

AUTISME PRIMERENC¹

– Juan Larbán Vera –

Psiquiatra i Psicoterapeuta d'infants, adolescents i adults. (Eivissa)
juan.larban@gmail.com

INTRODUCCIÓ



Si abordem l'autisme des d'una perspectiva psicològica i psicopatològica relacional, les manifestacions clíniques estables i duradores del trastorn autista

que clàssicament es reagrupaven –en els infants grans i en els adults– en l'anomenada “triada de Wing” (en homenatge a Lorna Wing, la seva descobridora), és a dir, les dificultats en la interacció social, en la comunicació verbal i no verbal i un patró restringit d'interessos o comportaments serien la conseqüència d'un procés psicopatològic molt més precoç que, desenvolupant-se des dels primers mesos de vida, es podria detectar, diagnosticar i tractar en el primer any de vida de l'infant (Acquarone, S., 2006; Houzel, D., 1993; Larbán, J., 2008; Maestro, S., Muratori, F. et al., 2001, 2002 i 2005; Muratori, F., 2008, 2009 i 2012; Palau, P., 2010; Palomo, R., 2006; Volkmar, F. R., Pauls, D., 2003; Zwaigenbaum, L., 2005).

Per dur a terme una intervenció precoç que pugui evitar l'inici del funcionament autista en el nadó, així com la instal·lació en el seu psiquisme, hauríem de basar-nos en l'estudi i tractament de les alteracions precoces de la interacció cuidador-nadó que dificulten o impedeixen l'accés d'aquest darrer a una necessària integració perceptiva del flux sensorial que li arriba per diferents canals sensorials per aconseguir fer-se una imatge interna de la realitat percebuda, així com les perturbacions interactives que dificulten o impedeixen l'accés del nadó a la intersubjectivitat, que és la capacitat de

compartir l'experiència subjectiva viscuda en la interacció amb l'altre.

LA SITUACIÓ A ESPANYA

El grup d'Estudios de los TEA, Trastorns de l'Espectre Autista, de l'Institut de Investigació de Enfermedades Raras, Instituto de Ciencias de la Salud Carlos III, al seu informe (Demora Diagnòstica en els TEA, 2003-2004), exposa, entre d'altres, les següents i alarmants dades que, malauradament, pensem que continuen vigents avui dia.

I- Les famílies són les primeres en detectar signes d'alarma en el desenvolupament del seu fill/a. Entre un 30%-50% de pares detecten anomalies en el desenvolupament dels seus fills en el primer any de vida.

II- Des de que les famílies tenen les primeres sospites de que el seu fill/a presenta un trastorn del desenvolupament fins que obtenen un diagnòstic final passen dos anys i dos mesos de mitjana.

III- L'edat mitjana en la què el nen rep un diagnòstic de TEA és de cinc anys.

IV- El diagnòstic dels TEA és fruit, fins al moment, més dels Serveis Especialitzats de Diagnòstic de TEA (als quals les famílies hi van de manera privada) que dels Serveis Sanitaris d'Atenció Primària.

V- Fins a tres o quatre anys poden passar abans de que un infant que mostra els primers símptomes d'autisme sigui diagnosticat i rebi el tractament adequat.

VI- Encara que les famílies consultin a Serveis Públics de Salut, la majoria dels diagnòstics més específics es realitzen en Serveis Privats (incloent en aquesta categoria les pròpies associacions de famílies de persones amb autisme).

TRASTORNS MENTALS I AUTISME: MITE I REALITAT

Sobre els trastorn mental, inclòs l'autisme, hi ha creences que, havent arrelat a

la nostra societat amb la categoria de mites, estan influint molt negativament en la confrontació adequada del problema i en la seva possible solució. El mite és una creença que atribueix a persones o coses una realitat que no posseeixen (Larbán, J., 2011).

Vegem algunes d'aquestes creences mítiques que han estat invalidades pels avenços de la ciència.

I- AUTISME. ALLÒ GENÈTIC I ALLÒ AMBIENTAL:

Avui dia, la investigació genètica pura (aïllada de les altres ciències que poden enriquir-la i complementar-la) que ha permès un avanç útil en un percentatge reduït de casos (5-10%) en els que, juntament amb el retard mental i símptomes autístics associats s'identifiquen altres trastorns de base genètica (com passa per exemple en el cas de la síndrome de Rett, l'esclerosi tuberosa, la síndrome X fràgil, etc.), ens està portant per un camí errat en intentar associar directament els trastorns mentals a unes alteracions genètiques determinades a través d'una relació de causalitat directa i lineal. És l'epigenètica la que ofereix més possibilitats d'avançar en l'estudi de les malalties i trastorns que fins fa ben poc es pensava que estaven genèticament determinats. L'epigenètica descriu un conjunt d'interaccions existents entre els gens entre si (genoma) i el seu entorn, que condueix a l'expressió del fenotip. Dit d'una altra manera, el material genètic existent en els gens s'expressarà, es manifestarà i es farà visible o no en funció de la interacció amb el medi. Aquests canvis d'expressió genètica no es transmeten a la següent generació de manera biològica, sinó que culturalment transmetem els reguladors de l'expressió. Això vol dir que hi haurà evolució cultural que modifica l'expressió de la genètica a través de l'aprenentatge, que és molt ràpida, i

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

una altra natural, biològica, basada en mutacions, d'una lentitud que es mesura per desenes de mil·lennis.

II- AUTISME, PSIQUISME I CERVELL: se sap avui dia, gràcies als avenços de la psicologia i psicopatologia del desenvolupament, així com de les neurociències, que el desenvolupament psíquic i cerebral de l'ésser humà està estretament unit, en interacció constant i interdependència mútua amb l'ambient que, en el cas dels infants, seria sobretot l'entorn cuidador (familiar, professional, institucional i social). Si bé els resultats experimentals que demostren l'existència de la plasticitat cerebral són recents, la hipòtesi és antiga. Santiago Ramón y Cajal ja havia formulat fa més d'un segle que "les connexions nervioses no són, doncs, definitives ni immutables, ja que es creen, per dir-ho d'alguna manera, associacions de prova destinades a substituir o a destruir-se segons circumstàncies indeterminades, fet que demostra, entre parèntesi, la gran mobilitat inicial de les expansions de la neurona" (Ramón y Cajal, S., 1909-1911). Més recentment, la investigació duta a terme per Ansermet, psiquiatre i psicoanalista, i per Magistretti, neurofisiòleg, posen de relleu un cop més l'estreta interacció entre allò genètic-constitucional-neuronal i l'experiència del subjecte en la interacció amb el seu entorn i, en aquest cas, amb l'entorn cuidador; experiència capaç de modular i canviar no només l'empremta psíquica amb ancoratge somàtic, sinó també l'empremta neuronal i, per tant, el desenvolupament cerebral del subjecte que la viu (Ansermet, F., Magistretti, P., 2006).

Els avenços en neurociència del desenvolupament han destacat la importància de la integració de les relacions interpersonals i el desenvolupament del cervell. La interacció entre l'infant i el seu cuidador té un impacte directe en el desenvolupament del mateix. Les interaccions cara a cara modulen no només el desenvolupament de l'infant, sinó també algunes funcions cerebrals

de l'altre participant de la interacció (neurones mirall).

La neurogènesi (producció i regeneració de les cèl·lules del sistema nerviós central) no és patrimoni exclusiu de la infantesa i l'adolescència com es pensava abans, té lloc també en l'adult i pot persistir a la vellesa. Sabem que la "poda neuronal" és un fenomen que també es dona en el cervell humà. És a dir, les xarxes neuronals que no es fan servir durant molt de temps perden la seva funció i moren. La desaparició de xarxes neuronals no utilitzades es fa en benefici d'altres xarxes neuronals que, en ser més utilitzades, es desenvolupen més.

III- AUTISME, EMPATIA I NEURONES MIRALL: El recent descobriment del sistema neuronal anomenat "neurones mirall" o "neurones de l'empatia" mostren de nou l'estreta i inseparable interacció entre allò neurobiològic i allò ambiental. La investigació en neurociències ha posat en evidència que la capacitat de relacionar-se i comunicar-se amb empatia amb l'altre té el seu correlat anatòmic-fisiològic en xarxes neuronals anomenades "neurones mirall", en allusió a la relació especular que s'estableix amb l'altre a través de l'empatia, que seria la capacitat de posar-se en el lloc de l'altre (emocionalment i cognitiva) sense confondre's amb ell. És com si el subjecte observador pogués viure de forma "virtual" l'experiència de l'altre en la interacció que manté amb ell. Gràcies a aquesta capacitat, alhora neurològica (neurones mirall) i psicològica (empatia emocional i cognitiva), l'ésser humà, en etapes molt precoces del seu desenvolupament psíquic (el somriure intencional o social que apareix en el nadó a partir de la sisena setmana si tot va bé és un indicador específic i fiable de l'inici en el nadó del procés d'identificació empàtica amb el seu cuidador i de l'accés a la capacitat d'intersubjectivitat), pot compartir l'experiència emocional i cognitiva amb l'altre, així com predir i anticipar les intencions i respostes de l'altre, facilitant d'aquesta manera l'ajust i adaptació recíprocs

en la interacció entre ambdós (Larbán, J., 2012).

Per Golse, l'empatia (que possibilita l'accés a la intersubjectivitat en l'ésser humà) seria "la capacitat de reproduir en el nostre propi psiquisme els sentiments, els moviments, les intencions o motivacions de l'altre i, també, prenent com a base i vehicle de transmissió de les emocions, els pensaments i representacions associats, siguin o no conscients" (Simas, R., Golse, B., 2008).

CAP A UNA COMPRESIÓ INTEGRADORA DE L'AUTISME

Des de fa uns anys, observo amb preocupació com, per qüestions ideològiques molt allunyades del pensament i actitud considerats com a "científics", es confonen les conseqüències amb les causes en el cas de la investigació etiològica o causal dels trastorns mentals. Els importants descobriments que s'estan fent en el camp de les neurociències són interpretats "interessadament" per un sector dels professionals de la salut mental que es proclamen portadors (amb actitud intolerant i exclouent d'allò diferent) de la "veritat científica". De l'imperialisme d'allò psicològic estem passant, en els darrers anys, a través d'un moviment pendular habitual en els processos històrics, a un imperialisme d'allò biològic.

La confusió interessada i allunyada del pensament científic es manifesta, per exemple, interpretant que un descobriment "x", que es mostra a través de ressonància magnètica o una altra tècnica de neuro-ràdio-imatge que algunes regions cerebrals com el lòbul temporal superior (LTS) -d'adults o infants ja de certa edat i amb funcionament autista- presenten alteracions anatòmiques i funcionals, és una clar equívoc signe de que la causa de l'autisme és d'etiologia orgànica o genètica, exclouent la importància de la interacció d'allò genètic-constitucional amb l'ambient que inclou la dimensió psico-social de l'ésser humà.

Aquesta actitud omet el fet de que en el moment de la investigació i, donada l'edat del col·lectiu investigat, les perturbacions precoces en la interacció entorn

cuidador-nadó ja han pogut alterar, tant el procés maduratiu del cervell i del sistema nerviós central, així com l'adequat desenvolupament de les seves múltiples i complexes funcions, així com el procés de constitució i desenvolupament del psiquisme primerenc de l'infant.

Golse i Robel, en un interessant article referent a la investigació en psicoanàlisi i abordant el debat entre la psicoanàlisi, la psicopatologia cognitiva i les neurociències, ens mostren que el lòbul temporal superior del cervell es troba avui dia al centre de les reflexions en matèria d'autisme infantil, trastorn psicopatològic que representa el fracàs de l'accés a la intersubjectivitat amb la impossibilitat d'integrar el fet de que l'altre existeix en tant que altre. Els treballs d'investigació dels cognitivistes ens han mostrat que un objecte no pot ser percebut com quelcom extern a un mateix si no és aprehès almenys per dos canals sensorials (Streri, A., 1991; Streri, A., et al., 2000). L'accés a la intersubjectivitat implicaria al lòbul temporal del cervell humà, degut a les diferents funcions que en ell es troben localitzades: reconeixement dels rostres (gyrus fusiforme del LTS), reconeixement de la veu humana (solc temporal superior del LTS), anàlisi dels moviments de l'altre (zona occipital del LTS) i, sobretot, l'articulació dels diferents fluxos sensorials que emanen de

l'objecte-subjecte relacional (solc temporal superior del LTS), permetent que aquest pugui ser percebut com a extern a si mateix.

En el moment en què l'abordatge psicoanalític i el cognitiu (teoria de la ment) s'uneixen per considerar la intersubjectivitat com el fruit de la integració del flux sensorial percebut que prové de l'objecte-subjecte relacional, estudis recents de neuroimatge cerebral revelen anomalies anatòmiques i funcionals del lòbul temporal superior en els infants de certa edat i en adults amb funcionament autista. Un diàleg és, doncs, possible entre aquestes diferents disciplines, esperant que s'obri un camí cap a un abordatge integrador de l'autisme infantil en el qual el lòbul temporal superior podria ocupar un lloc central, no com el lloc d'una hipotètica causa primària de l'autisme, sinó com una baula intermediària i com a reflex del funcionament autístic primerenc de l'infant (Golse, B., Robel, L., 2009).

