

TRASTORNS DE L'ESPECTRE AUTÍSTIC I TRASTORNS GENERALITZATS DEL DESENVOLUPAMENT: PER UNA PERSPECTIVA RELACIONAL DE LA SEVA COMPRENSIÓ I CURA¹

– Jorge L. Tizón² –

Psiquiatra i neuròleg, psicòleg, psicoanalista (SEP-IPA). Professor de l'Institut Universitari de Salut Mental, Universitat Ramon Llull, Barcelona.



1. DEL PER QUÈ D'UNA PSICO(PATO)LOGIA BASADA EN LA RELACIÓ

Com vostès saben, fa anys que estic immers en l'intent d'ajudar a un replantejament de la psicopatologia des del punt de vista relacional. Va ser un camí iniciat amb la "Psicologia basada en la relació" i que ara voldria poder completar amb la "basada en la relació". Això significa que, tant per la psico(pato)logia com per la psiquiatria, la meva perspectiva teòrica, clínica i organitzativa parteix de considerar-les com a disciplines que s'haurien d'orientar cap a l'estudi de les relacions (internes i externes) interhumanes.

Al cap i a la fi, els diversos quadres psicopatològics, tal i com avui són definits per qualsevol psicopatologia, es mostren i estudien en la relació, en la interacció: una persona "és boja", "psicòtica", o és "neuròtica", "obsessiva" o "fòbica" pel que fa i diu a altres persones o davant d'altres persones. El que està alterat en totes les persones amb quadres

psiquiàtrics, amb psicologia patològica, és la seva relació amb les altres persones, amb algunes d'elles i amb ells mateixos. Per això diem que tota psicopatologia es manifesta en la relació, en les relacions.

Aquesta perspectiva de la psicopatologia em fou suggerida a partir de la meua feina amb diversos serveis assistencials, no només psicològics, també mèdics, de treball social, d'atenció a la infància, d'atenció a la infància amb mesures protectores, d'escoles bressol, personal dels serveis de justícia i molts altres i diversos serveis comunitaris amb els que he tingut la fortuna de poder treballar. També per les discussions amb alumnes i professors d'orientació conductista de la Universitat Autònoma de Barcelona en els anys en què vaig ser-ne docent. Des d'aleshores, i més amb l'experiència coetània de la medicina de capçalera, vaig prendre consciència sobre com aquesta nova perspectiva relacional no estava confinada tan sols a la psicoanàlisi: si bé en la meua aproximació partia de la meua experiència clínica i docent, il·lustrada per les obres de Liberman (1978) i Horowitz (1991), aviat vaig adonar-me de que posseïa nombrosos punts de contacte amb els desenvolupaments d'altres orientacions de la psicologia i de la psicopatologia.

Per descomptat que hi ha tota una sèrie d'autors i clínics treballant en aquesta línia també des de fa dècades. Per exemple, des de diverses perspec-

tives relacionals, Liberman, Winnicott, McKinnon, Cooper, Steiner, Emde, Stern, Horowitz, Coderch, Ávila, Rodríguez Sutil, Talarn, l'"escuela psicopatológica del Pisuerga" (Colina, Álvarez i altres) o els nostres propis equips i investigacions (almenys des de 1978 i 1982). També les perspectives basades en la mentalització (Fonagy, Bebington...), les perspectives basades en la neurobiologia de les relacions objecte (Kernberg, Schore, Bucci, Pankseep i Bevin...), perspectives psicoanalític-relacionals (Ávila, Coderch, Rodríguez Sutil, Daurella...), perspectives "narrativistes relacionals" tipus Fernández Liria i col·laboradors, "estratègiques", tipus Watzlawick o Nardone, etc.

