraules. Les paraules que pronunciem, més enllà del significat que tenen, van lligades a imatges, sons, olors, emocions i afectes. I encara que no entenguem què volen dir, podem treballar sobre tots els aspectes emotius i corporals que sorgeixen de les comunicacions en idiomes que no coneixem. ●

BIBLIOGRAFIA

- Aguilar, J. (2014).** Música, Psicoanàlisi i Neurociència. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, Vol. XXXI(2).
- Acouturier, B. (2004).** *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Ammaniti, M. i Ferrari, P. F. (2020).** *Il corpo non dimentica* (p. 96). Milà: Raffaello Cortina Editore.
- Anzieu, D. (2013).** *El yo piel*. Barcelona: Biblioteca Nueva.
- Bick, E. (1968).** The experience of the skin in early objectrelations. A *Melanie Klein Today*, Vol. 1. (pp. 187-191). Londres: Routledge, 1988. Versió. cat., "L'experiència de la pell en les relacions d'objecte primerenques". *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol X(1-2), 1993.
- Bion, W. R. (1967).** *Second Thoughts*. London: Heinemann. [Traducció: (1996). *Volviendo a Pensar*. Buenos Aires: Ediciones Lumen-Hormé].
- Camps, C. (2006).** El diàlogo tónico y la construcción de la identidad personal. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 25, Vol. 7(1), (pp. 5-30).
- Coromines, J. (1991).** Psicopatologia i desenvolupament arcaics. Assaig psicoanalític. Barcelona: Espaxs. [Traducció: Coromines, J. (1998). *Psicopatología arcaica y desarrollo: Ensayo psicoanalítico*. Barcelona: Paidós Ibérica].
- Coromines, J. (1998).** Nuclis de sensorialitat no mentalitzada: Les seves manifestacions en la clínica analítica. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, Vol. XV(1).
- Coromines, J., Fieschi, E., Grimalt, A., Guardia, M., Oromí, I., Palau, M. i Viloca, L. (2008).** *Processos mentals primaris. Implicacions psicopatològiques i consideracions tècniques*. Barcelona: Grup del llibre.
- De Casper, A. J. i Fifer, W. P. (1980).** Off Human Bonding: Newborns prefer their mother's voices. *Science*, 208 (pp. 1174-1176).
- Dehaene-Lambertz, G., Dehaene, S. i Hertz-Pannier, L. (2002).** Functional neuroimaging of speech perception in infants. *Science* 298, (pp. 2013-2015).
- Eimas, P. D., Siqueland, E. R., Jusczyk, P. i Vigorito, J. (1971).** Speech perception in infants. *Science* 171, (pp. 303-306).
- Fornari, F. (1984).** Psicoanàlisi della musica. *Collana: Il cammeo*, 66, p. 194. Milà: Longanesi.
- Freud, S. (1923).** El yo y el ello. *Obras completas*, Vol.3, (pp. 2701-2728).
- Freud, S. (1914).** Recuerdo, repetición y elaboración. *Obras completas, Tomo II*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
- Friederici, A., Friedrich, M. i Christophe, A. (2007).** Brain responses in 4-month-old infants are already language-specific. *Current Biology*, 17, (pp- 1208-1211).
- Gerhardt, S. (2008).** *El amor maternal*. Barcelona: Ed. Albesa.
- Gualtieri, L. (2006).** L'importanza dei suoni nella vita psichica e nel legame fra madre e figlio. *Quaderni acp*, 13(4), (pp. 153-155).
- Guàrdia, M. (2015).** Molt abans de les paraules!... Un món. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, Vol. XXXII(1).
- Hespos, S. J. (2007).** Language acquisition: when does the learning begin? *Current Biology*, Vol. 17(16), (pp. 628-629).
- Iglesias, M. (2017).** Ajustaments de la tècnica psicoanalítica en correlació amb pacients TEA, i en pacients neuròtics i límits amb nuclis autístics. *Revista Catalana de Psicoanàlisi* Vol.XXXIV(2).
- Mampe, B., Friederici, A., Christophe, A. i Wermke, K. (2009).** Newborns' cry melody is shaped by their native language. *Current Biology* 19, 1994-1997.
- Mehler, J., Jusczyk, P., Lambertz, G., Halsted, N., Bertoncini, J., i Amiel-Tison, C. (1988).** A precursor of language acquisition in young infants. *Cognition* 29, (pp. 143-178).
- Mehler, J., Dupoux, E., i Southgate, P. (1994).** *What Infants Know: The New Cognitive Science of Early Development*. Malden, Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Moon, C., Panneton-Cooper, R. i Fifer, W. P. (1993).** Two-day-olds prefer their native language. *Infant Behavior and Development*, 16, (pp. 495-500).
- Morral, À. (2011).** Terapia psicomotriz de formación psicodinámica. Del autismo de Kanner al Trastorno del Espectro Autista. *Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 51/52, (pp. 188-194).
- Morral, À. (2016).** El cuerpo del niño con trastorno del espectro autista. *Entrelíneas*, 38, (pp. 23-30).
- Nazzi, T., Bertoncini, J. i Mehler, J. (1998).** Language discrimination by newborns: Toward an understanding of the role of rhythm. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 24(3), (pp. 756-766).

Peña, M., Maki, A., Kovacic, D., Dehaene-Lambertz, G., Koizumi, H., Bouquet, F. i Mehler, J. (2003). Sounds and silence: An optical topography study of language recognition at birth. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 100, (pp. 11702-11705).

Pinker, S. (1994). *The Language Instinct*. New York: William Morrow & Co.

Seligman, S. (2018). *Lo sviluppo delle relazioni. Infanzia, intersoggettività, attaccamento*, p. 74. Milà: Raffaello Cortina Editore.

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

Tustin, F. (1988). Psicoterapia con niños que no pueden jugar. *Libro Anual de Psicoanálisis*, 189. Lima: Imago.

Viloca, L. (1998). Ansietat catastròfica: de la sensorialitat a la comunicació. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, Vol. XV(1), (pp. 35-60).

Viloca, Ll. (2011). Aportacions punteres de la Dra. Júlia Corominas a la comprensió de l'autisme. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. XVIII(1), (pp. 55-69).

Viloca, L. (2012). Psicoanàlisi de nens amb un trastorn de l'espectre autista (TEA) i amb Síndrome d'Asperger. *Desenvolupa*, 32.

Vouloumanos, A. i Werker, J. F. (2007). Listening to language at birth: Evidence for a bias for speech in neonates. *Developmental Science*, 10, (pp. 159-164).

Weikum, W. M., Vouloumanos, A., Navarra, J., Soto-Faraco, S., Sebastian-Galles, N. i Werker, J. F. (2007). Visual language discrimination in infancy. *Science* 316, p. 1159.



El grup de psicomotricitat en salut mental: un pont des de l'atenció precoç

– Pilar Crespo Sánchez –

Psicòloga General Sanitària i
Terapeuta Psicomotriu CDIAP Rella
de Sant Andreu (Barcelona).
Formadora de psicomotricistes
AEC-ASEFOP. Coordinadora del
Màster en Pràctica Psicomotriu
Terapèutica. AEC-UB.
(Barcelona, Espanya)

– Anna Legarra Jubany –

Psicòloga General Sanitària i Terapeuta
Psicomotriu CDIAP Rella de
Sant Andreu (Barcelona).
(Barcelona, Espanya)

EL COS EN ATENCIÓ PRECOÇ I SALUT MENTAL

Des de l'atenció precoç, entenem l'infant dins la seva globalitat, atenent els aspectes biològics, psicosocials i educatius propis de cada subjecte, així com els interpersonals relacionats amb el seu propi entorn, família, escola, cultura i context social. Entenem, doncs, el desenvolupament infantil com un procés bio-psico-social dinàmic i singular per a cada infant i la seva família.

En la primera infantesa el cos esdevé la via principal d'expressió de l'infant, és per això que en l'etapa de 0 a 6 anys resulta un espai i alhora un mitjà essencial per a la trobada amb els altres. Com és ben sabut, aquesta etapa és fonamental en la constitució del subjecte, on les capacitats relacionals, la comunicació i el llenguatge estan en procés de construcció, el qual sempre es dona dins d'una relació primordial i significativa.



Així i tot, els infants que es troben en un moment constitutiu més arcaic poden quedar-se encallats o amb necessitat de tenir més suport per a dur a terme el procés de constituir-se com a subjectes. A la clínica, ens trobem sovint amb infants diagnosticats de TEA que transiten aquest procés en edats més tardanes com són els 6 o 7 anys o que, si més no, necessiten d'un abordatge terapèutic més intensiu per a poder-lo dur a terme.

Els infants ens mostren el seu món intern a partir de la seva **expressivitat motriu**. El cos en teràpia psicomotriu s'entén com un espai d'identitat i de comunicació. Per tant, juntament amb l'expressivitat motriu, com a element emergent del cos i del psiquisme, també es treballarà amb la veu i el llenguatge parlat. Les accions i moviments també tenen la seva pròpia seqüència i sintaxi i organitzen la comunicació amb els infants amb diagnòstic de TEA.