EL MODEL RELACIONAL DE COMPRESIÓ DELS TRASTORNS MENTALS INCLOENT L'AUTISME

El punt de vista neurocientífic actual s'està aproximant cada cop més a una comprensió del desenvolupament humà de naturalesa essencialment relacional en el que s'integren, potenciant-se mútuament, els aspectes físics amb els psíquics

a través de la interacció amb l'altre, que permet una reprogramació d'allò biològicament programat. Els trastorns psíquics i del desenvolupament no serien el resultat dels desajusts i disfuncions interactives, sinó reorganitzacions adaptatives del programa inicial per continuar evolucionant.

En termes neurofisiològics, s'ha proposat com a fórmula sintètica, com encertadament ens recorda el Dr. Juan Manzano, que el cervell del nounat està programat (genèticament) per entrar en relació amb la persona que el cuida i per reprogramar-se en funció d'aquesta relació.

Comparteix amb Manzano (2010) la forma de veure el desenvolupament humà i les seves desviacions psicopatològiques, així com el seu tractament.

El postulat que defensa Manzano és el de considerar que l'infant, des del seu naixement i fins i tot abans, és un organisme, un tot, una estructura viva, programada i adaptada a l'entorn cuidador que espera trobar, entrant immediatament en relació amb ell, per reprogramar-se en funció de l'experiència d'aquesta relació. Aquest altre que ha de trobar a aquest altre organisme, la mare o la persona que exercirà la funció materna, que al seu torn està programada per entrar en relació amb el nadó i reprogramar-se ella també en funció d'aquesta relació.

Des d'un punt de vista neurofisiològic, considera que el cervell del nounat està programat per entrar en relació amb una persona que l'ajudi a reprogramar-se en funció de la interacció amb la mateixa. El desenvolupament és, en conseqüència, concebut com la modificació adaptativa del programa innat en contacte amb l'altre. En termes psicodinàmics, des del naixement, l'infant disposa d'una part organitzada de la personalitat (un jo) amb una certa representació de "si mateix" i una relació diferenciada de "si mateix" amb la mare o equivalent.

L'estructura de la personalitat del nadó canviarà aquesta relació. Qualsevols que siguin els factors que intervien (lesionals, genètics, conflictes, etc.), els trastorns del desenvolupament no són mai una simple expressió d'aquests



El cervell del nounat està programat (genèticament) per entrar en relació amb la persona que el cuida i per reprogramar-se en funció d'aquesta relació.

factors, sinó reorganitzacions -o ajustaments- del programa per continuar el desenvolupament, malgrat les alteracions. Com es tracta d'ajustaments adaptatius, no són rígids ni immutables. Ans al contrari, poden evolucionar de nou en la interacció. Atès que el desenvolupament és relacional, el tractament és també necessàriament relacional. Les diverses mesures pedagògiques, educatives, farmacològiques, psicoterapèutiques o altres s'hauran d'integrar, coordinar i hauran de supeditar-se a la dinàmica relacional subjacent i tindran sempre com a objectiu l'establiment d'una relació i el de garantir la seva continuïtat, per permetre un nou canvi de l'organització, de l'estructura de la personalitat del pacient.

Aquest model -relacional, evolutiu, adaptatiu- de comprensió del desenvolupament humà i de les seves desviacions psicopatològiques defensat per Manzano ens permet tenir una visió més comprensiva amb els símptomes i trastorns, en tant que representen una feina de reorganització adaptativa que desenvolupa la persona afectada per viure amb menys patiment en situacions adverses que no poden canviar.

Des d'aquesta perspectiva, ens veiem obligats a pensar l'ajuda terapèutica com un procés evolutiu co-construït i desenvolupat amb el pacient i la seva família. Amb l'ajuda relacional adequada, hem vist que es pot canviar l'estructura de la personalitat i la manera de relació (amb si mateix i amb els altres) desenvolupant una altra més funcional, menys simptomàtica, més evolutiva, més adaptada a l'entorn, més propera a un desenvolupament normalitzat.

Com veiem a través del que he exposat fins aquí, la psicoteràpia basada en la relació psicoterapèutica seria un element essencial, que no exclusiu, en el tractament dels trastorns psíquics i del patiment humà que generen, tant en el pacient com en la seva família i context social més proper. Per nosaltres, la relació psicoterapèutica es basaria en un procés interactiu de vinculació interpersonal, intersubjectiu i intrasubjectiu, tenint com a funcionament l'aliança terapèutica establerta entre una o més persones i el seu terapeuta.

La base de l'aliança terapèutica seria el resultat de la identificació empàtica parcial i transitòria, que viu el terapeuta en relació amb la forma de ser del pacient, el seu patiment, les seves emocions (empatia emocional), amb el problema del pacient (empatia cognitiva) i també de la seva família, la qual cosa permet alhora, de manera interactiva, una identificació empàtica, també parcial i transitòria, del pacient i la seva família cap i amb la forma de ser, l'actitud i la tasca terapèutica del terapeuta.

Per al desenvolupament d'una bona aliança terapèutica, el terapeuta ha de comptar i tenir en compte els mecanismes de defensa, així com les resistències del pacient i de la família en el cas de l'infant, ajustant-se progressivament a elles (Despars, J., Kiely, M.C. i Perry, C., 2001).

QUÈ ÉS L'AUTISME?

Etimològicament, autisme prové del grec *Auto, d'Autós*, que significa propi, un mateix. És curiós veure com el seu significat etimològic contribueix a donar-li un sentit metafòric al concepte d'autisme. Podem imaginar a l'infant amb autisme com un infant molt seu, excessivament seu, tan seu que sembla no necessitar als altres. Tan ficat en si mateix, en el seu món propi, que ens sembla molt difícil i, sovint fins i tot impossible, atraure'l cap al nostre per poder comunicar-nos amb ell. Podem veure'l també com un infant amb unes peculiaritats pròpies que el fan diferent o molt diferent d'altres infants. Aquestes consideracions així plantejades ens donen una pista inicial molt valuosa per a la comprensió de l'infant que pateix autisme. Ens suggereixen que estem davant d'un trastorn del desenvolupament de les bases de la personalitat de l'infant més que no pas davant d'una malaltia en el sentit clàssic del terme. Quelcom que afecta a la forma de ser de la persona. Per les conseqüències que comporta aquesta excessiva, intensa i duradora abstracció de l'infant que l'aïlla i el desconnecta del seu entorn, podem deduir que el desenvolupament del seu funcionament psíquic i cerebral es veurà afectat. Sense l'altre, sense la relació i comunicació amb l'altre, no podem constituir-nos com a subjectes amb psiquisme i personalitat propis. És a través de les identifications,

quelcom molt més complex i enriquidor que la mera imitació, que anem incorporant en el nostre món intern aspectes de l'altre que anem fent nostres. És d'aquesta manera que anem construint la nostra manera de ser, base de la nostra personalitat. Per tal que un nadó s'identifiqui amb qui el cuida necessita sentir-se atret per ell i tenir la curiositat que, en general, tenen tots els infants quan tot va bé en el seu desenvolupament. Curiositat per observar i explorar atentament el seu món, començant pel seu propi cos i el de l'altre, així com el món extern que l'envolta. Per veure's, conèixer-se, comprendre's i, alhora, obrir-se a l'exterior, al món intern de l'altre per explicar-lo i comprendre'l, l'infant necessita que, prèviament, la persona que el cuida, de manera interactiva, hagi estat capaç de posar-se al seu lloc, comprenent-lo en les seves manifestacions i necessitats, sense confondre's amb ell. Estem referint-nos ara a l'empatia o capacitat d'identificació empàtica, quelcom de que els infants amb funcionament autista no solen gaudir o posseeixen com un bé escàs, fins i tot quan en alguns casos fan una evolució considerada com a favorable.

La "cuirassa" o "armadura" defensiva amb la que intenta protegir-se l'infant amb funcionament autista és imperfecta i té sempre, i en determinats moments, fissures o esclatxes per les que es "filtra la llum" de la interacció positiva i evolutiva del seu entorn cuidador. Són moments d'obertura a la interacció amb l'entorn que representen l'accés, encara que fugaç i transitori en els casos més greus, a cert grau de comunicació intersubjectiva amb l'altre. La possibilitat o no de que aquestes experiències compartides siguin realitat en la interacció pares-nadó depèn de múltiples factors impossibles de predir i detectar en un "tall" transversal de la situació existencial del nadó, però són més fàcilment detectables quan l'observació i avaluació del risc evolutiu del nadó es fan en un continu evolutiu que inclou la interacció entre el nadó i el seu entorn cuidador.

Les persones afectades per un funcionament autista tenen dificultats -variables en funció de la gravetat del trastorn- per relacionar-se i comunicar-se de forma empàtica amb l'altre. També

presenten dificultats per a la integració de la sensorialitat (dels estímuls que arriben per diferents canals sensorials, no podent per tant fer-se una representació mental global de l'objecte-subjecte relacional percebut), així com per establir relacions intersubjectives, atès que no han pogut desenvolupar adequadament el seu món subjectiu, ni han pogut separar-se-diferenciar-se suficientment de l'altre, condicions indispensables per captar i comprendre el món subjectiu dels demés (Larbán, J., 2008 i 2010).

Què passa amb aquests infants amb funcionament autista que rebutgen la comunicació amb l'altre, sent aquesta tan necessària per a la seva supervivència i desenvolupament psíquic i cerebral?

Com veiem i segons el que acabem d'exposar, l'inici del procés de funcionament autista en l'infant seria una desviació psicopatològica del desenvolupament normal de la psique primerenca del nadó (primer any de vida) i tindria a veure amb fracassos bàsics i invasius (les dificultats en una àrea de desenvolupament envaeixen, s'estenen a altres àrees de desenvolupament a causa de la seva interdependència mútua) que essencialment afecten a dues àrees fonamentals, tant per al seu desenvolupament psí-

quic-cerebral, com per unir-separar-diferenciar amb/de l'altre, pel coneixement de l'altre i de si mateix i per la, a més, per a la relació-comunicació (no verbal i verbal) amb els altres. Les dues àrees de desenvolupament afectades, que són fonamentals en aquests primers mesos d'evolució per al desenvolupament adequat psíquic-cerebral de l'infant, serien en l'ordre indicat, les següents:

I- Dificultats importants i duradores en el desenvolupament de la capacitat d'integrar la sensorialitat, atès que els estímuls (interns i externs) percebuts que li arriben per diferents canals sensorials, sense l'ajuda interactiva empàtica (emocional i cognitiva) de l'altre cuidador, quedarien dissociats, privilegiant la recepció per un sol canal sensorial a expenses dels altres. Ens trobem, aleshores, amb un nadó hipersensible, que sembla sord, absent, enganxat a algun estímul autosensores, però que reacciona amb pànic quan sent un soroll inesperat, ja que el nadó en aquest cas no podria fer-se una imatge global interna de la realitat percebuda (primeres representacions mentals). El nadó, a través d'una competència que desenvolupa des dels primers dies de vida,

la capacitat de percepció transmodal -mantellament sensorial, segons Meltzer (Meltzer, D., 1975)- pot, amb l'ajuda de l'entorn cuidador, integrar estímuls tals com el soroll que espanta amb la veu tranquil·litzadora, la mirada, les carícies de la mare i la forma d'acollir-lo a la falda (estímuls percebuts que li arriben per canals sensorials diferents), en un esbós primitiu de representació mental de l'objecte mare-consol o mare-tranquil·litzadora, per exemple. Així, a poc a poc, el nadó no només integra la seva sensorialitat, sinó que la viu en el seu context (atorgant sentit a l'experiència) i en la relació emocional amb l'altre. D'aquesta manera, el nadó, de mica en mica, va veient, va sabent de què va el que està succeint, el que està vivint i va aprenent de l'experiència a mesura que la va construint.

És molt coneguda l'experiència realitzada amb nadons d'alguns dies de vida: el nadó succiona la tetina del seu biberó d'una determinada manera sense haver-la vist abans i, no obstant, és capaç d'orientar de manera preferent la seva mirada cap a la representació gràfica d'aquesta mateixa tetina entre altres dibuixos de tittines diferents que se li presenten. Podem deduir d'aquesta experiència que el nadó és capaç d'extraure de les seves sensacions tàctils (succió) una estructura morfològica que localitza de seguida en el si de les seves sensacions visuals, el que podria considerar-se com un esbós o inici del desenvolupament de la capacitat d'abstracció en el nadó.

Les dificultats importants i duradores en la integració sensorial, en no permetre la constitució de representacions mentals (subjectives) de la realitat (interna i externa) percebuda pel nadó, el col·loquen en la situació d'incapacitat per establir una interacció intersubjectiva amb l'altre.

II-Dificultats també importants i duradores en la constitució de l'ésser humà com a subjecte (amb subjectivitat) i, per tant, en la vivència de la intersubjectivitat, és a dir, el desen-



La "cuirassa" o "armadura" defensiva amb la que intenta protegir-se l'infant amb funcionament autista és imperfecta i té sempre, i en determinats moments, fissures o esclatxes. (Fotografia de Timothy Archibald).

volupament de la capacitat d'establir relacions intersubjectives amb l'altre, de compartir l'experiència subjectiva amb l'altre, tant en la intencionalitat de les accions i motivacions de l'altre, com en la sensació de moviment que implica una determinada acció de l'altre i, a més, en allò cognitiu, és a dir, en la manera de pensar i, sobretot i fonamentalment, en allò emocional, això és, en forma de sentiment de l'altre (Stern, D., 1991, 1999 i 2005). Per aconseguir aquest objectiu tan important, "l'obra" del nadó ha de ser facilitada de manera empàtica per l'entorn cuidador.