A més, sembla que actualment convergeixen en aquesta perspectiva de la «psicopatologia basada en la relació» nombrosos enfocaments contemporanis de la psicopatologia i les teràpies psicossocials, alguns fins i tot aparentment molt distants entre sí. Per exemple, els enfocaments de Millon, Davis i Ellis (1994, 1998, 2006), diverses perspectives de la «cognició social» (Freeman, Garety, Ames, Combs...), les actualitzacions de diversos models i teràpies de base empírica, com, per exemple, la Teràpia Racional Emotiva, vàries de les quals han desenvolupat fins i tot models i enfocaments terapèutics basats en la realitat virtual (David et al., 2013). Tanmateix, com dèiem, seria una perspectiva en la que posseïm nombrosos punts de contacte també amb la

«psicopatologia» cognitiu-conductual del tipus Bentall, o Millon, Davis i Ellis, narrativista-cognitiva tipus Geekie i Read (2012), cognitiu-dialèctica, contextual "radical" tipus Marino Álvarez, etc.

La realitat és que els diversos quadres psicopatològics, tal i com es defineixen a qualsevol psicopatologia, cada cop més es mostren i s'estudien en la relació, en la interacció. El desenvolupament d'aquest programa d'investigació psicopatològic, per tant, no es troba en contradicció amb la progressiva implantació en investigació (però també en teràpia) de les Tecnologies de la Informació i la Comunicació (TIC). En la meua opinió, si no ens posem massa fòbics, el desenvolupament de les TIC en psicologia ajudarà a la investigació i a la teràpia. Per exemple, avui ja s'està investigant no només sobre les repercussions cerebrals de la relació i les seves alteracions, sinó, també, sobre processos i sistemes de reconeixement automàtic de postures, gestos, actituds...: reconeixement automàtic de «relacions», al cap i a la fi.

Partint de l'únic punt de vista que conec amb alguna profunditat, el psicoanalític-relacional, crec que avui posseïm suficient coneixement acumulat des del vèrtex psicoanalític i psicològic en general com per poder parlar dels patrons, estructures o organitzacions de la relació que hem especificat en diversos treballs almenys des de 1978 (cfr. per exemple Tizón 1978, 1982, 1998, 2011, 2014, 2015), en part seguint la idea dels models biopsicològics d'Erikson (1963), les posicions de Klein (taula 1), o d'altres investigadors com Liberman (1976), Emde (2011), Stern (2005), etc. Són formes d'organitzar les nostres conductes, la nostra ment i les nostres relacions interpersonals per evitar el patiment i, sobretot, el patiment produït per les emocions desagradables (majoritàriament produï-

des per les vivències relacionals internes o externes).

Per exemple, crec que hi ha un acord força generalitzat per considerar les formes de relació perseguida (o persecutòria), dramatzadora, evasiva, racionalitzadora, emocionalitzada, intrusiva, evacuativa i «emocionalment inestable». També, de les organitzacions (psicopatològiques) paranoide, histriònica, fòbica-evitativa, obsessiva-controladora, melancòlica-maniaca, perversa, addicta, incontinent, simbiòtica-adhesiva i «emocionalment desequilibrada» o límit, més emparentades amb la psicopatologia.

Els models o formes de relació són pautes o sistemes d'interacció entre els éssers humans que inicialment es posen en marxa per les emocions primitives (Pankseep i Bevin, 2012), assentats, doncs, en la nostra genètica i la neurobiologia, i modulats a través de les relacions significatives de tots nosaltres, en particular en els nostres primers anys de vida, en la nostra criança. Alguns psicopatòlegs relacionals escullen aquests models que acabem d'enunciar o altres de similars per la seva base psicobiològica, magistralment descrita per Erikson ja l'any 1963 o per Brazelton i Cramer l'any 1993. Altres ho fan per la tradició psicopatològica, o perquè coincideixen amb la hipertròfia de determinats trets dominants en els diversos tipus de personalitat, patològica o no (Livesly, 2001). Com més repertori o models puguin ser activats posteriorment en situacions diverses per l'individu, més gran és la llibertat personal respecte a la història passada i a les situacions presents, més complexa i desenvolupada és la trama de la seva identitat. Amb l'afegit, com diria Bodei (2014), de que «com més imprevisible es torna el món, més rellevància adquireix la tasca individual d'identificar i fixar el pern sobre el que es fa girar la pròpia

identitat».