COM PENSEM L'AUTISME DES DE LA PRÀCTICA PSICOMOTRIU AUCOUTURIER (PPA) I COM ÉS L'ATENCIÓ TERAPÈUTICA PSICOMOTRIU AMB AQUESTS INFANTS

Aucouturier plantejarà com el nadó crea una primera empremta psíquica (fanta-

sia d'acció) basada en les primeres interaccions de la primera relació (engrames) per tal de tolerar el patiment per l'absència de la mare i sense un contingent psíquic propi ja format. Els engrames neixen a partir de la relació amb la mare des de l'etapa intrauterina i les interaccions recíproques inicials, quedant inscrites en el seu sistema neurobiològic i somatopsíquic.

El nadó inicia el camí de la construcció de la unitat corporal i de la seva identitat a través de la presa de consciència dels seus límits, del poder distingir-se de l'altre a través d'aquesta dansa en què mare i nadó estableixen el que anomenem **diàleg tònic-emocional**. En aquesta acomodació recíproca de postures, intercanvis de tensions i distensions, sota la calidesa de la mirada, la veu i les carícies es va formant aquesta unitat corporal i una primera identitat. Així doncs, les vivències de contenció i transformació recíproca seran la base per a trobar un ajustament en aquesta primera relació i on les angoixes arcaiques¹ podran ser contingudes per la mare. Si en aquests primers mesos de vida no es constitueix una vivència de contenció i transformació recíproca apareix un desajustament en aquesta construcció corporal i una vivència de ser envaït per aquestes angoixes arcaiques, la qual cosa pot fer que es constitueixi una unitat corporal fragilitzada o fragmentada.

En el cas dels nadons amb autisme, aquesta relació amb la mare a través del diàleg tònic es veu afectada sovint des dels primers moments (ja sigui per factors que tenen a veure amb l'equipament neurobiològic, com per situacions

¹ Segons Aucouturier, les angoixes arcaiques sorgeixen de la manca d'unitat, del no haver estat suficientment sostingut, contingut pel cos dels adults i pels afectes i desig materns i paterns; el qual dificulta elaborar un objecte intern o una permanència d'objecte que el calmi. La invasió d'aquestes tensions engramades al cos és un patiment corporal que desestabilitza l'organització del pensament. Es té en compte l'angoixa com a procés humà que acompanya la maduració psicològica, tot i això, segons la intensitat, com excedeixi al cos i la relació ens trobarem amb més o menys dificultats en la constitució corporal i subjectiva. Se'n diferencien dos tipus: angoixes de pèrdua del cos i angoixes de pèrdua de l'altre.

contextuals que no facilitin aquesta trobada i processos de transformació recíproca o bé per la combinació d'ambdós).

En aquest sentit, observem que els infants que se situen dins d'aquest espectre tenen dificultats per a elaborar les pròpies angoixes en aquests processos de maduració psicològica. Queden així envaïts per la vivència de les angoixes arcaïques que els porta a la frontera entre el "ser" i el "no ser", no trobant una contenció suficient per a transformar-les en fantasies d'acció que els ajudin a regular aquests estats i a anar construint una unitat corporal on integrar i organitzar les vivències i que esdevingui la base per construir una identitat diferenciada.

Els infants amb TEA viuen en un estat de no integració de les sensacions i emocions en la primera relació. De vegades, no poden rebre les cures de la mare i no poden generar una "imatge primitiva" d'aquesta, vivint una sensació catastròfica i de buidor interior que resolen amb molta de la simptomatologia autística que coneixem. Des de la psicomotricitat, observem que no hi ha una unitat corporal conformada, que el "jo" o "proto-jo" viu indiferenciat del seu entorn i que això pot generar moltes dificultats per a pensar i aprendre de les experiències relacionals.

Per a poder valorar i conèixer a l'infant, des de la psicomotricitat es realitza una **observació interactiva** amb l'infant amb l'objectiu de poder veure a través del joc espontani com s'expressa i, conjuntament amb la resta d'informació aportada, poder establir una hipòtesi i un pla de treball. Durant les sessions d'observació interactiva s'analitzen les **seqüències** i els **paràmetres d'expressivitat motriu**, i alhora com es troba de constituïda o en quin moment de construcció està **la seva unitat corporal**. L'observació es pot fer amb l'infant sol i amb l'infant en relació amb altres. En aquest cas, es realitza durant les primeres sessions en iniciar el treball grupal.

"Els paràmetres que observa el terapeuta estan centrats en la relació que estableix el nen amb el seu propi cos, amb l'adult, amb l'espai, el temps i els objectes, tenint en compte la tonicitat,

la postura, les seves capacitats motrius, l'espai que ocupa, el ritme de l'acció, els objectes que utilitza, el plaer en el joc i la intenció en la comunicació" (Benincasa, Acebo, Luna, Masaeu, Morales, 2018).

En l'abordatge terapèutic psicomotriu, observem en aquests infants algunes manifestacions tals com: l'evitació de jocs de reasseguració profunda (els quals permeten transitar i elaborar les angoixes arcaïques); l'aparició d'angoixa i pors en l'experimentació sensoriomotriu (en enfilarse, saltar i caure, en jugar a les pressions i aixafaments, en jugar a ser atrapats o devorats); un excés de llenguatge verbal o verborrea que no és relacional; hipertensió o hipotonia; fixació amb els forats; dificultats per tolerar canvis i rigidesa; necessitat de controlar; obsessions i moments de desorganització.

Des de la pràctica psicomotriu, treballlem a partir del cos i d'aquests jocs de reasseguració profunda que tenen l'objectiu terapèutic de poder travessar les angoixes arcaïques viscudes en els primers moments de constitució del subjecte.

EL GRUP DE PSICOMOTRICITAT EN EL MARC DE LA UNITAT BÀSICA DEL DISTRICTE DE SANT ANDREU DE BARCELONA

Aquest grup té una freqüència setmanal i és d'un any de durada, format per entre quatre i sis infants amb edats entre 6 i 8 anys que presenten trets autistes en el seu funcionament i amb un nivell de severitat lleu. El grup d'infants està acompanyat per dues professionals: una psicòloga clínica i una terapeuta psicomotriu que cointervenien. Paral·lelament, es duu a terme el grup de famílies d'aquests infants, conduït per un psicòleg clínic del CSMIJ. Durant el recorregut del projecte es realitzen dues trobades de supervisió des de la pràctica psicomotriu i la intervenció psicològica.

Aquest projecte s'inicia l'any 2015 en el marc de la Unitat Bàsica que funciona al nostre Districte de Sant Andreu des de l'any 2003 i que té com a objectiu articular els dos serveis públics que operen en l'atenció a la infància en el districte:

el CDIAP Rella (atenció de 0 a 6 anys) i el CSMIJ de Sant Andreu (atenció de 0 a 18 anys) coexistent en l'atenció a la franja de 0 a 6 anys. L'objectiu principal del projecte és que permeti un model de treball integrat i coordinat que millori la tasca assistencial qualitativament, compartint professionals d'ambdues xarxes per a diagnosticar i intervenir conjuntament. També té com a objectius desenvolupar tasques de prevenció, programes formatius, sessions clíniques, etc. Amb aquest concepte d'Unitat Bàsica, es vol oferir una **atenció multidisciplinària a l'infant i la seva família i, alhora, garantir la continuïtat en l'atenció dels infants derivats del CDIAP al CSMIJ**.

Aquest projecte és pioner quant a la intervenció per primera vegada des de l'abordatge psicomotriu en el propi CSMIJ, tenint en compte que en aquest dispositiu no existeix la figura de la psicomotricista ni de la terapeuta psicomotriu.

En el grup de psicomotricitat per a infants amb diagnòstic de TEA, treballlem a partir de la següent hipòtesi: els símptomes o conductes autistes mostren dificultats dels infants a nivell socioafectiu i relacional, que tenen el seu origen en etapes molt primerenques del desenvolupament. A través de la intervenció terapèutica en grup de psicomotricitat es pretén reviuir i tornar a passar per aquestes etapes possibilitant la vivència i elaboració d'aquests aspectes que no han quedat adequadament integrats a partir dels **jocs de reasseguració profunda** dins la relació terapèutica.

En el si del grup, la psicòloga clínica d'orientació psicodinàmica treballa trobant noves metàfores, ampliant la capacitat de tolerar l'experiència de pensar i diferenciar-se com a persona amb els seus propis sentiments i pensament.

La terapeuta psicomotriu posa el seu cos a disposició dels infants per a sostenir-los en la construcció i reconstrucció d'un món menys invasiu, a través d'intervencions subtils que puguin facilitar l'obertura a la relació, tot desplegant un sistema d'acció i actituds dins de la disciplina psicomotriu.

A nivell terapèutic, l'objectiu és partir d'un registre centrat en la psicomo-

tricitat i que afavoreixi l'expressió i manifestació espontània dels infants, així com que a través de la relació entre ells, les terapeutes i l'espai i material, puguin anar construint una concepció més integrada de si mateixos i del món que els envolta. Per això resulta indispensable que les terapeutes estiguin atentes a les **ressonàncies tònic-emocionals** que els generen els infants, tant a nivell físic, psíquic com emocional, per a poder connectar d'aquesta manera amb la vivència interna de l'infant, captant el sentit més profund de la seva expressivitat i crear ponts relacionals entre l'infant i la terapeuta que possibilitin la contenció de l'emoció (sovint intensa en aquests infants), la connexió emocional, el reconeixement de si mateix i de l'altre i el procés d'identificació.