Les dificultats interactives de l'entorn cuidador-nadó que no faciliten i fins i tot obstaculitzen els processos psíquics i interactius indicats anteriorment col·loquen al nadó en una situació de risc de possible evolució cap a un funcionament autista, generant a més dèficits emocionals, cognitius i relacionals. La dificultat d'integració sensorial que es pot manifestar en alguns infants més grans, com una por fòbica a l'espetec dels globus, al soroll dels trons, de l'aspirador, etc. i, també, a ser abraçats, així com les dificultats per establir relacions empàtiques amb els altres, per jugar amb els símbols, amb les paraules, per comprendre la poesia, les endevinalles, els acudits, els somnis, etc. poden ser les seqüeles del funcionament autista que, en el cas d'una bona evolució, solen romandre com a símptomes quan els tractaments són tardans o més instrumentals (mètodes, tècniques dissociades de la relació-comunicació, que és allò fonamental) que relacionals (Grandin, T., 2006; Haddon, M., 2004).

Les manifestacions clíniques del trastorn autista que clàssicament es reagrupen en la "triada de Wing", és a dir, les dificultats en la interacció social, en la comunicació verbal i no verbal i un patró restringit d'interessos o comportaments, serien la conseqüència d'un procés psicopatològic molt més precoç que es desenvoluparia en el primer any de vida de l'infant.

L'EVOLUCIÓ DEL PROCÉS AUTÍSTIC EN L'INFANT

L'evolució del funcionament autista en l'infant pot ser progressiva, regressiva i fluctuant entre ambdues.

Els infants amb evolució progressiva del funcionament autista serien aquells que des de les primeres setmanes mostren una evolució progressiva cap a un funcionament autista que es va instal·lant lentament i progressiva en el funcionament psíquic del nadó.

Els infants amb evolució fluctuant del funcionament autista serien els que alternen alguns moments d'accés a la intersubjectivitat primària (primer semestre), és a dir, a la comunicació social i emocional amb l'altre gràcies sobretot a la insistència del cuidador, amb altres de relegament, aïllament, desconnexió emocional i relació "interobjectiva" (amb objectes), més que intersubjectiva amb l'altre. Aquests infants, en el segon semestre, són incapaços la major part del temps d'accedir a la intersubjectivitat secundària basada en la triangulació relacional que permet l'atenció compartida amb l'altre cap a un objecte extern. El món psíquic de l'infant evoluciona normalment des d'un món dominat per la intersubjectivitat primària (relació diàdica) en el primer semestre i cap a la intersubjectivitat secundària (relació triàdica), des del segon semestre (Trevvarthen, C., Hubley, P., 1978; Hubley, P., Trevvarthen, C., 1979). Aquest important progrés evolutiu, l'accés a la intersubjectivitat secundària, permetrà a l'infant desenvolupar la capacitat de relació, no només amb l'altre i amb allò altre, que ocupa el lloc del tercer, sinó també la seva integració grupal i social.

Els infants amb evolució regressiva del funcionament autista serien aquells infants que durant el primer any de vida aconseguen assolir de manera fluctuant (que sol passar desapercebuda al seu entorn) a cert grau d'intersubjectivitat primària i secundària, però amb "ancoratges" poc sòlids i duradors en el seu psiquisme. Aquests infants, amb una dèbil capacitat de resiliència, molt bons nens, que es presenten com "apagats", amb poca iniciativa relacional en el pla social i dependent molt de l'adult

cuidador per això, davant de situacions traumàtiques de pèrdues que afecten a la quantitat i qualitat de la presència psíquica, amb pèrdua de les adquisicions assolides fins aleshores en els aprenentatges, en el llenguatge i en la relació social, es repleguen en si mateixos i es tanquen progressivament en un funcionament autista.

Successió de pèrdues externes i internes, tals com l'absència perllongada i/o repetida del cuidador que desemboquen en un procés de dol de tipus depressiu amb desconnexió emocional, pèrdua del lloc i la presència d'un tercer, etc. poden desencadenar en l'infant, per protegir-se del patiment, buit i desorganització interns, un retorn al funcionament defensiu de tipus autístic. La seva fràgil vinculació amb l'altre i amb allò altre, diferent del nosaltres, d'allò que som tu i jo, així com la seva dificultat per mantenir una imatge interna de l'altre absent, fan d'aquests infants uns subjectes molt vulnerables a aquests tipus de pèrdues. La capacitat de recuperar allò perdut en l'infant depèn, en aquests casos, de la comprensió empàtica de l'entorn cuidador i de la forma com aporten o no la seguretat relacional necessària per que l'infant que es tanca en un funcionament autístic pugui superar les seves pors i angoixes catastròfiques i obrir-se de nou a la interacció amb l'altre, recuperant-lo de nou en el seu interior.

Segons la visió interactiva del desenvolupament sa i patològic del nadó, sembla lògic i legítim pensar que el funcionament autista de l'infant, vist com un mecanisme de defensa utilitzat per ell per evitar el desplaer i patiment generat en la interacció amb el seu entorn, pugui ser tractat etiopatogènicament, ajudant a la mare, als pares, a canviar el tipus d'interacció que, en la relació amb el seu fill, està facilitant, sense voler, la seva instal·lació en un procés autístic. Procés que, de persistir, pot generar dèficits psíquics, emocionals i socials que una vegada instal·lats en l'infant són més difícils de tractar.

La fluctuació dels signes i símptomes del nadó considerats aïlladament amb factors de risc evolutiu cap a un possible funcionament autista feien pràcticament

impossible el desenvolupament d'una eina adequada i eficaç per a la seva detecció precoç. No obstant, l'estudi de l'evolució dels factors de risc presents en el nadó, al que s'afegeix l'estudi de l'evolució dels factors de risc presents en els pares, però, sobretot i fonamentalment, l'estudi de l'evolució de la interacció entre els pares i el seu fill, constatat mitjançant escales d'avaluació aplicades als tres, sis i dotze mesos de vida del nadó, ens permeten afinar molt aquesta detecció i fer-la possible en un important nombre de casos (Larbán, J., 2008).

QUINA ÉS LA CAUSA DE L'AUTISME?

No hi ha una única causa: ni genètica, ni ambiental. En la causalitat plurifactorial dels trastorns mentals en l'ésser humà, incloent l'autisme, intervien tant els factors de vulnerabilitat psicològics i biològics, incloent els constitucionals i genètics, com els factors de risc psicològics i socials, incloent els interactius amb l'entorn, en estreta interacció potenciadora dels uns respecte als altres. De la mateixa manera, els factors protectors de la salut mental (biològics i psicosocials), interactuant entre si, potencien la resiliència i la salut mental del subjecte (Larbán, J., 2011, 2012a i 2012b).

Els riscos apareixen com a no específics en quant a les conseqüències per al desenvolupament del nadó. Diferents factors de risc poden provocar el mateix efecte i un mateix conjunt de factors de risc poden donar lloc a trastorns de naturalesa diferent.

Es fa doncs necessari que l'avaluació dels factors de risc es faci en un continu evolutiu que permeti observar com un determinat tipus d'interacció, pel seu caràcter repetitiu i circular, ens porta en una direcció determinada i no una altra. Dit d'una altra manera, cal que l'observació es faci en un espai-temps lineal, amb un abans i un després, per poder veure la convergència dels factors de risc interactiu i dels diferents signes d'alarma cap a un determinat procés evolutiu (Larbán, J., 2007).

Els factors de risc interactius presents en la relació cuidador-nadó, així com els signes d'alarma presents en el nadó en el seu primer any de vida, tenen relació



Dificultats també importants i duradores en la constitució de l'ésser humà com a subjecte (amb subjectivitat) i, per tant, en la vivència de la intersubjectivitat, és a dir, el desenvolupament de la capacitat d'establir relacions intersubjectives amb l'altre.

amb dificultats i desajusts duradors de la interacció, amb disfuncions i alteracions del vincle, amb freqüents desencontres dolorosos, frustrants i repetitius entre el nadó i el seu cuidador que els poden portar a conductes d'evitació i rebuig, amb la dificultat afegida de no poder estar atent, motivat i present en la relació amb l'altre; dificultats expressades en la interacció tant a través de la mirada com del somriure, de les emocions i del cos. La seva gravetat estaria determinada per la intensitat, la durada i la repetició dels signes d'alarma i dels factors de risc, però també per la seva capacitat potenciadora dels uns amb els altres, presents en ambdós participants de la interacció. Dependrà també de si el nadó no respon o respon molt dèbilment quan se l'estimula o només quan se sol·licita la seva resposta de forma persistent (Larbán, J., 2008).

En un cantó de la interacció estaria el nadó i en l'altre, els pares. Si a les dificultats per comunicar-se i relacionar-se amb el seu entorn cuidador presents en l'infant, ja sigui a través del seu temperament o de la presència d'un dèficit de funcionament o d'una malformació orgànica, s'afegeixen dificultats semblants i presents de forma repetitiva i durado-

ra en els pares, podem comprendre la situació de risc evolutiu que això representa per al nadó que és el membre més necessitat i vulnerable dels dos elements de la interacció (Larbán, J., 2006).

En el desenvolupament de l'autisme primerenc del nadó és de suma importància el procés interactiu autistitzant i el procés defensiu-autístic.

EL PROCÉS INTERACTIU AUTISTITZANT

La interacció evolutiva pares-nadó és en espiral. La interacció circular, repetitiva i no creativa, és cronificant i cronificadora. En la interacció entorn cuidador-nadó, incloem tant la relació basada en la cura (real) com la relació psíquica, basada en les fantasies conscients i, sobretot, inconscients (fantasmàtica). Incloem també en la interacció, la comunicació no verbal, la pre-verbal i la verbal, tant en allò que té a veure amb el contingut (informació) com amb el continent (ritme, prosòdia, alternança, reciprocitat) i a la forma de comunicar-se (significat), sense oblidar el context de la comunicació que és allò que li dona el sentit.

El procés interactiu autistitzant (Hochmann, J., 1990) seria un factor de risc interactiu que es desenvolupa -de

manera inconscient i no intencional- en el si de la interacció primerenca entre el nadó i el seu cuidador. Segons el model interactiu, poc importa qui l'inicia. Sigui l'adult que es mostra insuficientment disponible des del punt de vista psíquic o sigui l'infant qui mostra un comportament relacional especial, es crea ràpidament un cercle viciós auto-agreujant, ja que la inadaptació de les respostes interactives d'un dels elements de la relació accentua el desenvolupament en l'altre de respostes també inadaptades, tancant-se ambdós en una interacció circular de difícil sortida. El procés autistitzant és un concepte que permet subratllar que l'autisme infantil no és una malaltia estrictament endògena, sinó que es co-construeix i s'organitza en el marc de disfuncionaments interactius o d'una espiral pertorbada d'intercanvis entre el nadó i els adults que el cuiden. L'origen primari del disfuncionament pot situar-se, segons els casos, sigui de la banda del nadó, sigui de la banda de l'adult cuidador. En tots els casos, el disfuncionament interactiu d'un dels membres de la interacció desorganitza a l'altre que, degut a això, respondrà de manera inadaptada, agreujant alhora les dificultats de l'altre i viceversa, en una perillosa espiral de cronificació i agreujament.

FACTORS DE RISC INTERACTIU AUTISTITZANT

Els factors de risc interactiu autistitzant que poden portar precoçment a l'infant cap a un funcionament defensiu autístic serien els següents:

1. La interacció cuidador-nadó que dificulta i impedeix de manera duradora i repetitiva en el nadó la integració sensorial, és a dir, la integració perceptiva dels fluxos sensorials que li arriben al nadó per diferents canals sensorials des de l'objecte-subjecte relacional. Aquesta dificultat, potenciada per la impossibilitat de trobar en la interacció els necessaris moments d'abstracció i de desvinculació relacional transitòria que permet al nadó la autoregulació i equilibri psicossomàtics, la integració sensorial dels estímuls percebuts i la regulació de la interacció amb el seu cuidador, seria

un factor de risc interactiu autistitzant i, també, de risc evolutiu cap als trastorns psicossomàtics del lactant.

Poden donar-se aquests factors de risc quan la persona que exerceix la funció materna, en la interacció amb el seu nadó, té dificultats importants i durables per identificar-se de manera empàtica amb el nadó sense confondre's amb ell i respondre així adequadament a les seves necessitats vitals i evolutives.

En el cas d'un dèficit important d'empatia, la mare té la sensació de viure amb ell desencontres freqüents, repetitius i duradors i esdevé el mateix, encara que no en sigui conscient, en el cas d'un excés important d'empatia, ja que té la creença de conèixer-lo tant bé que "l'endevina", anticipant-se excessivament i de manera no realista a les necessitats del nadó degut al fet de confondre's inconscientment amb ell. Per a aquestes persones, endevinar al seu nadó és viscut sense les cometes, ja que freqüentment en el seu món intern hi ha una fantasia inconscient de fusió-confusió amb l'altre que és actualment mitjançant identificació projectiva (negació-projecció en el cuidador i identificació amb allò projectat en l'infant) sobre el nadó. Això fa que, en no tenir dubte sobre les necessitats del nadó, no s'estigui suficientment atent al fet de verificar si és encertada o no la nostra resposta en funció de la demanda del nadó.