En aquest sentit, les que prefereixo anomenar «organitzacions psicopatològiques de la relació» són formes d'organitzar les nostres conductes, la nostra ment i les nostres relacions interpersonals per evitar el patiment i, sobretot, el patiment produït per les emocions desagradables, però de forma tan repetitiva, tan exageradament rígida, que resulten clarament desadaptatives (Taula 2). En cada moment relacional, en cada persona i en cada organització interna momentània de la seva personalitat -i fins i tot en cada família, cada grup i cada dol- existiren uns models relacionals dominants i uns models o organitzacions relacionals dominats o secundaris, amb una rotació o intercanvi incessant entre uns i altres. Només quan la situació posseeix unes característiques externes molt marcades (persecutòries, fobògenes, melancolitzants, o psicotitzants...) l'organització resultarà més fixa o estable (i més comuna entre els diferents subjectes). En realitat, la major part de la personalitat i les relacions s'estructuraran segons aquest model: per això prefereixo anomenar-lo «organització» o «estructura psicopatològica».

Aquesta perspectiva pot ser útil tant per la psicopatologia individual, com per la dinàmica de grups i famílies (en la línia que, per exemple, va engegar Wilfred Bion amb els seus "supòsits bàsics grupals"), pels processos de dol... Tots aquests fenòmens psico(pato)lògics poden estudiar-se des del punt de vista de les estructures, organitzacions o patrons relacionals que estan en la seva base. Un moment clau del desenvolupament d'aquest paradigma va ser la descripció realitzada per Melanie Klein (1930, 1945, 1946, 1957), de les dues-tres "posicions" relacionals bàsiques, que ja fa anys em vaig atrevir a esquematitzar i matisar amb una perspectiva que resumeixo a la taula 1.

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

² Fundador i Ex-Director de l'Equip Pilot en Salut Mental Comunitària "Unitat de Salut Mental de La Verneda, La Pau i La Mina" i de l'"Equip de Prevenció en Salut Mental – EAPPP (Equip d'Atenció Precoç als pacients en risc de Psicosis)".

Taula 1. Diferències entre les principals posicions i moments evolutius del desenvolupament des d'una perspectiva post-kleiniana

Característiques	MOMENTS CONFUSIONALES PRIMITIUS	POSICIÓ ESQUIZO-PARANOIDE	POSICIÓ "REPARATÒRIA"
Relacions d'objecte predominants	Aglutinació o simbiosis self-objecte	Relacions d'"objecte parcial"	Relacions d'"objecte total"
Ansietats dominants	Confusionals primitives, catastròfiques, de "diferenciació-indiferenciació"	Persecutòries	"Reparatòries" ("Depressives" en el sentit de M. Klein)
Defenses dominants	Autisme, funcionament primitiu dels M.D. "psicòtics", amb dificultats en l'escissió primitiva	Mecanismes de defensa "psicòtics"	Defenses maníacques Mecanismes de defensa "neuròtics"
Emocions i sentiments característics	Terror (a l'anihilació, davant la diferenciació, terror "sense nom") ingenuïtat / beatitud...	Temor, ira, ràbia... Amors Idealitzats <i>Enveja</i>	Pena, nostàlgia, enyorança... <i>gelosia, culpa</i>
Tipus de fantasies inconscients bàsiques	Des-integrades, de confusió, simbiosi, indiferenciació, aglutinació self-objecte	De Desconfiança	De Confiança
Funcions emocionals conseqüents	<i>Elements beta +++</i> Incontinència. Inhibició i greus trastorns del pensament. Inhibició de l'acció o "tempesta de moviments"	<i>Elements beta + elements alfa --></i> <i>F.E. "projectives":</i> Incontinència Des-esperança Des-confiança Odi, atacs als vincles <i>Pensament paranoide i dificultat per reparar</i>	<i>Elements alfa --></i> <i>Funcions Emocionals "introjectives":</i> Contenció Esperança Confiança Amor-solidaritat <i>Capacitat per pensar i reparar</i>
Trastorns estructuralment relacionats	Trastorns autístics, confusionals i psicòtics greus	Depressió major i trastorns paranoides	Trastorns "neuròtics"

(Segons les investigacions clíniques de M. Klein, W. Bion, D. Meltzer i les matisacions recollides a Tizón, 1997, 2011, 2014).