En el grup, poden aparèixer experiències en les que s'han de **buscar amb** els altres o fins i tot de troballes **a través de** la relació amb altres. És en aquesta cerca i trobada (encara que inicialment sigui repetitiva i/o estereotipada) en la què poden succeir situacions interessants i significatives per als infants i on no hi haurà satisfacció completa, a diferència de quan es troben més envaïts per la simptomatologia autística. En l'esdevenir del propi moviment i acció, hi ha una trobada amb els límits del propi cos, els de l'altre, etc. i, per tant, una construcció i/o reconstrucció d'aquesta unitat corporal que es troba fragilitzada o fragmentada. El fet que en la trobada amb l'altre res encaixi o els sigui satisfactori completament, permet que estiguin en moviment, que construeixin accions compartides i noves maneres de trobar-se amb els iguals i amb si mateixos.

DISPOSITIU GRUPAL PSICOMOTRIU: EL MATERIAL, L'ESPAI I EL TEMPS DE LA SESSIÓ

Ens sembla important assenyalar que dins del grup trobem una heterogeneïtat en les manifestacions de l'espectre autista. En aquest sentit, som conscients i curoses revisant i diferenciant els símptomes i l'estructura que en cada infant es va conformant. No pensem que pel simple fet de participar en un grup es millora la capacitat de relació o social-

zació (si fos el cas, passaria només anant a l'escola o a activitats lúdiques); sinó més aviat que cada infant viurà el seu propi procés terapèutic dins del dispositiu grupal.

El dispositiu de la sessió de psicomotricitat està pensat per facilitar el **recorregut maduratiu de l'infant** que, com diu Aucouturier, va del plaer d'actuar al plaer de pensar.

Hi ha un primer moment destinat a l'acollida dels infants (ritual d'entrada) on dediquem un espai i temps especial al reconeixement de cadascun dels infants, on hi ha una **transició del fora al dins de la sala** i on es dona lloc a la paraula per a poder expressar quelcom que li ha passat, que recorda o que voldria fer a la sessió. Aquest primer moment serveix per entrar en un ritme més compartit (dins les possibilitats de cada infant) i on el sentit de grupalitat i pertinença s'habilita, podent cada infant travessar-lo de la seva manera singular.

En un segon moment, es dona lloc a l'expressivitat motriu i al joc corporal (on els jocs sensoriomotrius, de reasseguració profunda, l'acció i el moviment són més protagonistes); i un tercer moment destinat a l'expressió gràfica i plàstica, on s'acompanya l'infant a aturar el cos, l'acció i el moviment per donar pas al pensament i al llenguatge. D'aquesta manera s'afavoreix el desenvolupament de la funció simbòlica, fent un recorregut a través del qual l'infant transita pels diferents nivells de simbolització, que parteixen de la seva acció creativa i transformadora i van cap als processos de pensament i llenguatge. Perquè això es pugui donar, és necessari establir un marc de seguretat física i afectiva on l'infant es pugui expressar des de la seva pròpia subjectivitat i, també, caldrà afavorir els processos de **descendiment tònic-emocional**, que permeten que l'infant pugui prendre una distància emocional suficient respecte a la seva experiència per tal de poder-la representar des de registres simbòlics més elaborats.

Ara bé, cal destacar que la representació no només apareix en aquest moment de la sessió, sinó que l'infant es

representa durant tota la sessió des de diferents registres simbòlics.

Contemplem també un temps de tancament o ritual de sortida, al mateix espai que fem la acollida, on recollim verbalment els moments més significatius sorgits al llarg de la sessió i on tanquem i ens acomiadem fins al proper dia.

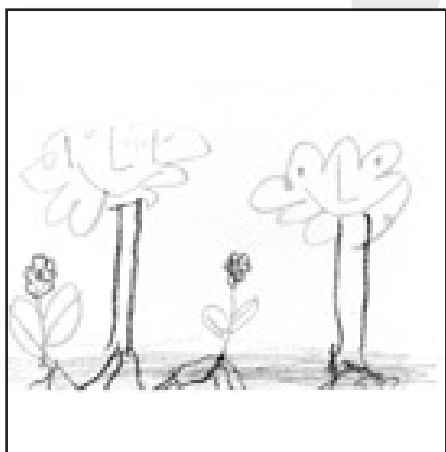
Per a poder exemplificar el que succeeix en el transcurs d'una sessió, ens centrarem en un parell de vinyetes clíniques que poden il·lustrar com hem anat treballant a les sessions.

A la primera vinyeta, ens referirem al **moment del ritual d'entrada**, on s'obre espai a acollir els infants i a la paraula, tot i que hem observat que és difícil establir una comunicació recíproca. Vam veure que en aquest moment d'habilitar-los a la paraula, apareixien molts neguits, certa agitació motriu i interpretàvem necessitat de contenció. Vam decidir proposar fer un patró rítmic amb mans i peus que servís d'embolcall de contenció per a cada infant en particular i alhora a nivell grupal, sense haver de dependre tant de la paraula. D'aquesta manera, observàvem que els infants podien accedir a petits moments de compartir en grup a la vegada de poder regular el propi neguit.

A mesura que establien una **relació amb l'espai**, podien aturar la necessitat de deambular, podien compartir un espai o no sentir-se envaïts per la presència o el llenguatge dels altres. Pel que fa a la **relació amb el temps**, podien sostenir la presència d'una seqüència sonora i rítmica proposada per les terapeutes, però que no es convertia en norma, sinó més aviat en proposta a la que sumar-se des de les pròpies possibilitats. Afavoria una relació amb el **ritme propi** i a la vegada era un **intermediari de la relació**.

La segona vinyeta té a veure amb un recorregut dins l'**espai sensoriomotriu**, on apareixen moments per a la descàrrega i l'expressivitat motriu i emocional, que el material ofert a la sala afavoreix. En el decurs de les sessions van anar apareixent dos espais de joc inicial: un més sensoriomotriu i un altre amb més significat simbòlic. En el primer, alguns infants escollien el mate-

rial dur i observàvem, en **relació al propi cos**, com conquerien la regulació de la postura i l'eix corporal, la planificació del moviment ajustant el to muscular a les transformacions tònic-emocionals que requerien l'acció que duïen a terme. El plànol vertical els permetia transitar algunes de les angoixes arcaïques en relació a la pèrdua del propi cos. Les terapeutes acompanyaven amb la paraula per a contenir-les, fet que els ajudava a retornar al cos o buscar suports físics per a sortir de la sensació de caiguda que els superava i poder-la jugar, sentint-se menys desbordats per aquesta angoixa arcaïca.



En el segon espai, més investit pel relat, hi havia dos infants que venien proposant dos tipus de jocs de reasseguració profunda: un de refugis i un altre de persecució. Això convocava a altres infants que anaven i venien de la pròpia exploració, alguns podent sostenir el joc amb més continuïtat i d'altres de manera més fragmentada. En aquests jocs, fan sorgir moments de descàrrega de l'agressivitat i **d'invasió de l'espai de joc o de l'espai corporal de l'altre**. Les terapeutes proposen l'ús de material tou com a mediador del joc on apareix l'agressivitat (xocar amb coixins) i també per als jocs de pressions que promouen un canvi en la tonicitat (ser atrapats i aixafats). Al llarg de les sessions, vam observar que alguns dels personatges que apareixien (amb un to més persecuidor o malvat) anaven transformant-se en personatges (animalons) que els feien connectar amb la fragilitat i la necessitat



de jugar el maternatge.

Aquestes observacions ens fan pensar en la importància de poder treballar la capacitat de transformació tònic-emocional per poder promoure també la transformació dels personatges o sentits als que sovint trobem que s'adhereixen.

Veïem com les terapeutes, en el dispositiu i mitjançant l'estratègia de rodeig indirecte, despleguen el seu sistema d'actituds per la via corporal per a poder treballar les ressonàncies tònic-emocionals que apareixen en la sessió.



Pel que fa al **material de la sala de psicomotricitat**, es disposa tenint en compte els objectius que es treballaran amb els infants. A la sala es privilegia l'ús més relacional i vivencial dels objectes per sobre de l'ús funcional o instrumental. Per això, una de les característiques bàsiques del material que prenem en la pràctica psicomotriu és la seva polisèmia (Rodríguez-Ribas, 2020).