Allò projectat en l'altre, tractat com aliè a un mateix, no pot ser reconegut com propi de l'altre. La identificació del nadó amb allò negat en l'altre i per l'altre, que ha estat projectat inconscientment sobre ell, està en l'origen d'aquests "cossos estranys" que, incorporats al seu psiquisme sense poder ser integrats, constitueixen el que anomenem "nuclis psicòtics" de la personalitat del subjecte. L'excés d'anticipació del cuidador pot impedir el desenvolupament de la capacitat d'anticipació en l'infant. El nadó pot rebutjar aquestes projeccions perllongant la seva necessitat d'abstracció, desconnectant de l'exterior, aïllant-se

i absentant-se de manera més o menys duradora de la relació amb l'altre, evitant la realitat exterior i la seva relació amb ella, refugiant-se darrera de les seves defenses autístiques.

En ambdós casos, el nadó pot tenir tendència a protegir-se amb defenses autístiques davant d'un defecte o excés d'estímuls. En el primer cas de carència d'estímuls, es protegiria refugiant-se en la auto-sensorialitat, procurant-se ell mateix una autoestimulació sensorial. En el segon cas, s'aïllaria i desconnectaria de la relació amb l'altre com una forma de protegir-se de projeccions narcisistes inconscients, constrictives i annexants, en paraules de Cramer i Palacio, que obstaculitzen el procés de separació-diferenciació-individuació del nadó. En la realitat clínica, ambdós extrems -amb la consegüent dificultat per regular la integració sensorial i l'empatia interactiva, base del desenvolupament de la intersubjectivitat que, alhora, regula la intimitat del subjecte i entre subjectes- poden fluctuar d'un pol a un altre, amb les consegüents dificultats per al nadó.

Les mares que han passat per aquestes dificultats de comunicació empàtica, sigui per excés o per defecte de la relació amb el seu fill, solen viure freqüents i repetitius desencontres relacionals i emocionals amb el seu nadó que fan que la interacció cada vegada sigui més frustrant i dolorosa per ambdós. El nadó pot aleshores protegir-se d'aquests moments repetitius i duradors de patiment i frustració compartits mitjançant mecanismes de defensa de tipus autístic.

2. La interacció cuidador-nadó que dificulta i impedeix de forma duradora i repetitiva l'accés de l'infant a la intersubjectivitat, tant primària (relació a dos) com secundària (relació a tres), amb la corresponent impossibilitat de separar-se i diferenciar-se de l'altre. Procés que li impedeix constituir-se com a subjecte amb subjectivitat pròpia, crear el seu propi món intern, relacionar-se intersubjectivament amb l'altre i, per tant, compartir l'experiència subjectiva viscuda en la

interacció amb l'altre. Aquesta dificultat seria un factor específic de risc interactiu autistitzant.

A la pràctica, aquestes situacions interactives de risc autistitzant, descrites anteriorment, poden donar-se en el següents casos:

Quan la persona que exerceix la funció materna en la interacció amb el nadó pateix d'un estat psíquic de desconexió emocional i sensorial durador, com a mecanisme de defensa (de tipus "anestèsia") per no patir més (trastorn depressiu i/o obsessiu greu) acompanyat o no de períodes que cursen amb angoixa paralitzant (agreujament del quadre depressiu i/o obsessiu desconnectat i "paràlisi" psicomotora a més d'"anestèsia" emocional i sensorial) o bé, alternant amb períodes d'ansietat intensa amb agitació psicomotora i hiperactivitat física i mental (defenses maníacques). Estat psíquic persistent i/o amb tendència a l'agreujament.

Les mares que han passat per aquest estat psíquic en la interacció precoç amb el seu nadó tenen la impressió repetitiva i duradora d'"estar, però sense estar del tot presents" en la relació amb el seu fill, vivint, sense mostrar-ho, un patiment intolerable, impregnat d'un grau de frustració i culpabilitat importants. Aquesta "absència emocional" de la persona que exerceix la funció materna és la que pot provocar en el nadó la activació de mecanismes de defensa autístics amb replegament sobre si mateix i absència relacional, refugi en el son i en les activitats d'estimulació auto-sensorial, així com l'evitació de la interacció com una manera de protegir-se del malestar i dolor emocional que l'estat psíquic de la mare genera en ell. La alternança d'aquest estat depressiu-obsessiu "desconnectat" amb períodes d'angoixa paralitzant i ansietat intensa, acompanyada d'agitació psicomotora, incrementa la situació de risc per al nadó en afegir-se el factor de desorganització en la cura i imprevisibilitat de les respostes de l'entorn cuidador a les seves necessitats i demandes. El nadó, en aquestes situa-

cions d'alternança anímica extrema de la mare, viu una interacció de gran inseguretat amb ella, oscil·lant entre un dèficit d'estímuls que fan que recorri a l'autoestimulació sensorial i un excés d'estímuls no integrables dels que ha de protegir-se, absentant-se de la interacció. El no reconeixement i negació de les seves dificultats per part de la persona que exerceix la funció materna empitjora el pronòstic, doncs fa que sigui més difícil demanar ajuda. A més, allò negat i, sobretot, allò repudiat té més possibilitats de ser actuat-projectat sobre el nadó.

3. La interacció pares-nadó pot ser un factor de risc interactiu autistitzant quan aquest es troba afectat des del seu naixement per una malformació o discapacitat sensorial i/o motora que dificulta de manera important i duradora la relació i comunicació amb el seu entorn cuidador i quan, alhora, aquesta situació, a llarg termini, no pot ser assumida pels pares que tenen dificultats importants i duradores per invertir-lo adequadament. En aquesta situació de dol impossible del fill ideal per acceptar i invertir al fill real, la interacció pares-nadó seria un factor de risc que esdevindria progressivament específic (funcionament autista) en potenciar i ser potenciat pels anteriors.

4. La interacció pares-nadó poden ser un factor de risc interactiu autistitzant quan la persona que exerceix la funció materna ha viscut situacions traumàtiques perinatals que no ha pogut elaborar ni integrar, amb el consegüent possible risc d'un efecte traumàtic per al nadó i un efecte també pertorbador en la interacció amb el seu fill. En aquests casos, la mare pot presentar una vivència traumàtica insuperable que pot evolucionar, de forma intensa i duradora si no és ajudada adequadament pel seu entorn familiar i professional, cap a un quadre clínic de Trastorn per Estrès Post Traumàtic (TEPT). En aquesta situació, quan és viscuda amb un patiment intolerable, la mare, per protegir-se d'ell, pot posar en marxa defenses fòbiques de fugida i evitació de

la relació propera i emocional amb el fill que cuida, així com el que aquest representa per a ella. Alhora, el fill intenta protegir-se del patiment intolerable i no integrable compartit amb la seva mare activant mecanismes de defensa semblants, evitant i, si el patiment compartit persisteix, rebutjant la interacció.

Freqüentment, aquests símptomes presents en la mare com a conseqüència d'un TEPT s'emmarquen dins de síndromes clínics tals com els trastorns ansiosos, crisis de pànic, trastorns depressius, fòbics i obsessius.

La interacció mare-nadó, en aquests casos, pot esdevenir conflictiva per ambdues parts, amb el consegüent augment del risc per a l'evolució i el seu desenvolupament del nadó. Els moviments afectius d'apropament i allunyament, que es donen inconscientment i de forma no intencional, segons les necessitats vitals i defensives d'un i altre, augmenten les possibilitats de que es desenvolupi una interacció desajustada i no sincrònica, a destemps entre la mare i el seu nadó, amb el consegüent desencontre que pot fer-se repetitiu entre ambdós si la mare no és ajudada a superar el seu estat psíquic d'Estrès Post Traumàtic. Aquest tipus d'interacció, en el cas de nadons molt sensibles i receptius, pot convertir-se en un factor autistitzant si dificulta o impedeix, de forma important i duradora, el seu accés a la necessària integració sensorial i a la capacitat d'establir relacions inter-subjectives amb l'altre.

5. Quan en la interacció pares-nadó la persona que exerceix la funció paterna es troba absent o poc present en la interacció, no podent desenvolupar o desenvolupant molt poc la funció paterna, donant suport, contenint, limitant i sostenint la relació diàdica de cura (maternatge) mare-nadó, amb el consegüent risc d'absència de la triangulació relacional necessària per a l'adequat desenvolupament del nadó, podem trobar-nos també en una situació de risc interactiu autistitzant. Risc que s'accentua i agreuja en

potenciar i ser potenciat pels altres factors de risc descrits.

EL PROCÉS DEFENSIU AUTÍSTIC

El procés autístic, que pot manifestar-se clínicament en el nadó de forma progressiva, regressiva i/o fluctuant entre ambdós, es va desenvolupant amb l'augment progressiu de l'infant d'un funcionament psíquic -inconscient i no intencional- que es manifesta amb les següents modalitats defensives:

Les defenses autístiques

1- *Defenses anti-relació-comunicació amb l'altre (replegament sobre si mateix i retirada relacional duradora amb desconexió emocional, aïllament relacional i "absència" autístics).*

L'infant que evolucionaria cap a un procés autístic ho faria passant de l'actitud d'abstracció (posició evolutiva) cap a una actitud de retirada relacional duradora i repetida amb aïllament i desconexió, tant en el pla emocional i cognitiu com en la comunicació i relació amb l'altre, el que donaria com a resultat la imatge del "nadó mentalment absent". Sense oblidar l'evitació de la relació i comunicació amb l'altre a través de la mirada i dels estímuls auditius -com quan dorm en excés buscant refugi en el son-, com signes característics de l'esmentat funcionament autístic -defensiu i anti-evolutiu- (Palau, P., 2010). A més, cal tenir en compte que l'evitació de la relació i comunicació amb l'altre pot evolucionar cap al rebuig, en cas de persistir els factors de risc en la interacció.

Aquest funcionament defensiu i no evolutiu impedeix en el nadó el desenvolupament de la intersubjectivitat i, per tant, el desenvolupament de la capacitat de compartir l'experiència viscuda amb l'altre. També podem dir que aquest procés autístic disminueix considerablement la resiliència (resistència davant de situacions que dificulten el seu desenvolupament i recuperació sense emmalaltir) de l'infant que el pateix, degut a la negació de la necessitat de la interacció



La realitat interna i externa, així com la interacció entre ambdues, percebudes a través de diferents canals sensorials, demana un treball d'integració (mantellament sensorial).

amb l'altre, interacció que és la que en l'infant se permet el desplegament de tot el seu potencial evolutiu.

2- *Defenses anti-integració, desmantellament sensorial (Meltzer, D., 1975) o dissociació dels diferents estímuls sensorials percebuts con a refugi en l'autoestimulació sensorial.*

El "treball" que ha de fer el nadó amb l'ajuda de l'entorn cuidador en la seva interacció amb ell per integrar les parts amb el tot i la sensorialitat amb la motricitat pot veure's severament afectat amb aquest funcionament defensiu.

La realitat interna i externa, així com la interacció entre ambdues, percebudes a través de diferents canals sensorials, demana un treball d'integració (mantellament sensorial) que va fent que allò percebut separatament en un inici en la comunicació sensorial i emocional amb la mare passa a ser percebut de manera integrada (primeres setmanes de vida) pel nadó, gràcies a les respostes de la mare.

En situacions repetides, viscudes com a estressants i amenaçants pel nadó, aquest utilitza precoçment un mecanisme de defensa basat en una

dificultat inicial que pateix i que és la dificultat d'integració dels estímuls que li arriben pels diferents canals sensorials. El nadó es "protegeix" de l'efecte amenaçador i desorganitzador dels estímuls, tant interns com externs, que no pot contenir, ni assimilar, ni elaborar -sense l'ajuda adequada del seu entorn cuidador-, desenvolupant actituds i conductes (refugi en l'autoestimulació sensorial) contràries a la integració d'aquests estímuls, que seria el que es produiria en un nadó amb un desenvolupament sa. Actituds que tenen com a objectiu en el nadó amb funcionament autista la dissociació perceptiva (desmantellament sensorial) dels estímuls rebuts, privilegiant la seva recepció a través d'un sol canal sensorial per no integrar-los i evitant així la interacció emocional amb l'altre.

Aquesta percepció a través d'un sol canal sensorial, amb la seva repetició i persistència, porta a l'infant finalment i, per moments, no només a no sentir (de sentiments), sinó també a no sentir (de sensació) més que això, una mena d'"anestèsia" sensorial similar a allò que esdevé quan exercim una pressió forta i continuada amb els

dits de la mà sobre un objecte dur; al cap d'un temps, tenim la sensació de que els dits i l'objecte estan units i indiferenciats. Després, deixem de sentir el contacte amb l'objecte (anestèsia sensorial). La hipersensibilitat a certs estímuls sonors (aspiradora, assecador de cabell, etc.), quan irrompem de manera violenta i inesperada en el seu món intern, mostra fins a quin punt aquests infants són hipersensibles als estímuls del seu entorn que, en estar dissociats i ser no reconeixibles ni comprensibles per a ells, quan es donen de forma inesperada, penetrant la seva armadura defensiva, desencadenen en ells reaccions de pànic.