No és aquest el lloc ni el moment per fonamentar la necessitat d'aquest model de psicopatologia ni els seus (nombrós) pòsits empírics. En la mesura en què poseeix aquests suports empírics

(a banda dels clínics) ha estat combatut acèrrimament pel model de psicopatologia «biocomercial», especialment en els camps dels TEA i els TGD, ja des de fa anys.

Tant els estudis microestructurals i funcionals del cervell, del seu neurodesenvolupament i de la seva plasticitat, com els estudis genètics del darrer decenni, porten a revaloritzar la impor-

tància de les relacions en els trastorns mentals, en la psicopatologia...I per la genòmica cerebral, la neurologia molecular i l'endocrinologia (Brazelton i Cramer, 1993; Trevarthen, 1998; Rholes et al, 2004; Fonay et al. 1990, 2002; Read et al. 2009; 2015; Varese et al. 2012; Talarn et al. 2013; Apter i Palacio, 2014...). Un arc de boomerang que es torna contra el reduccionisme, però no s'amoïnen, els seus defensors l'esquivaran...

En definitiva, estem en trànsit de poder superar en psicopatologia l'eterna discussió "etiològica" *nature-nurture*. Ara ja podem dir amb més fonaments empírics (i no només clínics) que la discussió real hauria d'atènyer al significat de la conducta (i les representacions mentals) anòmala, del "síntoma psicopatològic". I, per tant, del context: el context fonamental d'aquest senyal de psicopatologia és fisiopatològic, és merament conductual, és social, és relacional

(és a dir, psicosocial)? En aquest sentit, podríem considerar una estructura o organització (psicopatològica) de la relació suficientment diferenciada i definida si poguéssim caracteritzar per a la mateixa almenys una sèrie de factors o elements diferencials ben definits, amb suficient intensió nuclear i no massa extensió nuclear, com dirien els epistemòlegs. Personalment, més des d'un punt pragmàtic i clínic, proposo diferenciar-les en primer lloc per les formes de presentar-se a la vida social, en l'entrevista i en les classificacions psiquiàtriques a l'ús, demostrant uns models de relacions externes identificables (Factor A o de "Relacions externes"). En el Factor B de cada patró o estructura psico(pato)lògica crec que hauríem de considerar les seves relacions amb el cos i el sí-mateix corporal (de tan gran importància per l'assistència moderna), el balanç introjecció/projecció i les formes del mateix, la combinatòria i

interjoc de les emocions i motivacions fonamentals en aquesta organització relacional, una organització particular del Jo i les defenses (i, per tant, del Self), així com una constel·lació particular d'objectes interns i relacions entre els mateixos. El Factor C hauria de considerar la psicogenètica d'aquesta pauta o estructura relacional (sempre interna-externa: què és el que desencadena, posa en marxa, consolida o fa eclipsar-se cada model de relació en la història personal i en els esdeveniments vitals?). La qual cosa implica un Factor D, també diferencial per cada estructura: com es comporta aquest tipus d'organització, val a dir, els pacients dominats per la mateixa, en el tractament, en la relació terapèutica? A quins tipus de transferència acostumen a donar lloc? Conseqüentment: quines cures i normes tècniques específiques cal adoptar quan predomina aquest model o estructura relacional?

Taula 2. Modes o pautes de relació i organitzacions psico(pato)lògiques de la relació

FORMA DE RELACIÓ (Mode Biopsicològic, pauta o "model de relació")	ORGANITZACIÓ PSICOPATOLÒGICA DE LA RELACIÓ
1 Dramatitzadora	"Histriònica"
2 Evasiva	"Fòbica-evitativa"
3 Racionalitzadora	"Obsessiva-controladora"
4 Emocionalitzada o "Lírica"	"Melancòlica-maníaca"
5 Intrusiva	Perversa i addicta
6 Actuadora	Incontinent mitjançant l'acció
"Operatòria"	Alexitímica
7 Perseguida	Paranoide o "bunqueritzada"
8 Ruptura psicòtica	"Simbiòtica-adhesiva" i fragmentada / "Adhesiva-autística"
La inestabilitat relacional (Relació emocionalment mal modulada i inestable)	Els desequilibris borderline o límits (La relació emocionalment desequilibrada)