En aquest sentit, tant sigui el material dur (espatllera, escala, matalàs asseguraador) o el material tou (coixins, teles, cordes, etc.) pretenem que l'infant

el pugui investir afectivament i també que l'utilitzi per promoure la trobada amb l'altre. En les nostres observacions, trobem que el **material dur** promou la regulació tònic-emocional alhora que estructura la pròpia acció. Podríem dir que és un material que fa que els infants connectin molt amb els límits del propi cos i amb la necessitat de ser protagonistes del que "passa fora" de si mateixos i ajustant-se a les relacions que van succeint. Els ofereix un suport rígid i fix que suporta les transformacions del cos, facilita l'estimulació laberíntica, les ruptures tòniques, el plaer del moviment, donant lloc a jocs d'equilibri i desequilibri, de salts, de córrer, de girar-se, de lliscar, escalar, etc. Hem observat també que pot facilitar la negociació dels torns (baixant una escala, per exemple) atès que és la pròpia realitat de l'espai de l'escala que s'imposa i fa que no tot sigui possible. En aquest sentit, sovint les intervencions de la psicomotricista o la psicòloga poden anar dirigides a inventar una manera de fer que es connecti amb el propi desig, però també amb la realitat que emergeix de la relació amb el material i l'espai.

D'altra banda, observem que el **material tou**, acollidor i que permet l'investiment afectiu, els refugis, la pulsio, l'agressivitat simbòlica, els contactes, la mal-leabilitat de sensacions, etc. pot facilitar la descàrrega pulsional o l'aparició de jocs de reasseguració profunda com ara aparèixer i desaparèixer de la mirada de l'adult o dels altres infants, o bé poder viure amb cert plaer els jocs de pressions que promouen la connexió amb els límits del propi cos, sense sentir-se envaïts o, fins i tot, sense envair el cos dels altres.

Més enllà de les observacions i interpretacions sobre l'ús del material, des de la psicomotricitat, s'ofereix el material de manera que sigui un facilitador de l'expressivitat particular de cada subjecte.

"Des d'aquest punt de vista, cada material s'hauria d'entendre més aviat com un generador de paraules, o un provocador d'històries, un emergent de sensacions, records, vivències i fantasies. No són tan importants les carac-

terístiques i possibilitats de cadascun dels materials, sinó com els entomen i utilitzen els infants segons el propi desig o el que vulguin projectar a l'exterior" (Rodríguez-Ribas, 2022).

EL GRUP DE PARES

Paral·lelament al grup d'infants, s'ofereix el grup de treball amb mares i pares coordinat per un psicòleg clínic. Aquest és un espai on es privilegia la paraula, el vincle social i l'intercanvi d'experiències, informacions, neguits i inquietuds personals, així com invencions i suport emocional.

Dins l'abordatge multidisciplinari, el treball amb les famílies resulta primordial per a poder acompanyar-les en la comprensió del que els passa als seus infants, així com també compartir vivències i recursos en relació al malestar que això pugui generar.

Pensem que la vinculació aconsegueix amb el treball de grup afavoreix el compromís amb el treball terapèutic, tant amb els infants com amb les famílies.

CONCLUSIONS

Entenem el *Cos com a vehicle de comunicació, cos com a vehicle de relació*.

És a través del joc motriu espontani, del moviment i l'acció en el marc d'una relació (amb l'adult i altres infants) i on el diàleg corporal, amb l'espai, el temps i el material serà un mitjà de trobada amb l'altre i amb si mateixos.

Creiem que aquest grup és un espai privilegiat d'intercanvi i enriquiment en la pràctica directa amb els infants i, posteriorment, permet obrir espais de reflexió i elaboració.

Ens agradaria destacar el gran valor del treball de **cointervenció entre terapeutes** a partir del cos i del llenguatge, on la disponibilitat, l'escolta, la retirada i la implicació d'una o altra terapeuta es van articulant i analitzant al llarg de les sessions.

Com a resultat de la intervenció psicomotriu grupal, valorem en tots els casos una millora de l'organització del seu psiquisme, una disminució dels símptomes o conductes autistes i una millora important en la seva capacitat per a buscar la relació amb l'altre.

Per a concloure, podem dir que a partir dels jocs de reasseguració profunda que han anat sorgint en les sessions i que incideixen sobre les sensacions més internes i primàries en la relació terapèutica s'ha afavorit l'expressió, contenció i elaboració de les angoixes arcaïques que envaeixen aquests infants, possibilitant així una organització més harmònica del seu psiquisme i una millora en la relació amb el seu entorn.

"El cos i els seus paràmetres i les resonàncies tònic-emocionals esdevenen les vies d'accés per conèixer-lo, entendre'l, perquè la història de relació i la història emocional de l'infant està "escrita" en el seu cos i en les seves accions" (Document Marc de la Psicomotricitat en Atenció Precoç).

En aquest sentit, atès que ens trobem amb dificultats de relació i comunicació, pensem que des del grup de psicomotricitat l'abordatge corporal amplia les vies d'interacció i trobada amb els altres, així com amb la pròpia expressivitat i subjectivitat. ●

BIBLIOGRAFIA

Arnaiz, P., Rabadán, M. i Vives, I. (2001). *La Psicomotricidad en la escuela*. Màlaga: Aljibe.

Aucouturier, B. (2004). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Barcelona: Graó.

Aucouturier, B. (2018). *Actuar, jugar, pensar: Puntos de apoyo para la práctica psicomotriz educativa y terapéutica*. Barcelona: Graó.

Benincasa, G., Grèvol, R., Lluna, A., Masabeu, I. i Morales, P. (2018). *Terapia psicomotriz: reconstruyendo una historia*. Barcelona: Octaedro Ediciones S.L.

CDIAP 1 Rella-CSMIJ 2 FETB a Sant Andreu (2014). *Presentació de la Unitat bàsica L'atenció als infants de 0-6 anys: un model d'integració de dues xarxes*.

Comisión de Atención Temprana de la APP (2022). *Documento Marco. La profesión del psicomotricista en Atención Temprana*. Autoedición.

Crespo, P. (2016). La terapia psicomotriz dentro del equipo de atención temprana. *Entrelíneas*, 38.

Crespo, P. (2017). *Proceso de construcción de la identidad dentro de la práctica psicomotriz*. [Conjunto de datos]

Grupo de atención temprana (2001). *Llibre blanc de l'atenció precoç*. Barcelona: Diputació de Barcelona.

Grup de treball de psicomotricistes de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç (2004). *Document Marc de la Psicomotricitat a l'Atenció Precoç*.

Rodríguez, J. A. (2013). *La práctica psicomotriz en el tratamiento psíquico*. Barcelona: Octaedro.

Rota, J. (2005). *La intervención psicomotriz: de la práctica al concepto*. Barcelona: Octaedro.



Etapes d'intervenció psicomotriu en l'atenció d'un nen amb TEA

– Fanni Mateu Dosrius –

Mestra d'Educació Especial. Logopeda. Psicomotricista (educativa i terapèutica). (La Garriga, Espanya)



En el següent article s'exposa l'experiència d'intervenció psicomotriu portada a terme amb un nen diagnosticat de Trastorn de l'Espectre Autista (TEA), des dels dos fins als vuit anys. L'experiència s'ha dut a terme en un centre de psicomotricitat terapèutica privat, Volaines, en el què atenem infants fins als 12 anys que necessiten intervenció i acompanyament en el seu desenvolupament. L'equip està format per psicomotricistes, logopedes, psicòlogues i un pedagog.

A través de diferents etapes d'intervenció, s'explica com es va fomentar l'evolució del nen en termes de desenvolupament psicomotriu, interacció social i comunicació. Creiem que la implementació d'estratègies específiques des d'una intervenció psicomotriu centrada en el diàleg tònic, el moviment, el joc i la relació han estat essencials per promoure el seu desenvolupament, inclús i millorar el seu benestar.

Abans de presentar el cas, la intervenció realitzada i l'evolució en les diferents etapes (les quals s'explicaran segons com ha sigut l'atenció d'aquest infant: en individual, amb un altre infant i en petit grup), s'exposarà una petita introducció dels conceptes bàsics del que és la psicomotricitat.

INTRODUCCIÓ A LA PSICOMOTRICITAT

Per entendre què i com treballem des d'una intervenció psicomotriu és es-

sencial entendre que es tracta d'una intervenció basada en una concepció integral i holística en la que, com a psicomotricistes, tenim present i respectem la globalitat de l'infant per entendre'l. Contemplem l'infant com un ésser global i d'aquesta manera observem i avaluem totes les seves dimensions (motriu, conativa, cognitiva, relacional, social, afectiva, fantasmàtica...) les quals estan interrelacionades i s'expressen a nivell motriu. Tot passa en el nostre cos, som essencialment un cos que es mou, es relaciona, s'expressa, es comunica... La motricitat constitueix l'objecte material de la psicomotricitat. D'aquesta manera, els instruments que utilitzem per buscar un equilibri sobre aquestes dimensions en el nostre treball són el diàleg tònic, el moviment, el joc i la relació. El/la psicomotricista parteix d'una observació a la sala basada en l'escolta per detectar les potencialitats de l'infant, així com identificar també possibles dificultats que puguin entorpir la seva evolució, per treballar en elles, acompanyar i afavorir el seu desenvolupament i millorar la seva autonomia. Es tracta d'una pràctica que pretén afavorir el plaer motriu primitiu de l'infant com a motor per aconseguir la seva evolució i desenvolupament integral.