3- *Defenses anti-separació de l'altre, identificació adhesiva (Meltzer, D., 1974) amb l'objecte-subjecte relacional, amb l'altre.*

De la mateixa manera que l'infant en aquests casos de funcionament autista utilitza la mirada de manera perifèrica (percepció de contorns) i no central ni profunda, ja que es situa en una relació dual i en un espai bidimensional, així es relaciona també amb els objectes i les persones: amb una investidura superficial i adherent cap a ells. Aquesta modalitat defensiva té per objecte, entre d'altres, evitar la separació i diferenciació amb l'altre. La identificació adhesiva se situa en l'origen del funcionament mental i en la construcció de l'organització narcisista. Es relaciona amb els fenòmens d'imitació que prenen en consideració elements formals i superficials dels objectes. El funcionament mental opera en dues dimensions. La identificació adhesiva es relaciona amb dificultats en la construcció de la fantasia d'un espai intern o mental i del seu equivalent en els objectes, mancats així d'interioritat. Aquest tipus de mecanisme de defensa produeix una dependència absoluta de l'objecte, adherint-se a ell, sense cap tipus d'existència separada i sense cap límit entre l'objecte i la persona. Comporta la dependència extrema a la superficialitat dels objectes, a la seva aparença, mostrant qui la pateix,

gran sensibilitat cap als forats i esclertes, ignorant alhora l'interior i l'estat afectiu intern de l'altre i de si mateix. Agafar la mà de l'altre per fer-la servir com una perllongació de si mateix pot considerar-se com un exemple d'identificació adhesiva.

Aquestes modalitats defensives són les responsables dels signes d'alarma que a continuació descriuré i que, presents en el nadó de manera repetitiva, acumulativa i duradora, van portant progressivament a l'infant, protegint-lo i tancant-lo en el seu món intern, cap a un funcionament autista.

ELS SIGNES D'ALARMA EN EL NADÓ

Un excel·lent mètode d'observació de nadons, que compta amb l'aval de molts anys d'aplicació en la formació dels psicoanalistes i, posteriorment, en la formació dels professionals de la salut mental infanto-juvenil, que és molt útil també per a les tasques de detecció i prevenció, és el creat i desenvolupat per Esther Bick, supervisora durant la seva formació de Donald Meltzer. Bick, creadora del que avui dia és una eina essencial per a l'atenció del nadó en el seu entorn natural, ha publicat molt poc del seu treball clínic i tasques de formació-supervisió a la clínica Tavistock de Londres (1946-1960), on va treballar sota la direcció de John Bowlby.

Didier Houzel, psiquiatra infantil i psicoanalista francès (Houzel, D., 1993 i 2002), ha desenvolupat una variant del mètode d'observació d'Esther Bick en el seu context familiar i habitual que ha permès aconseguir excel·lents resultats, no només per a la formació de professionals que s'ocupen dels infants petits, sinó també com a mètode d'observació per a detectar situacions de risc evolutiu cap al funcionament autista en el nadó i desenvolupar intervencions terapèutiques que ho evitin o que ho corregeixin en els estats inicials.

Houzel ens introdueix en l'observació de nadons situant-la a tres nivells:

L'Observació Perceptiva: involucra tot allò que pot ser de l'ordre de la conducta de l'infant i el seu entorn.

Què podem observar en aquest nivell? Treballant amb infants petits, po-

driem preguntar-nos: quin és el canal sensorial que el nadó privilegia com a manera de comunicar-se: el visual, el motriu o el sonor? Privilegia sempre el mateix canal sensorial en detriment d'altres canals? Quin tipus d'interacció corporal desplega? Com és la seva mímica, la seva gestualitat, la seva postura, el seu to muscular? És un nadó rígid o, contràriament, crida l'atenció per la seva hipotonia? O és un nadó que pot acomodar el seu cos i el seu to muscular a diverses situacions?

Recordem que el cos del nadó ocupa un lloc totalment central, en tant que, com diu Golse (Golse, B., 2004), "és la via règia d'accés als processos de subjectivació, de simbolització, de semantització i de semiotització en l'espècie humana" intricat de manera molt estreta amb allò psíquic. A nivell de les interaccions vocals: balbujeja, realitza murmuris, xerroteja, laleja, es canta? Tot això va constituint les primeres creacions sonores que, si bé inicialment obeeixen a una cerca de sensacions, al plaer de l'exploració i de l'autoerotisme, van promovent respostes en l'entorn i en aquests moviments sonors d'anades i vingudes comencen a desplegar-se les primeres vocalitzacions i el desenvolupament del llenguatge.

Com es maneja amb les interaccions visuals: quin tipus de mirada utilitza freqüentment? Atenta, evasiva, distant, recíproca?

La Receptivitat Empàtica i Emocional: permet a l'observador experimentar dintre de si mateix allò que l'infant pot estar experimentant en aquell mateix moment. La Receptivitat Inconscient: es manifesta en la contratransferència o la transferència de l'observador a través de sentiments, representacions, idees, fins i tot manifestacions físiques que, en un primer moment, poden semblar buides de sentit, però que en una anàlisi més profunda resulten plenes de significació. Aspecte que és el més difícil d'exercitar i sostenir i per al qual es requereix d'una experiència grupal de supervisió, per donar-li un sentit al significat latent. Estem parlant d'un mètode d'observació de nadons i infants petits en el seu context natural (medi familiar), tant en situacions normals com de risc.

Houzel i col·laboradors (Mazel, P., Houzel, D. y Bursztejn, C., 2000), a partir de la seva experiència en l'àmbit de l'observació de nadons, han proposat reagrupar els diferents signes d'alarma de la següent manera:

- Signes psicomotors: absència d'ajusts o acoblament postural o de "diàleg tònic", absència d'anticipació mimètica, hipertònies o hipotònies paradoxals i sense causa pediàtrica.

- Anomalies de la mirada: retard en la instauració d'una mirada penetrant, prevalença de la mirada perifèrica sobre la central, conductes d'evitació de la mirada.

- No aparició dels tres elements organitzadors del psiquisme primerenc de l'infant segons Spitz (Spitz, R. A., 1970 i 2001): 1. Somriure intencional o social; 2. Angoixa de l'estrany i 3. Conductes de negació i oposició amb la manifestació del no per part de l'infant.

- Anomalies del crit: massa monòton, no diferenciat, sense aparició de l'especialització funcional.

- Trastorns del son: insomnis tranquils o beatífics, és a dir, sense crida i sense reivindicació de la presència del cuidador.

- Trastorns alimentaris diversos: anorèxia primària massiva o evocadora, de presència més rara.

- Certes fòbies variables i atípiques d'acord amb l'edat de l'infant.

Cap d'aquests signes d'alarma és específic del funcionament autista en l'infant, no obstant, és l'agrupament i la persistència d'alguns d'aquests signes el que ha d'atraure l'atenció de l'observador.

Els signes d'alarma observats en el nadó: perspectiva evolutiva

Els factors de risc interactiu i els signes d'alarma per si sols no són elements causals. Els factors de risc i signes d'alarma aïllats representen un feble potencial generador de patologia. No obstant, la seva presència acumulativa i repetitiva en la interacció precoç de l'entorn cuidador amb el nadó i viceversa porta a desviacions i mals resultats en termes de desenvolupament, sobretot si això té lloc en els moments sensibles de constitució en el nadó d'una determinada

funció, com és en aquest cas l'accés a la intersubjectivitat. És l'acumulació repetitiva i duradora dels factors de risc i signes d'alarma, així com la potenciació dels uns amb els altres, la que incrementa la possibilitat de desviacions en el desenvolupament del nadó i la seva psicopatologia.

Signes d'alarma presents en el nadó. Fins als tres mesos de vida

De major a menor gravetat segons el nombre d'asteriscs:

*** 1- *Absència o poca presència del somriure intencional o social. No sol participar en la interacció emocional amb l'altre. Mostra alteracions de la capacitat de somriure com a expressió de plaer en l'intercanvi relacional amb l'altre. No és el somriure beatífic de satisfacció d'una necessitat fisiològica, que és el primer senyal interactiu, relacional i comunicacional, amb caràcter intencional, expressat pel nadó.* Es presenta a partir de la quarta-sisena setmana. Si als tres mesos no apareix en el nadó i en la interacció amb el seu cuidador, ens trobem davant d'una situació de risc d'inici d'un funcionament autista. El somriure intencional a aquesta edat és un signe de pas de la imitació a la identificació. La seva absència o poca presència indicaria la dificultat d'establir una relació intersubjectiva amb l'altre, intersubjectivitat que consisteix en la capacitat de compartir l'experiència subjectiva viscuda en la interacció amb l'altre. La intersubjectivitat, base de l'empatia, es un element fonamental per a la comprensió interpersonal. L'aparició i permanència del somriure intencional evidencia en el nadó tant el desenvolupament de la integració sensorial com de la seva capacitat de relació intersubjectiva amb l'altre, a més de ser l'inici de l'intercanvi emocional.

** 2- *Freqüentment està amb la mirada fixa, absent i com desconnectat de l'exterior. Aïllament més que abstracció. Hi veu, però no mira. La mirada no és instrument comunicatiu ni d'intercanvi emocional. No segueix amb la mirada.* Absència de mirada profunda i central. Mirada fugissera, d'evitació i perifèrica. L'infant no es reflecteix al mirall de la mirada de qui el cuida, ja que evita i rebutja mirar-lo.

** 3- *L'infant es mostra molt bo, molt fàcil de tractar, dorm molt i és molt tranquil.* En aquestes condicions, és molt probable que el nadó es refugii en el son com a mecanisme de retirada relacional i recorri a mecanismes d'autoestimulació sensorial quan està despert, tals com regurgitacions i balancejos, enlloc de reclamar l'atenció del seu cuidador. No demana amb el seu plor quan se suposa que hauria de tenir gana. Com més gran és l'infant, menys necessitat de son té i més important és per ell la necessitat de desenvolupar la seva curiositat, explorar el seu cos i entorn immediat per aprendre d'ells. L'avidesa relacional que mostra el nadó sa a aquesta edat és molt important. Els signes d'aïllament i replegament relacional duradors indiquen un possible refugi en l'autoestimulació sensorial per part del nadó.

** 4- *Hi sent, però no para atenció quan se li demana o se'l crida.* Sordesa fictícia. A causa de les seves dificultats d'integració sensorial, l'infant pot passar de l'aïllament sensorial auditiu a una hipersensibilitat dolorosa davant d'un soroll inesperat (aspiradora, trons, cop de porta, petards, etc.).

** 5- *No reclama, no demana plorant o el seu plor és apagat o inexpressiu. No comparteix. No fa amb l'altre i, si fa de vegades, no és per pròpia iniciativa sinó per la insistència de l'altre (absència o poca freqüència de reciprocitat, de moments d'accés a la intersubjectivitat).*

** 6- *Absència o poca freqüència de moviments anticipatoris, com estirar els braços quan anem a agafar-lo o demanant ser agafat. No fa gestos anticipatoris que comuniquin una demanda de relació. No hi ha desig de relació.*

** 7- *Absència o molt poca autoregulació del to muscular corporal. Existència d'hipertonia i/o hipotonia manifesta en manipular-lo i, sobretot, en intentar acollir-lo a coll.* Pot expressar un desajust, un desacoblament profund i durador en la interacció cuidador-nadó. Es pot produir una evolució cap al rebuig a ser agafat a coll.

** 8- *Poca o nul·la curiositat exploratòria de si mateix, de l'altre i del seu entorn. No reclama la presència de cuidadors ni d'objectes.* No solen utilitzar les mans ni per explorar, ni per agafar, ni per

brebre, solament per autoestimar les seves sensacions. No juga amb el seu cos ni l'explora (mans, peus, etc.).

* 9- *Existeix una falta de balbuceig o bé el balbuceig és molt limitat. En la interacció amb el cuidador no imita els sons quan aquest li parla.* Frequentment rebutja el contacte amb l'altre. No participa en la interacció quan se li parla amb sons tals com xerrotejos i lalejos. No li agrada, no riu quan li fan pessigolles.

* 10- *Hi ha hipersensibilitat i baixa tolerància a la frustració amb absència de progrés en la capacitat d'esperar la satisfacció de les seves necessitats fisiològiques, com per exemple la gana.* Un cop saciat, sembla no necessitar més (relació, comunicació, carícies, jocs, etc.) i s'adorm o es retrau aïllant-se. Absència o poca presència de la capacitat d'anticipació i d'atenció.

* 11- *Trastorns del son amb irritabilitat i amb dificultats per ser consolat als braços de qui el cuida.* Possible desajust relacional en la interacció nadó-entorn cuidador que, en cas de perllongar-se en el temps, augmentaria el risc.

** 12- *Malformació i/o discapacitat sensorial i/o motora en el nadó, amb dificultats per a la relació i comunicació i amb repercussió negativa i duradora sobre el seu entorn.* Dol difícil o impossible del fill ideal en trobar-se els pares amb un fill real que, a causa de la seva malformació/discapacitat, els provoca serioses dificultats per invertir-lo. La participació activa del nadó en el procés d'evitació de la relació i de la comunicació, tant visual (evitació i rebuig del contacte visual) com auditiva i corporal, a través del son com a refugi i com a mecanisme de defensa contra els estímuls no assimilables, mecanismes de defensa tant més visibles com més ens apropem als tres mesos, seria l'indicador més fiable per a realitzar un diagnòstic diferencial cap a una possible evolució de tipus autista en l'infant.

Signes d'alarma presents en el nadó. Fins als sis mesos de vida

De major a menor gravetat segons el nombre d'asteriscs.

La persistència, durada i agreujament dels signes d'alarma presents en l'etapa anterior, pel seu caràcter repetitiu i cronificador, empitjora el pronòstic evolutiu.