Un pediatra, amoïnada per la disharmonia en el desenvolupament d'un bebè de sis mesos, va sol·licitar la meua ajuda per una observació del nen i de la relació amb la mare mitjançant la tècnica, derivada de l'observació de bebès, que hem anomenat observació terapèutica

en la infància (OTI) (Tizón et al., 2000, 2003, 2004, 2008...). Quan va començar l'observació, el bebè tenia ja vuit mesos i tant la mare com el pediatre -més aquest segon, almenys de forma manifestada- deien estar molt amoïnats pel nen: gairebé no mirava a la mare, no somreia,

«xisclava més que plorar» amb gran freqüència i de manera que la mare deia «no entendre el que el nen volia». A més, feia poc que havia començat amb una pauta de «fer-li cops de cap» a la mare cada cop que aquesta deixava que s'hi aproximés. També era aquest el sistema

per adormir-se, en especial a les nits: no com un mer «capcineig» o «balanceig», sinó fent-se continus cops contra les baranes del bressol.

Resumint el que vaig poder col·legir tant per la meua pròpia percepció com de la realitzada per una observadora en les seves visites al domicili, diria aquí que vam poder arribar a comprendre que aquesta mare, pel que semblava greument deprimida i amb el marit absent per causes laborals durant mesos, en nombroses ocasions no proporcionava cap resposta a les peticions -no cal dir que desorganitzades i difícils d'entendre del seu bebè. La situació era tan greu que en més d'una ocasió es va poder observar a la mare, estirada i esbraonada al llit, amb el bebè col·locat a sota del seu braç dret i com el bebè començava a reptar «com volent introduir-se dins la mare a través de l'aixel·la»... La mare quasi no responia i el nen començava aleshores amb els cops de cap, conducta que exhibia també sovint en els moments en què la mare l'apropava al seu pit.

Aquest tipus de comportament i de relació, observades precoçment, ens van impressionar vivament perquè coincidien quasi exactament amb pautes ja descrites per Esther Bick (1968, 1986) o, entre nosaltres, per Corominas, Torras, Viloca o Larbán... i que ja feia anys veníem observant i descrivint en diversos seminaris d'Observació Psicoanalítica de bebès i nens i en grups d'observació amb objectius terapèutics en els que he participat o coordinat (Abelló, 1984; Tizón, 2001): nens que a diversos nivells posseïen ja signes indicatius de "reaccions autístiques" o psicòtiques, que manifestaven símptomes externs similars... i que s'auto-administraven "sensacions (de mare?)" de la forma que podien. Els "cops de cap" contextualitzats passaven a tenir un altre significat, molt més adaptatiu, però insuficient: penetrar en el cosment de l'única persona cuidadora.

2. UN BREU APUNT SOBRE LA "RUPTURA PSICÒTICA PRE-PUBERAL" I LA RELACIÓ ADHESIVA-AUTÍSTICA

La definició de psicosis que venim defensant fa decennis, resumida a la taula 3, considera sobretot dos elements

o problemes nuclears clau: la falta d'integració de la personalitat i la identitat, i les dificultats pel processament de les informacions (en particular, de les aferències emocionals i cognitives inicials). Per això crec que aquesta definició pot ser aplicada, en termes generals, per suposat als trastorns generalitzats del desenvolupament i, a més, a les síndromes autístiques i similars: en ambdós casos hi ha defectes en la integració de la personalitat en formació i problemes greus en la modulació de les emocions primitives (i, en particular, de la por, la ira, la indagació, l'aferrament...). Per tant, trencaments de la capacitat diacrítica, de la diferenciació realitat interna/realitat externa, i, conseqüentment, alteracions severes en les relacions interpersonals.

Malgrat tot, per mi resulta clar que la utilització del terme psicosis per alguns trastorns greus de la infància:

1) No compleix exactament els criteris de psicosis emprats de forma comuna en la psicopatologia descriptiva.

2) Comporta un cert component de metàfora o extensió del concepte.

3) Remet a formes de relació dels nens tan diferents com les d'un autista greu "encapsulat" i un nen severament desorganitzat per la irrupció no modulada d'emocions i fantasies greument persecutòries, o desbordat per qualsevol de les emocions primigènies.