En aquesta pràctica, el/la psicomotricista juga un paper molt important en la seva manera d'actuar, en la seva actitud i per això ha de ser respectuós davant l'expressivitat de l'infant per procurar l'intercanvi a partir de la iniciativa d'acció i afavorir el seu desenvolupament. A partir de l'escolta, ha d'observar per comprendre i oferir una intervenció ajustada a l'expressió de cada infant.

El nostre treball en teràpia psicomotriu amb aquests infants sempre s'inicia amb una atenció individual per poder fer una observació més directa, conèixer-lo i establir un vincle que li aportí seguretat

i confiança i oferir una atenció més personalitzada que ens permeti atendre les dificultats específiques. I, segons la seva evolució, en el transcurs de la nostra tasca anem valorant la possibilitat de passar a treballar en parella o en petit grup.

Cal sempre tenir present que cada infant presentarà unes característiques en la seva afectació i evolució diferents i que, per tant, serà del tot necessari anar-nos ajustant a les seves possibilitats i necessitats.

PRESENTACIÓ DEL CAS

El Pol va arribar al nostre centre quan estava acabant el segon any del primer cicle d'infantil, derivat per la psicòloga del Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç (CDIAP) que l'atenia des de feia un any amb el diagnòstic de Trastorn de l'Espectre Autista.

La família va explicar que, a partir dels 18 mesos, el Pol va fer una regressió global en el seu desenvolupament, sobretot a nivell de llenguatge i conducta. Deia paraules propositives i feia onomatopeies que va deixar de dir de cop i va deixar d'imitar gestos i d'atendre. Van anar a la seva pediatra i aquesta els va derivar al CDIAP on un equip multidisciplinari (psicòloga, neuropediatra i treballadora social) va treballar amb ell i la seva família per abordar les seves necessitats i capacitats.

Quan arriba un infant al nostre centre, realitzem una primera entrevista amb la família en la què recollim tota la informació del cas, a continuació realitzem 3 o 4 sessions d'observació amb l'infant a la sala de psicomotricitat i ens reunim novament amb la família per explicar les nostres primeres observacions i impressions, els objectius que ens plantejem i establir un pla de treball per portar a terme la nostra intervenció.

De les dades aportades per la família, es destaca que no hi ha antecedents



Atenció individual. A partir del diàleg tònic, s'obre un camí per a la relació que podem anar alimentant a través del treball de l'empatia, d'una relació agradable conjunta a través d'accions compartides.

familiars d'interès; l'embaràs i el part van ser sense incidències, però se li va programar una cesària. El Pol va assolir la sedestació als 6 mesos, va gatejar i es va posar dret molt ràpid i caminava agafat de la mà de l'adult cap als 12 mesos. Abans dels 18 mesos, deia paraules com els bebès i de cop va deixar de dir-les.

La mare explica que, en el moment actual, corre de puntetes i es posa tens; en ocasions, es queda absort mirant una cantonada, pica amb la cara al terra com si comprovés la duresa, és maldestre, xoca amb les coses i cau sovint.

Pren pit a demanda i alguns caldos, a banda d'algunes "porqueries", segons refereixen els pares. No té control d'esfínters i porta bolquer. Durant la nit, dorm tres hores seguides i es desperta agitat, salta, aplaudeix, beu una mica d'aigua i torna a adormir-se amb la mare. Comença a apropar-se a altres infants i, en ocasions, els estira. Li agraden les pilotes, els cotxes, els trens, els colors, els números i les lletres, sap ordenar l'alfabet. Comença a imitar algunes seqüències que veu en els dibuixos animats que li criden l'atenció, intenta repetir les melodies musicals.

OBSERVACIÓ I PRIMERES IMPRESSIONS

Una vegada realitzada aquesta primera entrevista amb la família, es van realitzar quatre sessions d'observació en les dues primeres de les quals va estar-hi present la mare. El Pol es mostrava inhibit i amb necessitat de tenir la mare a prop i, tot i que no li va costar gaire moure's per l'espai, manifestava molta inseguretat i estava en alerta constant. A la tercera sessió, la mare va haver de deixar-lo sol i en un primer moment no es va molestar, però al cap d'una estona la buscava i es va dirigir cap a l'entrada; en veure que no hi era, es va enfadar una mica, li vaig oferir la mà i va tornar a entrar. A l'última sessió d'observació, ja va entrar sol de la meua mà i en acabar no volia marxar.

Les primeres impressions després de realitzar aquesta observació van ser:

A nivell sensorial i motor, el Pol mostrava poca activitat motriu espontània, es mostrava força inhibit. La inseguretat i la por no li permetien experimentar. Presentava un baix control corporal conscient, es movia més pel desig d'obtenir alguna cosa que pel plaer de moure's i actuar. Acostumava a agafar el material i alinear-lo. S'observava certa hipotonia

corporal, però amb tendència a la rigidesa, expressava tensió corporal. Tendència a realitzar la marxa de puntetes i, en ocasions, realitzava saltirons i aleteig de mans.

Mostrava baixa consciència corporal, dificultats per integrar la sensorialitat i estructurar una unitat corporal i carència d'un jo diferenciat de l'entorn. Davant del mirall, mostrava molt malestar; quan es veia reflectit, s'enfadava i s'apartava.

Pel que fa a la interacció social i afectiva, mostrava tendència a anar a la seva sense parar atenció al que succeïa al seu entorn, tenia més interès pels objectes que pels adults. Quan volia alguna cosa que ell no podia agafar sol, agafava la mà de la mare per dur-la a allò que volia.

Rebutjava el contacte físic amb mi, només acceptava, en ocasions, a donar-me la mà. Expressava les emocions a través de l'agitació corporal; quan estava enfadat, es posava rígid, es tirava al terra i plorava o emetia alguns sons. No feia cas del que li deia o oferia, però en ocasions observava el que jo li mostrava o li preparava des de la distància. No mostrava plaer compartit, hi havia poca reciprocitat, gairebé no hi havia atenció conjunta.

Pel que fa a la comunicació, no utilitzava la mirada per iniciar o mantenir la relació. No hi havia interès comunicatiu. En ocasions, podia assenyalar, però amb l'ajuda de la mare. Mostrava certa iniciativa per obtenir alguns objectes. Protestava sense mirar quan volia alguna cosa i, en ocasions, se situava davant l'objecte esperant que se li donés.

No hi havia llenguatge espontani, començava a repetir alguns monosíl·labs i bisíl·labs que la mare li deia. Emetia alguns sons, però no eren dirigits. Només responia al seu nom si el cridava la mare. En ocasions, imitava sons repetitius.

Quant a cognició i simbolisme, podia fer ús instrumental dels objectes, per exemple, fer circular el tren o el cotxe, però el seu joc era repetitiu i estereotipat, acostumava a ordenar i alinear les joguines i els objectes. Treia i posava les pilotes de la caixa, podia xutar-les en algunes ocasions.

Pel que fa a la seva conducta, mostrava interessos restringits. Perdia l'interès amb facilitat amb alguns objectes i amb d'altres el seu joc era molt repetitiu. Presentava baixa tolerància a la frustració, quan ordenava o alineava havia de quedar perfectament col·locat, si se li movia o se li torçava s'enfadava molt. Es mostrava molt inflexible davant qualse-

vol modificació. En ocasions, s'enfadava sense causa aparent o per petits canvis; per exemple, si hi havia una petita variació en l'ordre dels colors de les peces de l'estructura que li havia preparat com la de la sessió anterior.

PLA DE TREBALL

Una vegada finalitzades les sessions d'observació, ens vam reunir amb la seva família novament per explicar les primeres observacions i exposar el pla de treball que proposàvem des d'una intervenció psicomotriu per afavorir el seu desenvolupament global. Els objectius anirien enfocats a:

- Afavorir el coneixement i la consciència corporal per facilitar l'estructuració d'una unitat corporal i ajudar-lo a la presa de consciència de la seva identitat. Afavorir l'aparició d'un jo diferenciat.
- Afavorir l'expressivitat psicomotriu (plaer-displaer, seguretat, competències, ampliar els seus interessos).
- Afavorir les capacitats comunicatives i relacionals, oferint un espai on el Pol pogués sentir-se segur per anar descobrint, aprenent habilitats d'interacció social i anar trobant formes de generar interès en ell per relacionar-se i comunicar-se.

- Afavorir les habilitats en el joc facilitant la capacitat de confiar i elaborar un joc amb sentit basat en la relació i la comunicació, joc compartit.

- Augmentar el seu nivell d'autonomia ajudant-lo a entendre el món que l'envolta i rebaixant el seu nivell d'alerta.

- Acompanyar i ajudar a la família a trobar eines i recursos davant les necessitats del Pol en cada moment.

- Coordinar-nos i col·laborar amb l'escola i amb altres professionals que intervinguin per treballar conjuntament.

ETAPES D'INTERVENCIÓ PSICOMOTRIU

En l'atenció d'aquests infants, és imprescindible establir una xarxa de comunicació interprofessional i amb els familiars que permeti una comunicació fluida perquè resulti una intervenció conjunta, compartida i, per tant, més efectiva. Al llarg de tota aquesta intervenció, hem mantingut reunions de coordinació amb els i les professionals de les escoles, CDIAP i Centres de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ) que han atès o atenen al Pol, així com amb la família.