En aquest cas, caldria afegir-los un asterisc més.

Als signes d'alarma abans indicats es poden afegir, en aquesta etapa evolutiva, els següents signes d'alarma:

**** 13- *Aparença de felicitat i de no frustració degut al seu estat de no diferenciació en relació amb l'altre.* Si l'altre no existeix com a diferent, no hi ha expectatives respecte a l'altre, no hi ha demanda i, per tant, no hi ha frustració.

**** 14- *Presència de moviments corporals estereotipats, repetitius i invariables amb balanceig, gemec, aleteig de mans amb els que el nadó intenta, a través de la sensació que li produeixen aquests moviments, arribar a un estat de no canvi, en el que no existeix ni el temps ni l'espai.* Així es tranquil·litza i alhora evita la incertesa carregada d'angoixes catastròfiques que viu en la relació amb l'altre, relació carregada d'emocions imprevisibles i, també, relació no tangible, subjecta sempre al risc del canvi, del desencendre.

*** 15- *Absència o poca presència d'interacció lúdica en la relació pares-nadó. Inexistència o poca presència d'un espai de joc espontani i sense normes preestablertes. Inexistència de joc creatiu en el què les normes es van posant i desenvolupant a mesura que es va jugant: jocs de falda amb les mans, joc del tat, ralet-ralet.* Els jocs de presència-absència, suport material i lúdic per a la simbolització, estan absents en aquests infants que no juguen, malgrat se'ls hi ofereixi. No juguen ni llepen el mugró de la mare o la tetina del biberó. La manca d'interès i de participació en aquests jocs té a veure amb la seva incapacitat relacional i comunicacional, així com el seu consecutiu i posterior rebuig com a mecanisme de defensa. Incapacitat i rebuig cap al que aquests jocs tenen de simbòlic (presència-absència) i de sorpresa davant del canvi inesperat, etc.

** 16- *Absència o poca presència de vinculació lúdica progressiva amb algun objecte de l'entorn que, substituïnt a qui el cuida, li proporciona seguretat, el tranquil·litza i li serveix de companyia en la seva absència.* Objecte amb el que l'infant sa pot trobar una equivalència sensorial similar a la viscuda amb el

seu cuidador, que adquireix aleshores la característica de proto-símbol, és a dir, d'objecte que li serveix de base al nadó per calmar-se i consolar-se en absència del seu cuidador, sent investit posteriorment per ell en tant que objecte que representa i simbolitza al cuidador absent. En representar i simbolitzar la funció materna absent, l'infant pot desplaçar progressivament aquesta qualitat a altres objectes i situacions, creant un espai transicional (Winnicott, D., 2002) en el que va discriminant i diferenciant el jo del no-jo i, després, el jo de l'altre, així com els límits del seu món intern i de l'extern, al mateix temps que va guanyant en espai personal i en autonomia. Els infants amb risc de funcionament autista només usen objectes, si els busquen, com a font d'excitació autosensoial, relacionant-se amb ells de manera repetitiva i estereotipada. No són objectes a descobrir, explorar i jugar amb ells. Aquest tipus de vinculació amb objectes -no mare- s'inicia al final del primer semestre i es desenvolupa sobretot en el segon semestre de vida de l'infant.

** 17- *Dificultats persistents amb l'alimentació.* Absència de plaer, il·lusió i sentit en l'acte de menjar. Frequentment, utilitzen els aliments com a estímul autosensoial, guardant-los a la boca. Relació amb l'alimentació molt rara i pertorbada. Algunes vegades mengen amb gran voracitat i d'altres no mengen. Frequentment, no llepen ni succionen. El mericisme o la ruminació (regurgitacions alimentàries repetides) constitueixen una modalitat d'estimulació autosensoial equivalent al balanceig, picaments amb el cap, aleteig de mans, etc.

** 18- *Absència o poca presència de plaer en el bany.* No juga, no xipolleja.

*** 19- *Insensibilitat o molt poca sensibilitat al dolor.* Això és degut a la manca d'integració de les sensacions corporals amb les emocions.

** 20- *Amb freqüència presenta conductes agressives i auto agressives* quan interrompem el seu aïllament i aparent estat de felicitat.

En aquesta etapa evolutiva, l'infant, si evoluciona adequadament, va desplaçant el seu interès que estava molt centrat en la interacció amb el seu cuida-

dor de referència, cap a objectes externs que espera explorar i descobrir amb la seva ajuda, compartint amb ell aquesta experiència d'interès per l'altre, per allò altre, que no és el nosaltres, ni el tu ni jo.

Signes d'alarma presents en el nadó. Fins als dotze mesos de vida

De major a menor gravetat segons el nombre d'asteriscs.

La persistència, durada i agreujament dels factors de risc presents en les etapes anteriors, pel seu caràcter repetitiu i cronicador, empitjora el pronòstic evolutiu. *En aquest cas, caldria afegir un asterisc més.*

Als factors de risc abans indicats es poden afegir, en aquesta etapa evolutiva, els següents signes d'alarma:

**** 21- *Absència o poca presència de conductes relacionals amb l'altre; com, per exemple:*

a- *L'infant gateja sense girar-se per comprovar la presència de la mare o de l'educador.*

b- *L'infant no llença objectes esperant que l'adult els reculli.* En l'infant sa, aquesta activitat esdevé un joc que li permet ser part activa en el procés de separació i encontre que, de manera simbòlica, repeteix i reproduïx l'infant amb l'ajuda de la mare en separar-se dels objectes que llença a terra i són retrobats quan la mare els posa de nou a les seves mans. Joc simbòlic de presència-absència de la mare i de l'objecte que la representa.

c- *Quan fa una acció, no es gira per mirar esperant l'assentiment complaent de l'adult.*

**** 22- *Absència o poca presència de moments d'atenció compartida cap a objectes externs en la interacció amb l'altre i amb predilecció per focalitzar la seva atenció sobre el món dels objectes més que sobre les persones.*

**** 23- *No solen assenyalar per formular demandes. L'infant amb funcionament autista no assenyalava per comunicar que li falta alguna cosa ni que necessita res perquè les seves defenses li impedeixen la diferenciació-separació i el protegeixen de la presa de consciència de l'absència, de la manca de l'altre o d'allò altre.* En no poder tenir consciència de que falta alguna cosa (sensació intolerable per ell), no pot demanar-ho. En evitar i rebutjar la comu-

nicaió amb l'altre, no demana.

**** 24- *No presenta signes de comprendre la intencionalitat dels gestos, actituds i moviments de l'altre quan es dirigeix a ell.* Això es dona, per exemple, quan l'adult cuidador té la intenció d'agafar-lo a coll, de deixar-lo al bressol, de donar-li o demanar-li una cosa abans d'iniciar el moviment per realitzar l'acció. Des dels set mesos, l'infant que es desenvolupa normalment és capaç de captar la intencionalitat de l'actitud de l'altre, quelcom que va més enllà de la mera imitació del moviment de l'altre, d'allò que fa l'altre, ja que implica un procés d'identificació amb l'altre, és a dir, fer seves les emocions, pensaments, intencions, etc., a través de la identificació empàtica interactiva amb l'altre.

**** 25- *No sol mostrar estranyesa ni sembla enyorar a la mare davant d'un adult desconegut.* La no diferenciació li impedeix i li evita el sentir estranyesa davant del desconegut i també enyorar a la mare, doncs per ell no hi ha separació d'ella.

**** 26- *No sol respondre quan se'l crida pel seu nom.* Sense continent psíquic no hi ha contingut, no hi ha representacions mentals dels objectes ni de les persones, ni de si mateix. Perquè no es reconeix, no respon al seu nom.

**** 27- *No sol fer ni reproduir sons que indiquin un inici de comunicació pre-verbal.* De nou, veiem aquí que la incapacitat de comunicar, de comunicar-se, porta a l'infant amb funcionament autista a rebutjar i negar la necessitat de relacionar-se, de comunicar-se no verbalment amb l'altre. Això comporta la impossibilitat d'adquirir una comunicació pre-verbal que condueix a l'infant amb desenvolupament sa a iniciar-se en la comunicació verbal amb l'altre.

A través dels sons que emet, l'infant comunica verbalment i alhora incorpora i interioritza el continent que enquadra la comunicació i el context en el que es produeix, que és el que li dona sentit. El continent, allò que conté la comunicació, l'estructura que el sustenta té a veure amb el ritme, la prosòdia, l'alternança, la reciprocitat i la correspondència.

**** 28- *No sol expressar emocions ni reclama atenció.* Un altre signe que in-

dica no relació i no comunicació emocional. Això es deu a la dificultat d'aquests infants per connectar el sentir de sensació amb el sentir de sentiment. En evitar o rebutjar la comunicació, sobretot emocional amb l'altre, no desenvolupa o desenvolupa amb dificultat la capacitat d'expressió emocional que, normalment, s'adquireix a través de la interacció emocional amb el cuidador que, amb la seva actitud, mirada, carícies, etc., li serveix de mirall al nadó per reconèixer-se com un ésser semblant i alhora separat i diferent d'ell, fent-se així una imatge interna de l'altre que el cuida. Per reconèixer a l'altre com a separat i diferent de si mateix cal que es produeixi almenys la integració de la percepció sensorial dels estímuls que li arriben al nadó per dos canals sensorials diferents.

L'infant que es va refugiant progressivament en un funcionament autista fixa la seva atenció a través de l'autoestimulació sensorial, en un sol tipus d'estímul sensorial, per tal d'evitar la seva integració i protegir-se així d'allò que viu com a amenaçador, massa dolorós o frustrant per ell en la interacció amb l'altre.

Vegem un exemple:

El nadó està sent alletat per la seva mare. De cop, un soroll inesperat trenca l'harmonia de la interacció. El nadó s'espanta i deixa de mamar. La mare, si està atenta i receptiva al que ha passat i al que li passa al seu fill, no forçarà perquè continuï menjant, sinó que, focalitzant la seva atenció en ell, intentarà tranquil·litzar-lo amb la seva actitud corporal, les seves carícies, les seves paraules, etc. El seu fill, atent a allò que li transmet emocionalment la mare, pot aleshores interioritzar com a experiència un conjunt de sensacions agradables, tranquil·litzadores i no només l'espant i la ruptura de l'harmonia interactiva que ha provocat en aquest moment el desencontre dolorós i frustrant amb la mare.

Això és possible gràcies a la integració transmodal que el nadó fa en aquestes circumstàncies ambientals favorables dels fluxos sensorials que li arriben com estímuls per la via interactiva visual, tàctil, auditiva... des de la seva mare que, en aquest cas, seria "el seu objecte-subjecte relacional". Així, a poc a poc, el nadó no

solament integra la seva sensorialitat, sinó que la viu en el seu context (donant-li sentit d'experiència) i situant-la en la relació emocional amb l'altre. D'aquesta manera, el nadó pot no només comprendre allò que està vivint, allò que està passant, sinó també va aprenent de l'experiència alhora que la va construint. En aquest cas, si, com hem dit, l'entorn cuidador del nadó és facilitador, podrà comprendre que la seva mare no és el soroll que l'ha espantat, sinó que és "allò", extern a ell, que l'estima, el cuida, el calma i el tranquil·litza. Es pot formar així la imatge interna d'un objecte-subjecte relacional cuidador amb les característiques de desitjable, agradable i plaent, a banda de calmant, protector i tranquil·litzador.

A aquesta edat, les seves dificultats emocionals, cognitives, comunicacionals i interactives es fan més evidents. Les defenses actives anti-integració sensorial i anti-emoció en la relació amb l'altre fan encara més patent aquesta dificultat interactiva en la interrelació de l'infant amb el seu entorn cuidador i accentua l'absència de relació intersubjectiva amb l'altre. Els aspectes emocionals són moltes vegades imprevisibles i desconcertants, una raó més perquè l'infant amb funcionament autista els eviti o rebutgi.

**** 29- *L'aïllament i replegament afectiu porta a l'infant a una indiferència davant dels sons o a una excessiva sensibilitat davant d'alguns d'ells quan penetren la seva barrera defensiva.*

**** 30- *Solen utilitzar els objectes de forma estereotipada. No juga amb ells ni els explora.* Ja hem vist el com i el perquè d'aquesta actitud no lúdica, no exploratòria i d'ús no simbòlic quan parlàvem anteriorment de l'espai, els objectes i els fenòmens transicionals. A aquesta edat, aquesta incapacitat, reforçada per les defenses autistes, es fa més evident, més patològica i amb major nivell de risc d'instal·lació en un funcionament autista.

**** 31- *Presenta un "gateig estrany", estereotipat, en el què és difícil veure el component intencional del moviment de l'infant, ja que l'utilitza, solament, o també, com a font d'autoestimulació sensorial.*

*** 32- *Hipotonia. Retard en l'adquisició de la posició d'assegut i dempeus.* Se solen correspondre amb una inhibició psicomotora. Per ser un signe compartit amb una evolució depressiva o amb altres retards en el desenvolupament psicomotor, no és específic d'una possible evolució autista.

*** 33- *Davant del mirall, no sol sentir curiositat per la seva imatge, l'evita i fins i tot rebutja mirar-la.* És un signe força específic de funcionament autista. No obstant, a aquesta edat, no és tan greu com als divuit mesos, ja que aquesta capacitat d'interessar-se, veure's i reconèixer-se a través del mirall per incorporar en el seu món intern la imatge i la representació mental, alhora real i idealitzada de si mateix, es va desenvolupant entre els 6 i els 18 mesos. No obstant, en l'infant que evoluciona amb risc de funcionament autista, aquestes dificultats per veure's i reconèixer-se sorgeixen abans de veure's reflectit al mirall, ja que, en evitar la relació i comunicació amb l'altre a través de la mirada que per ell faria la funció de mirall, no pot veure's reflectit en ella.

*** 34- *Els trastorns del son, encara que inespecífics de l'evolució cap a un funcionament autista, expressen en el cas d'un excés de son una modalitat d'aïllament i replegament que, juntament amb altres signes anti-relació i anti-comunicació, van en el sentit de les defenses autistes.* El dèficit de son, si l'infant, encara que despert, està amb els ulls oberts, però amb la mirada perduda i absent llarga estona, també podria indicar un funcionament defensiu autista. Sobretot a aquestes edats en que la necessitat d'abstracció és menor.

*** 35- *A aquesta edat, un infant amb risc de funcionament autista pot experimentar estats de por i fins i tot de pànic davant de certes situacions desconegudes o determinats sorolls, electrodomèstics, petards...* Situacions i sorolls que "penetren" per les esclatxes de la seva armadura defensiva, el desorganitzen i espanten ja que, en no poder integrar els estímuls sensorials que li arriben del subjecte-objecte relacional, no poden fer-se una idea del que està passant.

*** 36- *Davant d'un adult desconegut, l'infant reacciona freqüentment amb plor i pànic difícil de calmar i contenir per la mare o pel seu cuidador habitual.* En aquest cas, la reacció de pànic i plor indica un esbós de diferenciació i amenaça de separació per a l'infant, amb el consegüent risc d'absència i de pèrdua de la persona que el cuida.

Situació i vivència que pot ser intolerable per a l'infant i que pot portar-lo, segons sigui la seva evolució i la reacció del seu entorn cuidador per consolar-lo i tranquil·litzar-lo, a una continuïtat progressiva del seu procés d'apertura o cap a un moviment regressiu de replegament relacional amb reforç de les seves defenses i barrera autista, darrera de la qual pot tancar-se de nou. Depèn també una o altra evolució de la fortalesa i seguretat del vincle que l'infant pot tenir amb qui el cuida.

*** 36- *No apareixen les primeres paraules comunicatives o, si apareixen, són poc freqüents i escasses; paraules com, per exemple: "g...u...g...u", "m...a...m...a", "p...a...p...a", etc., que, progressivament, en la interacció amb qui el cuida esdevenen "gugu", "mama", "papa".* En la mateixa interacció, la mare contextualitza i dona sentit a les vocalitzacions del seu fill, convertint-les en mama i papa. El fill les repeteix i les integra en la interacció, donant-los sentit i descobrint posteriorment el seu significat gràcies a les reaccions de la mare en relació amb ell. Aquest signe d'alarma és compartit per altres infants amb retard en l'adquisició del llenguatge que no tenen funcionament autista.

*** 37- *Solen tenir unes relacions interpersonals apagades, amb baix to vital.* Aquest signe d'alarma és compartit amb els infants que evolucionen amb altres processos no autistes com, per exemple, processos depressius, retards mentals, etc.

En aquest moment evolutiu del segon semestre de vida de l'infant, podem veure com la presència dels factors de risc interactiu, així com la dels signes d'alarma d'una evolució cap a un funcionament autista, per la seva persistència, repetició, sumació i potenciació van allunyant a l'infant d'un desenvolupa-

ment sa i normalitzat, alhora que el van tancant cada cop més en un rígid sistema defensiu que de la mateixa manera el protegeix, l'aïlla, generant tota una sèrie de deficiències bàsiques i fonamentals (perceptives, emocionals, cognitives, relacionals...) que dificulten i impedeixen la seva constitució i desenvolupament com a subjecte.

LA INTERVENCIÓ PRIMERENCA

Mai és massa aviat per intervenir adequadament!

Ja hem vist que la base del desenvolupament sa de l'infant, així com el procés de desenvolupament del trastorn autista -sense arribar a negar la importància dels factors genètics i constitucionals, és a dir, el temperament de l'infant- tenen molt a veure amb la criança, amb l'estil interactiu que es va establint entre l'entorn cuidador i el nadó al llarg del seu primer any de vida. Des d'aquesta perspectiva, la detecció, diagnòstic i tractament dels factors de risc presents en l'infant i en la interacció amb ell serien possibles en el primer any de vida com demostra l'important percentatge de pares (30%-50%) que observen alteracions precoces en el desenvolupament i la comunicació en els seus fill durant el primer any de vida. A més, l'experiència clínica basada en l'estudi i investigació de l'estil d'interacció precoç entorn cuidador-nadó i, més específicament, pares-nadó mostren que aquest tipus d'intervenció primerenca és possible (Larbán, J., 2008). Per aconseguir-ho, caldria canviar els paràmetres tardans en els que ens recolzem actualment els professionals per efectuar la detecció i usar els que hem indicat anteriorment -les dificultats duradores i repetitives tant per a la integració de la sensorialitat com per al desenvolupament de la intersubjectivitat- com a factors precoces de risc interactiu d'una possible evolució cap a un funcionament autista de l'infant.

És important tenir en compte que estudis recents -basats en les dades personals recollides durant diversos anys a partir de filmacions familiars- efectuats per Sandra Maestro i Filippo Muratori, professors de la Universitat de Pisa a Itàlia, mostren que, entre els sis mesos



És l'acumulació repetitiva i duradora dels factors de risc i signes d'alarma, així com la potenciació dels uns amb els altres, la que incrementa la possibilitat de desviacions en el desenvolupament del nadó i la seva psicopatologia. (Fotografia de Timothy Archibald).

i l'any de vida, en un percentatge molt important de casos (87%) es pot detectar i diagnosticar l'evolució cap a un funcionament autista de caràcter progressiu i fluctuant-progressiu entre els sis mesos i l'any de vida de l'infant. Quedarien exclusos d'aquest seguiment evolutiu i avaluatiu el 13% restant d'infants que, entre els 15 i els 24 mesos, poden presentar un funcionament autista de tipus regressiu que es presenta, freqüentment, com a reactiu i associat a una cascada de pèrdues importants per a l'infant tal i com indicàvem en l'apartat de l'evolució del procés autístic de l'infant quan ens referíem a l'evolució regressiva (Maestro, S., Muratori, F. et al., 1999 i 2001; Muratori, F., 2008, 2009 i 2012).

Actualment, la detecció del funcionament autista de l'infant es fa com a molt aviat als 18 mesos fent servir el M-CHAT, escala d'avaluació de factors de risc -validada estadísticament i adaptada per a la seva utilització a Espanya- que té només en compte els signes d'alarma presents en l'infant basant-se per a l'exploració clínica en la triada de Wing que, com ja hem vist, indica les conseqüències d'un trastorn psicopatològic molt més precoç que, de tenir-lo em compte, permetria deteccions molt més primerenques en el primer any de vida de l'infant.

Respecte al diagnòstic clínic, no podem oblidar que un diagnòstic adequat és aquell que permet posar en marxa un tractament encertat.

El diagnòstic del funcionament autista es basa en la conducta observada en la interacció. La interpretació de la significació d'una conducta alterada, absent o endarrerida depèn d'una sòlida base de coneixement clínic. L'experiència del professional també és molt important. No obstant, en un primer moment cal considerar que el diagnòstic de l'autisme sigui una hipòtesi que ha de sotmetre's sistemàticament a prova. És important fer un diagnòstic diferencial amb altres trastorns similars i, si la situació ho requereix, es farà un diagnòstic interdisciplinari.

Caldrà escoltar àmpliament a la família i observar amb cura al pacient. Es faran proves psicològiques si es considera necessari i s'elaborarà una història biogràfica i clínica del curs del trastorn des de l'inici. Així pot diagnosticar-se l'autisme de manera força fiable (Frith, U., 1995).

Cal destacar la importància del treball clínic i d'investigació efectuat en el servei de pediatria (neonatologia i neuropediatria) de l'Hospital de Sagunt a Espanya, dut a terme per destacats pro-

professionals de neuropediatria, Mercedes Benac, i de la psicologia clínica, Pascual Palau, que està permetent el diagnòstic i tractament psicoterapèutic -centrat en la interacció pares-nadó- de l'inici dels trastorns psicossomàtics i autístics primaris en les primeres setmanes de vida del nadó, evitant així que aquests trastorns s'instal·lin i cronifiquin en el psiquisme primerenc de l'infant (Palau, P., 2009 a i 2009 b).

Convé saber que abans dels tres anys, el tractament preferent i el que dona millors resultat és el psicoterapèutic centrat en la interacció pares-nadó, tenint en compte, en un sentit més ampli, l'entorn cuidador de l'infant. És a partir dels tres anys que el trastorn interactiu autista s'interioritza i passa a formar part de la personalitat de l'infant. Els tractaments són aleshores molt més costosos en tots els sentits i amb resultats menys satisfactoris. Segons el mode relacional de comprendre l'autisme (Manzano, J., 2010), les intervencions més tardanes, siguin de tipus logopèdic, psicomotor, psico-educatiu o psicofarmacològic, caldrà inscriure-les en una dinàmica relacional, privilegiant les interaccions emocionals i lúdiques, comptant amb la participació activa dels pares i de tots aquells professionals que formen l'entorn cuidador de l'infant (Greenspan, S. i Wieder, S., 2008).

El desig de l'altre per comunicar-se de forma prioritària i empàtica amb l'infant que presenta un funcionament defensiu autístic -comprenent i respectant els seus temors, però sense ser-ne còmplice, ajustant-se a l'evolució de les seves defenses, buscant al forma d'interessar-lo en allò que li proposem i sempre tenint més en compte els interessos de l'infant que els nostres- facilita la interacció i permet l'establiment d'una rudimentària aliança terapèutica que és la base en la que se sustenta tot el progrés terapèutic i educatiu de l'infant, no només en el si d'una relació professional, sinó també de criança.

L'aliança terapèutica es fonamenta en la interacció empàtica que s'estableix entre dues persones o més amb l'objectiu comú d'aconseguir uns determinats resultats, això suposa, en el si d'una re-

lació d'ajuda, el desenvolupament d'un procés co-construït en el si d'una interacció evolutiva i en espiral que, encara que asimètrica -entre qui dona i qui rep ajuda-, suposa una relació de comprensió i d'interdependència recíproca a banda d'una col·laboració i respecte mutus. La base d'aquesta aliança terapèutica, en un sentit ampli, seria la comprensió empàtica amb les característiques abans descrites, que permet al terapeuta o a qui presta ajuda comprendre allò que sent i pensa l'altre "com si" estigués en el seu interior. Al seu torn, aquest procés interactiu permet sense demanar-ho que l'altre, alhora, intenti comprendre'ns de la mateixa manera.

Em sembla oportú assenyalar la importància de que, tant en el moment de la detecció com del diagnòstic, la informació que es transmeti als pares es faci en el si d'una aliança terapèutica i posant també de relleu els aspectes sans i positius, tant del nadó com dels pares i de la interacció entre ells.

Pot fer-se necessari evitar, en el moment de la detecció, la paraula autisme i emprar més aviat termes com evitació de la mirada i/o de la relació i comunicació.

Per facilitar una evolució favorable, seria necessari que el professional adequadament format que tingui un vincle durador de confiança amb l'infant i la família es constitueixi en un referent, tant per als pares i l'infant com per als professionals i institucions implicats. S'evitaria així la fragmentació, la descoordinació i la discontinuïtat de cures, elements agreujants i cronificadors d'una evolució que freqüentment té tendència a cronificar-se.

Per això, és molt important treballar adequadament amb aquests infants i adults les transicions d'una activitat a una altra, d'un sistema de cures a un altre i, també, les absències, per ajudar-los a interioritzar el sentit de continuïtat existencial dins de la discontinuïtat relacional que la realitat de la vida ens imposa, tal i com ens mostra molt encertadament la Dra. Viloca en el seu llibre "El niño autista", publicat l'any 2003 (Viloca, Ll., 2003).

Els centres terapèutic-educatius de dia, així com els centres de rehabilitació

psicosocial de dia, a temps complert o parcial, han demostrat ser un dispositiu intermedi -entre la hospitalització i l'atenció ambulatoria- que poden proporcionar bons resultats quan l'equip terapèutic-educatiu està adequadament i específicament format, coordinat, a més, preparat per treballar en la xarxa assistencial comunitària de salut mental en els casos en els que els trastorns són més severos i es fa molt difícil o impossible la integració escolar i social de l'infant, així com la integració social i laboral de l'adult que els pateix.

Les associacions de familiars de persones amb autisme representen també un recurs assistencial de primer ordre ja que, a banda d'oferir serveis inexistents a la xarxa pública d'atenció a la salut mental, permeten, mitjançant la integració grupal amb altres famílies que comparteixen una problemàtica similar, una millor integració social, major qualitat de vida i una evolució més favorable dels seus fills.

Per il·lustrar el que he exposat fins ara, relataré el que va esdevenir amb una nena i un nen amb funcionament autista en un espai de supervisió.