ATENCIÓ INDIVIDUAL

Aquesta etapa es va realitzar a partir del treball individual amb el Pol en sessions de 45 minuts. La intervenció la vaig fer jo mateixa com a psicomotricista i amb el seguiment i observació d'una psicòloga en sessions puntuals.

El primer objectiu era aconseguir un vincle entre el Pol i jo, és a dir, aconseguir que se sentís segur, confiat, contingut i reconegut. El Pol no va trigar en venir content a la sala, es quedava tranquil dient-li adéu a la mare, però jo li interessava poc. Inicialment, vaig haver d'actuar amb el que ell portava a la sala, l'observava i l'acompanyava en les seves accions o no accions per aconseguir, a poc a poc, anar actuant d'una forma diferent a la seva, per procurar fer-me present per ell i aconseguir que em tingués en compte per poder així anar mostrant i modelant altres formes d'actuar des del diàleg tònic, (Wallon, 1980) sempre partint de que em tingués en compte com a referent, com un adult que el comprenia i l'acceptava.



Atenció dual. En aquests jocs (jocs afectius fantasmàtics), es mobilitza el món intern de l'infant i les seves estructures profundes en interacció amb el medi, afavorint i consolidant un Jo diferenciat. Es tracta de jocs d'oposició, persecució, de projecció verbal i de provocació.

Intentava que el Pol em tingués disponible per respondre a les seves necessitats i interessos. A l'inici, proposant-li material que sabia que li interessava o li agradava més; procurant un acostament corporal com a forma de joc molt primari, compartit i agradable; respectant sempre la distància, reconeixent-lo amb la mirada i la veu.

El joc i la relació eren la base del meu treball, però amb l'objectiu de poder arribar a provocar i aconseguir la complicitat més endavant. A partir del diàleg tònic, s'obre un camí per a la relació que podem anar alimentant a través del treball de l'empatia, d'una relació agradable conjunta a través d'accions compartides. Així, les estratègies es basaven en utilitzar els mediadors corporals de la relació, utilitzant la mirada, el gest i la veu per reconèixer-lo; proposant situacions i/o materials partint dels seus interessos o gustos que li proporcionessin un plaer compartit; observant, esperant i escoltant les seves necessitats i interessos per proporcionar-li el que necessitava i poder així modelar a partir d'aquests la possible demanda que no sabia portar a terme.

A poc a poc, el Pol se sentia cada vegada més a gust, més segur i confiat i va començar a acceptar noves propostes, podent cada vegada realitzar noves activitats o jocs que em permetien una intervenció psicomotriu:

- Jocs de seguretat profunda en els que es tractava d'utilitzar situacions en les que es donava l'equilibri/ desequilibri, balancejos, gronxar, caigudes, girs... però sempre intentant el plaer compartit, la seguretat i el reconeixement, portant-los a terme de manera que resultessin agradables pel Pol. Aquests jocs, com diu Serrabona (2016), permetran crear les bases de l'estructuració del jo corporal satisfent els seus desitjos.
- Jocs de maternatge, l'objectiu principal dels quals és establir vincles significatius a partir de l'evocació de vivències primerenques en les que va ser sostingut i contingut. Es basen en la intervenció de l'adult que haurà de proporcionar determinats estímuls i vivències adequades, treballant per la contenció, la seguretat i el reconeixement.

- Jocs pre-simbòlics que estan relacionats amb el procés de construcció de la identitat corporal estructurada i diferenciada i afavoreixen la reversibilitat. Consisteixen en jocs d'aparèixer i desaparèixer, omplir i buidar, destruir i construir, escapar-se i ser atrapat, etc.

A partir de tot aquest treball, es va anar creant un vincle entre nosaltres que va permetre utilitzar també estratègies per potenciar la creació de la necessitat de comunicació entre el Pol i jo:

- A partir d'activitats circulars, que són aquelles activitats en les que el Pol se sentia segur i mostrava que li agradaven i per aquest motiu es repetien constantment. En el moment en que jo deixava de fer-les, jo esperava a que ell fes alguna cosa o simplement emetés un so per recollir-lo com una demanda per continuar i així poder anar modelant la seva demanda.
 - Activitats en les que treballàvem els torns, "ara tu, ara jo", que ens permetien ajudar al Pol a aconseguir la diferenciació amb nosaltres. Al Pol li va acabar agradant molt tirar-se pel tobogan i també que jo ho fes.
 - Proposant cançons que associàvem a un moviment. Inicialment, es tractava només d'un taral·leig i un moviment senzill, però a poc a poc vam poder fer petites cançons amb moviments associats que fèiem plegats.
 - Provocant la seva demanda tot posant l'objecte que sabia que sempre volia en un lloc visible, però al qual no podia accedir o jugant amb jocs en els que necessitava la meua ajuda per continuar-hi jugant.
 - Modelant el gest d'assenyalar, posant paraules a allò que desitjava, verbalitzant el que fèiem. En el seu cas, vaig creure apropiat utilitzar fotografies dels materials i jocs que més li agradaven. En un primer moment, els vaig utilitzar per recordar el que havíem fet en finalitzar la sessió, més endavant va començar a utilitzar-los per fer-me demandes.
- En definitiva, es tractava de propiciar situacions que ajudessin a crear la necessitat de comunicar.

Una altra estratègia en si és la pròpia sessió de psicomotricitat, ja que aquesta posseeix una organització espacial i temporal molt clara que permet que l'infant se senti segur i pugui anticipar en certa manera què és el que farà a la sessió creant així un ambient predictable. En el cas del Pol, a les primeres sessions, pràcticament només podia organitzar un inici i un final. El moment de l'acollida, quan arribava i es treia les sabates perquè li posés els mitjons i el final que li anticipava posant música i situant-nos a l'espai del massatge, on ell anava traient les pilotes de massatge i les anava col·locant al seu costat. Amb el temps, vaig poder anar estructurant més la sessió i anticipant-li aquesta estructura amb les fotografies per marcar algunes fases: acollida, joc sensoriomotor, recollida, massatge, representació i comiat.

Ateses les dificultats del Pol pel que feia referència a la simbolització, va ser difícil introduir la part de la representació. En un primer moment, simplement seiem en una taula que hi ha en un costat de la sala en la que jo li mostrava les fotografies d'aquelles activitats o materials que havíem realitzat o utilitzat durant la sessió. Amb el temps, vaig començar a fer dibuixos representatius de les accions realitzades a la sessió i materials utilitzats. Tot i que a l'inici semblava que no feia cas del que li dibuixava, a poc a poc va anar mostrant més interès, observava i fins i tot m'acostava els colors que necessitava per fer els dibuixos.

Totes aquestes estratègies van representar la base d'aquesta intervenció i van permetre que el Pol se sentís cada vegada més segur i confiat. Va poder anar prenent certa consciència corporal i diferenciant-se de l'altre i anar construint una identitat pròpia que el va ajudar a tenir una millor comprensió del món que l'envoltava. Va aparèixer la imitació en el joc i a poc a poc va poder anar acceptant noves activitats i propostes. Podia iniciar algunes activitats espontàniament i, fins i tot, podia iniciar alguns jocs pre-simbòlics.

Va començar a mostrar certa obertura cap a l'altre, va augmentar la seva atenció, les mirades i l'interès en compartir activitats i jocs. En general, mostrava

més atenció conjunta. Presentava molta més intenció comunicativa, assenyalava amb el dit allò que volia i va aparèixer el llenguatge imitatiu i, cap al final d'aquest període, en ocasions, apareixia alguna expressió verbal espontània. En general, mostrava més seguretat motriu i emocional, estava més tranquil, es mostrava més flexible i amb més capacitat de tolerar la frustració.

Cap a la meitat d'aquesta etapa, va començar també a ser atès per una altra logopeda de l'equip en sessions individuals per reforçar la comunicació, la parla i el llenguatge de forma més específica. També se li va donar l'alta des del CDIAP i va començar a ser atès pel CSMIJ.

ATENCIÓ DUAL

Després de tres anys de treballar amb el Pol, vaig valorar que ja venia a la sala tranquil i amb seguretat, se sentia a gust, hi havia un bon vincle, havia avançat molt en el procés de diferenciació, mostrava interès en comunicar-se, es donaven més situacions d'atenció conjunta i imitava molt. Per tot això, vam creure necessari introduir un altre infant a les sessions.

En aquesta etapa, es va passar a realitzar un treball amb el Pol i un altre infant, el Marc, en sessions de 50 minuts; la intervenció la vaig fer jo mateixa com a psicomotricista i amb el seguiment de la psicòloga. L'altre infant es trobava en unes condicions similars a les del Pol, ja portava temps en individual i també ens va semblar adient passar-lo a grup duet.