Vinyetes clíniques

José: en José és un nen de dotze anys que pateix autisme sever amb greus dèficits emocionals, cognitius i relacionals. No té accés al llenguatge parlat i la seva capacitat de comunicació no-verbal és molt limitada. Presenta des de fa anys moviments estereotipats com a conseqüència de la cerca d'un refugi en l'autoestimulació sensorial que consisteix en sacsejar, amb moviments ràpids i repetitius, un tros de corda que quasi sempre duu a les mans. No hi ha manera de que se'n desprengui per poder participar en les activitats grupals de creativitat, musicoteràpia o psicomotricitat, amb la important limitació que això representa. L'equip que s'ocupa d'ell planteja la qüestió de com aconseguir que deixi l'activitat d'autoestimulació amb la corda que usa des de fa anys per establir una relació-comunicació amb ells que li permeti un adequat aprofitament de les activitats posades al seu servei. Després d'un temps de reflexió i elaboració grupal, es

va poder donar a la utilització de la corda un sentit relacional. Un dels monitors, després d'explicar-li que jugarien amb LA SEVA corda, va agafar l'extrem lliure de la mateixa i, després de comprovar que aquest primer pas era acceptat per en José, va començar un joc suau d'estira i arronsa amb LA SEVA corda; en veure que en José, a poc a poc, participava del joc, va introduir una nova variant, això és, va començar a deixar-la anar i agafar-la, continuant amb l'estira i arronsa. Després d'un temps amb aquest joc, en José va poder deixar per moments LA SEVA corda, com ho feia el monitor, per agafar-la després. Temps després, en José va poder deixar la corda durant les activitats grupals per recollir-la de nou en acabar-les. Aquest joc, primer pas d'interacció emocional, lúdica i simbòlica amb l'altre, va marcar per en José i la seva evolució un abans i un després, ajudant-lo a sortir parcialment i progressiva de l'aïllament autista que patia.

Ana: l'Ana és una nena de deu anys que pateix un autisme sever amb greus dèficits emocionals, cognitius i relacionals. Tampoc té accés al llenguatge parlat i la seva capacitat de comunicació no-verbal és molt limitada. Després d'un temps de tractament, va obrint-se de forma molt limitada i esporàdica a la relació i comunicació amb el seu entorn cuidador. L'equip que s'ocupa d'ella comenta, en una supervisió, que l'Ana ha començat a manifestar una conducta estranya que preocupa molt als pares i a l'entorn educatiu; conducta que s'esforcen per corregir "educativament" mitjançant tècniques conductuals per considerar-la impròpia i inadequada per relacionar-se socialment amb els altres. La conducta de Ana és la següent: quan algú se li apropa massa, la toca o trenca sense voler la seva distància relacional de seguretat, l'Ana s'aparta i escup a terra. Abans, l'Ana es replegava sobre sí mateixa i s'aïllava encara més com a resposta a aquest contacte viscut com a intrusiu per ella. Quan van comprendre que aquesta conducta considerada disruptiva significava per ella un gran progrés evolutiu, ja que tenia un significat interactiu equivalent al "No vull que t'apropis, que em toquis", l'actitud de l'equip terapèutic, dels pares

i de l'equip educatiu va canviar, permetent a l'Ana una millor i més favorable evolució.

CONCLUSIONS

I- Els trastorns de l'espectre autista es detecten, diagnostiquen i tracten a Espanya de manera molt tardana. Aquest fet té greus conseqüències per a l'infant i la seva família, ja que, a partir dels tres anys, que és quan el trastorn s'interioritza i comença a formar part de la seva personalitat, els tractaments són aleshores més costosos, més intensius i menys satisfactoris.

II- La detecció precoç del risc evolutiu cap a un funcionament autista seria possible en el primer any de vida si, a més dels signes d'alarma presents en l'infant (fluctuants en alguns casos), incloguéssim en la nostra observació els factors de risc interactius entre el nadó i el seu cuidador, les defenses del nadó i, sobretot, l'evolució de la modalitat o estil d'interacció cuidador-nadó; tot això avaluat als tres, sis i dotze mesos del continu evolutiu de l'esmentada interacció.

III- Per efectuar una primerenca intervenció que pugui evitar l'inici del funcionament autista en el nadó, així com la instal·lació en el seu psiquisme, hauríem de basar-nos en l'estudi i tractament de les alteracions precoces de la interacció cuidador-nadó, que dificulten o impedeixen l'accés d'aquest darrer a una necessària integració perceptiva del flux sensorial que li arriba per diferents canals sensorials per assolir fer-se una imatge interna de la realitat percebuda, així com les perturbacions interactives que dificulten o impedeixen l'accés del nadó a la intersubjectivitat, que és la capacitat de compartir l'experiència subjectiva viscuda en la interacció amb l'altre.

IV- Els tractaments que donen millors resultats (que poden complir aleshores una funció preventiva primària i secundària, evitant en molts casos l'aparició i desenvolupament del funcionament autista) són els que es realitzen amb els pares durant la gestació, en el primer semestre de vida de l'infant i, si no és possible, dins del seu primer any de vida.

V- Un tractament psicoterapèutic adequat basat en la interacció precoç

pares-fill ajuda a modificar el seu estil interactiu, interrompent el procés evolutiu autista patològic (procés de greus conseqüències), permetent a l'infant un desenvolupament sa i normalitzat en gran nombre de casos. ●

BIBLIOGRAFIA

Acquarone, S. (2006). *Signs of Autism in Infants: Recognition and Treatment*. Londres: Karnac.

Ansermet, F. i Magistretti, P. (2006). *A cada cual su cerebro*. Buenos Aires: Katz.

Despars, J., Kiely, M.C. i Perry, C. (2001). Le développement de l'alliance thérapeutique: influence des interventions du thérapeute et des défenses du patient. *Psychothérapies*, 21 (3), 141-152.

Frith, U. (1989). *Autismo*. Madrid: Alianza.

Golse, B. (2004). *Du corps à la pensée*. París: Editorial PUF.

Golse, B. i Robel, L. (2009). Pour une approche intégrative de l'autisme infantile. Le lobe temporal supérieur entre neurosciences et psychanalyse. *Recherches en psychanalyse*, 7, 45-51. <http://www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2009-1-page-45.htm>

Grandin, T. (2006). *Pensar con imágenes. Mi vida con el autismo*. Barcelona: Alba.

Greenspan, S. I. i Wieder, S. (2008). *Comprender el autismo: Un recorrido por los trastornos del espectro autista y el síndrome de Asperger a lo largo de todas las etapas escolares hasta la edad adulta*. Barcelona: Plaza.

Haddon, M. (2004). *El curioso incidente del perro a medianoche*. Barcelona: Salamandra.

Hochmann, J. (1990). L'autisme infantile: déficit ou défense?. A Ph-J. Parquet, C. Bursztejn i B. Golse, *Soigner, éduquer l'enfant autiste?* (p- 33-55). París: Masson.

Houzel, D. (1993). El tratamiento precoz del autismo y de las psicosis infan-



Un tractament psicoterapèutic adequat basat en la interacció precoç pares-fill ajuda a modificar el seu estil interactiu.

tiles por medio de una aplicación de la observación de bebés. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente* 15-16, 73-95. <http://www.sepyrna.com/articulos/tratamiento-precoz-autismo-observacion-bebes/>

Houzel, D. (2002). *L'aube de la vie psychique*. París: Éditions ESF.

Hubley, P. i Trevarthen, C. (1979). Sharing a task in infancy. A I. C. Uzgiris (ed.), *Social Interaction During Infancy: New Directions in Child Development*, 4, (p. 57-80). San Francisco: Jossey-Bass

Kandel, E. R. (2001). The molecular biology of memory storage: a dialogue between genes and synapses. *Science*, 294, 1030-1038.

Larbán, J. (2006). Ser padres. Interacciones precoces padres-hijos. Reflexiones a propósito de la prevención y detección precoz de los trastornos del desarrollo en el bebé. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 41/42, 147-160. <http://www.sepyrna.com/articulos/ser-padres-interacciones-precoces/>

Larbán, J. (2007). El proceso evolutivo del ser humano: Desde la dependencia adictiva hacia la autonomía. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 43/44, 171-195. <http://www.sepyrna.com/articulos/proceso-evolutivo-ser-humano/>

Larbán, J. (2008). Guía para la prevención y detección precoz del funcionamiento autista en el niño/a, en su primer año de vida. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 45/46, 63-152. <http://www.sepyrna.com/articulos/guia-prevencion-deteccion-precoz-funcionamiento-autista-nino/>

Larbán, J. (2010). El proceso autístico en el niño: Intervenciones tempranas. *Revista de psicoterapia y psicopatología*, 75, 35-67. <http://www.asmi.es/arc/doc/EL%20PROCESO%20AUTISTICO%20EN%20EL%20NINO%20-%20INTERVENCIONES%20TEMPRANAS.pdf>

Larbán, J. (2011). Autismo: Mito y Realidad. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 18, 113-123. <http://es.scribd.com/doc/66217375/AUTISMO-Mito-y-Realidad>

Larbán, J. (2012 a). Autismo temprano, neuronas espejo, empatía, integración sensorial, intersubjetividad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 54, 79-91. <http://www.sepyrna.com/articulos/autismo-temprano-neuronas-espejo-empatia/>

Larbán, J. (2012 b). *Vivir con el autismo, una experiencia relacional. Guía para cuidadores*. Barcelona: Octaedro.

Maestro, S., Casella, C., Milone, A., Muratori, F. i Palacio-Espasa, F. (1999). Study of the onset of autism through home movies. *Psychopathology*, 32 (6), 292-300.

Maestro, S., Muratori, F., Barbieri, F., et al. (2001). Early Behavioural development in Autistic Children: The first two years of live through home movies. *Psychopathology*, 34, 147-152.

Maestro, S., Muratori, F., et al. (2002). Attentional Skills During the First 6 Month of Age in Autism Spectrum Disorder. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 41 (10), 1-6.

Maestro, S.; Muratori, F., et al. (2005). How young children treat objects and people: an empirical study of the first year of life autism. *Child Psychiatry and Human Development*, 35 (4), 383-396.

Manzano, J. (2010). El espectro del autismo hoy: un modelo relacional. *Cuadernos de psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 50, 133-141. <http://www.sepyrna.com/articulos/espectro-autismo-hoy-modelo-relacional/>

Meltzer, D. (1974). Adhesive identification. A D. Meltzer, *Sincerity and Other Works* (p. 335-350). Londres: Karnac.

Meltzer, D. (1975). *Exploración del autismo: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Muratori, F. (2008). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria. *Psicopatología y Salud*

Mental del niño y del adolescente, 12, 39-49. <http://es.scribd.com/doc/86601319/Autismo-como-Efecto-de-un-Trastorno-de-la-Intersubjetividad-Primaria-I>

Muratori, F. (2009). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria (y II). *Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 13, 21-30. <http://es.scribd.com/doc/86602014/Autismo-como-Efecto-de-un-Trastorno-de-la-Intersubjetividad-Primaria-II>

Muratori, F. (2012). L'autisme comme conséquence d'un trouble de l'intersubjectivité primaire. *La psychiatrie de l'enfant*, LV (1), 41-82.

Palau, P. (2009 a). Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé. *Actualités Psychosomatiques*, 12, 21-42.

Palau, P. (2009 b). El sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿Afectación neurobiológica?. *Revista de psicoterapia y psicopatología*, 73, 41-60. <http://www.asmi.es/arc/doc/afectacion-neurobiologica1.pdf>

Palau, P. (2010). Psicopatología y autismo en el niño pequeño. Interacción, afectos y audición. *Revista de psicoterapia y psicopatología*, 74, 39-70. <http://es.scribd.com/doc/88593286/Psicopatologia-y-autismo-en-el-nino-pequeno-interaccion-afectos-y-audicion>

Palomo, R., Belinchón M. i Ozonoff, S. (2006). Autism and family home movies: a comprehensive review. *Journal of developmental behavioural paediatrics*, 7, 59-68.

Ramon y Cajal, S. (1909-1911). *Histologie du système nerveux de l'homme et des vertébrés*. París: A. Maloine.

Simas, R. i Golse, B. (2008). Empathie(s) et intersubjectivité(s). Quelques ré-

flexions autour de leur développement et de ses aléas. *La psychiatrie de l'enfant*, LI (2), 339-356.

Spitz, R. A. (1970). *Primer año de vida del niño, génesis de las primeras relaciones objetales*. Madrid: Editorial Aguilar.

Spitz, R. A. (2001). *No y si: Sobre la génesis de la comunicación humana*. Ediciones Paidós Ibérica.

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

Stern, D. (1999). *Diario de un bebé*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.

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

Streri, A. (1991). *Voir, atteindre, toucher*. París: P.U.F.

Streri, A., et al. (2000). *Toucher pour connaître*. París: P.U.F.

Trevarthen, C. i Hubley P. (1978). Secondary inter-subjectivity: Confidence, confiding and acts of meaning in the first year. A A. Lock (ed.), *Action, Gesture and Symbol: The Emergence of Language* (p. 183-229). Londres: Academic Press.

Viloca, L. (2003). *El niño autista: Detección, evolución, y tratamiento*. Barcelona: CEAC.

Volkmar, F. R. i Pauls, D. (2003). Autism. *Lancet*, 62, 1133-1141.

Winnicott, W. D. (2002). *Realidad y juego*. Madrid: Editorial Gedisa.

Zwaigenbaum, L., Bryson, S., et al. (2005). Behavioral manifestations of autism in the first year of life. *International journal of development neuroscience*, 3, 143-152.