Els objectius exposats en l'etapa anterior havien d'estar presents també en aquesta, així com les estratègies utilitzades, però en aquest cas tenint en compte que la intervenció es realitzava amb dos infants i, per tant, amb nous objectius dirigits a:

- Fomentar i/o afavorir "la relació" entre ells, fomentar les habilitats de relació, partint dels seus interessos i dels seus desitjos, a partir del plaer compartit, afavorint que es tinguessin presents i que gaudissin d'aquesta relació. Realitzar activitats en què poguessin participar els dos conjuntament.
- Afavorir capacitats comunicatives i relacionals, treballant els torns,



Atenció en petit grup. El principal objectiu era afavorir la inclusió, fomentant la imitació, la interacció i la relació amb els companys que podien exercir de models. Seria clau fomentar l'autonomia del Pol per enfortir les relacions amb els iguals de forma que nosaltres anéssim quedant en segon pla.

ensenyant formes que fomentessin una relació cordial i respectuosa entre ells, que es tinguessin en compte (*gràcies, vols?, si us plau, em deixes?, no m'agrada...*), propiciant activitats compartides, com, per exemple, fer-se massatges un a l'altre.

- Afavorir habilitats en el joc que propiciessin el plaer compartit (imitar, convidar, compartir, permetre...).
- Afavorir l'expressió psicomotriu (imitar, ajudar-se, experimentar).

Aquesta etapa va representar un gran repte per nosaltres en un inici perquè no teníem clar si funcionaria i si seria profitós per a ells. Primer vaig haver de treballar perquè acceptessin que seriem tres i, per tant, la meua atenció cap a ells no era exclusiva, sinó compartida. Però tot i que en les primeres sessions no buscaven la interacció per iniciativa ni acceptaven gaire les meves propostes per compartir, sí que a poc a poc es van anar tenint en compte i van començar a fixar-se molt l'un en l'altre fins que van començar a imitar-se. Si el Pol saltava, el Marc també ho volia provar i si el Marc construïa una torre, el Pol en feia una altra. A poc a poc, vaig anar aprofitant aquestes situacions i afavorint activitats més compartides entre ells que van afavorir la interacció.

El Pol va poder començar a fer activitats que no havia fet mai a partir de la imitació del seu company. Vam iniciar jocs afectius fantasmàtics que, com diu Serrabona (2016), són jocs que inclouen tot el que fa referència a les necessitats afectives, pulsionals, emocions, sentiments, desitjos i el que està relacionat amb allò fantasmàtic. En aquests jocs, es mobilitza el món intern de l'infant i les seves estructures profundes en interacció amb el medi, afavorint i consolidant un Jo diferenciat. Es tracta de jocs d'oposició, persecució, de projecció verbal i de provocació.

També va iniciar jocs simbòlics senzills que, amb el temps, es van anar fent més complexes. Va començar a reconèixer certes emocions i, fins i tot, va poder començar a verbalitzar-les (quan estava content, enfadat o s'espantava). I, per primera vegada, va agafar el llapis per fer un dibuix ell sol i a més a més aquest estava relacionat amb el que havíem fet a la sessió i, fins i tot, ho va verbalitzar ("El nen va amb motxilla a l'escola". A la sessió havíem representat un dia a l'escola).

Aquesta etapa va representar un gran avenç pel que feia a la relació, la comunicació, la parla, l'accés al simbolisme i l'autonomia.

ATENCIÓ EN PETIT GRUP

Després de valorar els avenços de tots dos, el següent curs vam proposar a la família del Pol fer un treball en grup reduït. El grup estava format per 4 infants, el Pol i tres nens més, la sessió era d'una hora i els acompanyàvem dues psicomotricistes. D'aquesta manera, ens asseguràvem que si en algun moment era necessari una de nosaltres podria estar per ell i l'altra podria continuar atenent a la resta d'infants del grup.

En aquesta fase, tampoc podíem perdre de vista tot el que havíem estat treballant en les anteriors etapes per continuar afavorint el seu desenvolupament, però el principal objectiu d'aquesta era afavorir la inclusió, fomentant la imitació, la interacció i la relació amb els companys que podien exercir de models. Seria clau fomentar l'autonomia del Pol per enfortir les relacions amb els iguals de forma que nosaltres anéssim quedant en segon pla.

Una de les estratègies a tenir en compte era pensar en com facilitar el coneixement de com actua un infant amb TEA perquè els seus companys l'entenguessin i el poguessin ajudar. Vam anar constituint el grup a poc a poc i el Pol va ser l'últim en incorporar-se, d'aquesta manera vam poder anticipar als altres nens algunes particularitats del nen nou que vindria a la següent sessió, com ara que s'atabalava si li parlàvem tots a la vegada, que li agradava més que li parléssim amb tranquil·litat, però també que li agradava molt saltar o jugar a pilota, etc. Explicant tant algunes particularitats com potencialitats. Es tractava d'anar construint una forma d'actuar en els altres infants que facilités l'acceptació del Pol davant les seves propostes. I de facilitar també el coneixement dels motius pels quals el Pol actuava d'una forma determinada de manera que els companys utilitzessin també estratègies que afavorissin la relació (la manera de dirigir-s'hi, de relacionar-s'hi i/o de comprendre les seves respostes).

A partir d'aquí, el nostre treball va anar encaminat a propiciar la relació entre ells, acompanyant en els jocs i mitjançant i afavorint les situacions comparatives. Nosaltres intentàvem anticipar-li

tot el que podíem, tot i que no sempre era possible en situacions de joc lliure. Però el Pol venia molt content i estava bé a les sessions, en general participava dels jocs que sorgien i de les propostes. Quan no ho feia era perquè no entenia ben bé el que feien els companys, però quan li explicàvem i veia que els altres el convidaven o l'ajudaven s'atrevia i es mostrava content.

En aquesta etapa, el Pol observava molt per entendre el que feien els seus companys i els imitava i creiem que amb l'acompanyament i l'ajuda d'aquests cada vegada es va sentir més capaç i van augmentar les interaccions per pròpia iniciativa. En finalitzar aquest curs, la mare ens va comunicar que a l'escola havia començat a jugar amb un altre nen a l'hora del pati per pròpia iniciativa.

Amb el temps, hem pogut observar que, tot i que les situacions noves per aquests alumnes acostumen a ser difícils, quan es troben en un grup reduït de companys que l'entenen i l'acompanyen són capaços de respondre millor i atrevir-se. És a dir, en moltes ocasions, aquests infants mostren més interès si la proposta ve d'un igual que si ve d'un adult.

CONCLUSIONS

Al llarg d'aquests sis anys de treball, el Pol ha anat mostrant un progrés significatiu. Ha anat estructurant una unitat corporal i prenent consciència de la seva identitat, ha millorat la seva regulació emocional, ha accedit a la comunicació i ha après habilitats que li han facilitat la interacció social, manifestant interès en compartir i interactuant més amb els altres. Tot i això, som conscients que encara hi ha molts reptes pels quals treballar, però aquesta intervenció psicomotriu ha ajudat al Pol a anar entenent el món que l'envolta una mica més, millorar la seva autonomia i adquirir eines que de ben segur l'ajudaran i afavoriran la inclusió i el seu benestar.

Aquesta intervenció de psicomotricitat relacional centrada en el diàleg tònic, el moviment, el joc i la relació i el treball conjunt amb els altres professionals, l'escola i la seva família, es destaca com a pilars claus d'aquest procés.

AGRAÏMENTS

Voldria, en primer lloc, donar les gràcies al Pol i a la seva família per permetre'ns aquests anys de treball amb ell i haver-nos donat l'oportunitat d'aprendre al seu costat.

A tots els infants que han compartit sessions de psicomotricitat i a les seves famílies per confiar en el nostre treball.

A tots els i les professionals, tant del CDIAP, del CSMIJ, com de les escoles (Professionals de l'EAP, Equips Directius, mestres, educadores i vetlladores), que han facilitat el treball en xarxa.

I, finalment, a les companyes del centre, psicomotricistes, logopedes i psicòlogues, que han col·laborat en aquesta intervenció. ●

BIBLIOGRAFIA

Aucouturier, B. (2004). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Barcelona: Ed. Graó.

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

Lapierre, A., Llorca, M. i Sánchez, J. (2015). *Fundamentos de intervención en psicomotricidad relacional. Reflexiones desde la práctica*. Màlaga: Ediciones Aljibe.

Llorca, M. i Sánchez, J. (2003). *Creciendo juntos: un acercamiento desde la educación psicomotriz a las personas con espectro autista. Revista Iberoamericana de psicomotricidad, 10*.

Llorca, M. i Sánchez, J. (2003). *Psicomotricidad y necesidades educativas especiales*. Màlaga: Ediciones Aljibe.

Morillo, T., Sánchez, J. i Llorca, M. (2019). *La psicomotricidad como acompañamiento a la población infantil con TEA*. Buenos Aires: Ediciones Corpora.

Morral, A., Alcàcer B., Sánchez, E., Mes- tres, M., Farrés, N., Monreal, N. i González, S. (2012). *Comprensión y abordaje educativo y terapéutico del TEA*. Barcelona: Ed. Horsori.

Rota, J. (2014). *La intervención psicomotriz: de la práctica al concepto*. Barcelona: Ediciones Octaedro.

Serrabona, J. (2016). *Abordaje psicomotriz de las dificultades de desarrollo*. Barcelona. Ed. Horsori.

Wallon, H. i Palacios, J. (1980). *Una comprensión dialéctica del desarrollo infantil*. Madrid: Pablo del Río Editor.





Viure i escriure

– Gemma Vilanova Porqueres¹ –

Mare d'un noi amb autisme. Escriptora. Llicenciada en Administració i Direcció d'Empreses i MBA per ESADE. (Barcelona, Espanya).



L'octubre del 2019 es va publicar "1 fill inesperat i 1 sofà. La vida amb en #josepvalent": el meu primer llibre. Darrere d'aquest títol singular s'hi amagava la història del Josep, el meu segon fill; un nen de deu anys amb autisme sever. Potser perquè escriure sobre envelliment i economia ocupava gran part de la meua vida professional, o potser perquè creia que no tenia gaires coses interessants a dir, mai abans m'havia plantejat escriure res personal. De vegades, però, una trobada fortuïta, un cafè ràpid o una conversa petita com una gota d'aigua desencadenen una torrentada de records que ens desborden i ens assalten en qualsevol moment del dia: enmig d'una reunió de feina, bullint verdura per sopar o durant l'escena culminant de la sèrie televisiva de torn. A mi em va passar. Va ser després de concedir una entrevista a una periodista que volia conèixer com era la vida de la nostra família tenint cura d'un nen amb autisme. Els dies següents, no podia deixar de pensar en tot allò que li havíem explicat i, sobretot, en tot allò que no li havíem dit. La conversa va sacsejar el calaix dels records. Alguns eren ben nítids, d'altres desdibuixats, afeblits pel pas del temps. De vegades la seqüència dels fets ballava desorganitzada dins el meu cap, les imatges se superposaven, els protagonistes s'intercanviaven i les dates es barrejaven. Però malgrat tot aquest garbuix, les emo-

cions bullien intenses com si els fets acabessin de passar. Em vaig adonar que tenia una història a explicar. Volia fer-ho no per mi, sinó per ell -pel Josep- i per totes les famílies que com la nostra conviuen amb l'autisme des que es lleven fins que se'n van a dormir; durant el curs escolar i les vacances d'estiu; els dies bons i els que no ho són tant. Sempre, a tothora. I m'hi vaig posar. La vaig escriure: amb la determinació dels convençuts i la il·lusió dels inconscients.

Amb la publicació del llibre van venir les presentacions i el compartir vivències amb els assistents. Sempre hi havia algú entre el públic que esmentava el valor terapèutic de l'escriptura. Jo somreia. Algun cop fins i tot assentia, però no creia que fos el meu cas. No havia escrit el llibre per guarir-me. L'havia escrit per fer més visible el trastorn i d'aquesta manera transformar la mirada envers les persones amb autisme i les seves famílies. I ho havia pogut fer perquè parlar-ne ja no em feia mal. Perquè la nostra família havia après a conviure amb el Josep. Perquè havíem acceptat i comprès la seva manera de fer i ja no ens l'imaginàvem de cap altra manera. Perquè n'estàvem orgullosos.

Els lectors més entusiastes en demanaven una segona part; més aventures d'en #josepvalent, reclamaven. Jo també volia escriure un segon llibre, fins i tot un tercer; dos volums que cobrissin les etapes de l'adolescència i de l'edat adulta. El problema és que el Josep creix i es desenvolupa exactament a la mateixa velocitat -en cap cas de la mateixa manera- que les persones que no tenim autisme i, per tant, la cosa no podia anar tan ràpid. Així doncs, per *amenitzar* l'espera, vaig començar a col·laborar amb diferents publicacions a través d'articles i entrevistes sobre la meua experiència com a mare d'un noi amb autisme. Vaig engegar el Blog "El fill inesperat" -al digital de l'Ara Criatures-

i dos anys i una pandèmia després es va publicar "El hijo inesperado" -la versió en castellà del llibre.

Els anys passaven i l'adolescència del Josep es feia esperar. Potser seria un d'aquests nois amb una adolescència tranquil·la, de perfil baix, pensava sense acabar-m'ho de creure. De tant en tant, detectàvem algun canvi: una mirada sorneguera, un crit amb gall inclòs. A casa tots ens esforçàvem a reconèixer els indicis d'una etapa que ens imaginàvem tan il·lusionant com atterradora. Les entrades que feia al Blog tractaven sobre el tema: reflexions senzilles i potser òbvies sobre la necessitat de deixar de veure el Josep com un nen. Volíem ser conseqüents i per això vam desenganxar el paper amb motius infantils de les parets de la seva habitació, la vam pintar de blanc immaculat i vam comprar un llit nou -més ample i llarg. També vam fer desaparèixer algunes joguines que feia anys que no es mirava -si és que mai se les havia mirat. Si ell canviava, el seu espai també havia de canviar. Durant uns mesos vam patir amb les seves arrencades al carrer -creuant de sobte sense mirar- i amb els seus crits eixordadors -per què els feia? Un neguit i una impulsivitat que atribuïem als canvis hormonaus propis de l'edat, però que no ens inquietaven gaire, perquè calculàvem que serien transitoris. Ens notàvem forts i volíem estar atents per acompanyar-lo en aquesta nova etapa. Sempre que podíem li oferíem l'opció de triar per ell mateix: la roba, el menjar. Encara estàvem bé.

Fins que de sobte, no fa tant, vam deixar d'estar-ho. El canvis al seu cos es van accelerar i el seu comportament va canviar. Des de llavors, un nou Josep habita a casa nostra. Un Josep distant, més lent, sovint encallat. Amb moments fugaos en què torna a ser qui era. De vegades fa la impressió que ell tampoc no es reconeix. Mou el seu *nou* cos com un autòmat, comprovant com funciona. Ca-

¹ gemmavilanova73@gmail.com



Josep, abans i ara.

mina tres passes endavant i en fa quatre enrere. S'atura. Aixeca la cama i es manté en equilibri com un flamenc. Diposita el peu a terra amb delicadesa i s'afanya a fer el mateix amb l'altra cama. Quan acaba, és el torn dels braços, que allarga com si volgués abastar l'horitzó. Es mira les mans curiós i mou els dits amb l'agilitat atrofiada d'un pianista vell. Primer els de la mà dreta i després els de l'esquerra. Fa una ganyota i tanca els ulls -continua estant guapo. Els entreobre per observar alguna cosa sota el nas puntejat de barbs juvenils: potser es tracta del bigotet incipient que de tant en tant li rasura el pare. Si el crides, et mira. Fins i tot diria que et veu -no està tot perdut. Al cap de no res torna a cargolar-se cap endins. Es tanca en ell mateix. S'asseu a la punta del llit i s'hi està hores sense fer res, mirant-se la paret blanca. Per què? Què té? Què li passa? No li puc preguntar. No li puc dir: «Espavila!», com fan els pares de tots els adolescents del món quan s'escarxofen tardes senceres al sofà. Pensar que ells també fracassen en el seu intent de treu-

re'ls de la letargia, no em tranquil·litza.

Quan alguna cosa l'espanta o el treu de polleguera, el Josep crida fort -més que abans-, et mira fixament buscant ajuda -més que abans- i tu, impotent, només pots oferir-li una abraçada -igual que abans. El «ja està» tímid que utilitzava de nen per calmar-se s'ha convertit en un «s'ha acabat» descarnat, com si la lluita interna amb el seu altre jo s'hagués fet més dura i ferotge. La bèstia també s'ha fet gran i la batalla és ara més crua, la victòria més difícil i la recuperació més lenta.

Com la majoria de nois de la seva edat, el Josep s'ha aprimat molt. Ho veig i ho noto quan l'abraço, quan li busco els racons on abans li feia pessigolles, quan l'ajudo a posar-se els pantalons que ara li ballen i que vaig estar a punt de donar a principis d'estiu. Les analítiques diuen que està fort com un roure. L'adolescència és l'única resposta vàlida a tots els seus mals. No m'agrada. No em consola. No és suficient.

Viure, sentir, comprendre i potser després: escriure. Serà en aquest ordre i

no en cap altre que podré explicar l'etapa que estem vivint, que vol el seu temps i que encara no sé com acabarà. Tindrè un punt de vista diferent del que tinc ara i potser hauré comprès algunes coses que encara no puc desxifrar. El temps ens ajuda a donar significat a tot allò que vivim, a construir el relat que volem explicar: la nostra veritat. Potser escriure "1 fill inesperat i 1 sofà" no ha estat una teràpia guaridora per a mi, però sí una recàrrega d'energia per encarnar una etapa nova en la vida d'un fill que transita per camins desconeguts. Per això sé que n'escriuré una segona part -i una tercera-, perquè després d'una etapa en vindrà una altra i, tant jo com la nostra família, necessitarem tota la força possible per fer-hi front: encorbats, arrugats i canosos. ●

PER SABER-NE MÉS D'EN #JOSEPVALENT:

Vilanova, G. (2019). *1 fill inesperat i 1 sofà. La vida amb en #josepvalent.* Sant Cugat del Vallès: Símbol Editors.

Vilanova, G. (2021). *El hijo inesperado. Comprender el autismo, abrazar la diferencia.* Barcelona: Arpa Editores.

Vilanova, G. *El fill inesperat.* Blog digital ARA Criatures.

Compte d'Instagram: josep_valent