4) Facilita el pensar que aquests processos adaptatius precisen de TIANC: *Tractaments Integrals Adaptats a les Necessitats del subjecte i la seva família a la Comunitat*, tal com hem practicat en els últims vint anys i resumit en publicacions com les de 2013 i, sobretot, 2014.

És a dir que, el que per simplificar se sol anomenar "psicosis de la infància", implica quadres clínics molt variats, edats variades, predomini de la desorganització, no integració... El que assimila aquests quadres diversos són aquestes característiques inferides: trastorns en la integració, trastorns en la relació social, trastorns en la diferenciació realitat interna/realitat externa... Per això inclouen sempre el que s'ha anomenat *dèficits disharmònics*

de vessant psicòtica, distorsions psicòtiques precoces de la personalitat i organitzacions distímiques de naturalesa psicòtica. La *classificació psicopatològica de la primera infància "0 a 3"* té l'avantatge de que, almenys a la seva versió de 1998, incloïa a més un intent de classificació de les relacions en les quals viu el bebè i el nen.

La mateixa naturalesa heterogènia i proteica de les seves manifestacions fa que les línies d'investigació sobre aquestes formes de relació infantils siguin enormement variades, sovint divergents i ocasionalment contradictòries. Però a dia d'avui, pensem que continuen sent necessàries les investigacions genètiques, bioquímiques, del neurodesenvolupament i la neurofisiologia funcional, la etologia, els estudis familiars biopsicosocials, el cognitivisme, la psicoanàlisi...

Tant des d'una perspectiva relacional com des de la psicologia del desenvolupament, aquest tipus de manifestacions, alhora tan diverses i tan primitives, ens haurien de fer pensar que estem veient manifestacions de reaccions adaptatives davant de traumes o problemes neurològics (cerebrals) i/o psicològics greus, la naturalesa exacta dels quals està encara avui per dilucidar en molts casos. Les diverses formes de presentació, d'acord amb els nostres coneixements actuals, no s'haurien d'adscriure a «malalties diferents», sinó potser a les diverses formes d'adaptació del nen i de la família a les alteracions fonamentalment biològiques o fonamentalment relacionals de cada cas, en la seva interacció sempre relacional amb la família i la criança rebuda (Acquarone, 2008; Alvarez, 1999; Larbán, 2016; Magagna i Saba, 2012; Manzano, 2010; Muratori, 2009; Tizón, 2013; Tustin 1991; National Center, 2005...).

Aquesta és, al meu entendre, una consideració vàlida almenys en l'àmbit dels trastorns autístics, el trastorn d'Asperger i els «trastorns generalitzats del desenvolupament no especificats»: en la mesura en què, sigui quina sigui la base (genètica, neurològica-lesional o relacional primerenca i, per tant, amb

repercussions neurològiques i genòmiques) la resposta tant del nen com de la família actuen directament sobre la seva àmplia plasticitat cerebral (i psicològica). Avui creiem que aquesta explicació de les diferències simptomatològiques entre els diversos tipus de "TGD" (i, per suposat, en els diferents nens), és molt més ajustada als nostres coneixements psicosocials actuals i, sens dubte, molt més "parsimoniosa" que aventurades taxonomies basades en el reduccionisme biològic a suposades "malalties neurològiques" o del "neurodesenvolupament".

En aquest sentit, tal vegada TEA, TGD, "psicosis infantils" i "psicosis de l'adult", si no ens enceguen afanys taxonomistes i classificadors, queden connectats per les seves alteracions

fonamentals, que són comunes: com ja hem dit, una greu alteració en la integració del *self*, en la seva constitució, i una greu alteració del contacte amb la realitat externa, material i social (Horowitz, 1991, 2004; Volkan 1995; Williams, 2014).

Per això cobra especial importància la determinació de les organitzacions de la relació dominants en cada nen, en cada família i en cada moment del tractament, fins i tot en els veritables TEA: hauríem de ser més curosos i determinar-les per poder ajudar millor quan un infant, per molt que hagi estat qualificat com a autista, actua més dominat pel propi autisme o rebuig de la relació, o bé de manera més paranoide, o més adhesiva, o més fòbica, o més dissociadora... Com venim

defensant des de fa decennis, cada organització de la relació requereix pautes d'aproximació, entrevista i teràpia diferenciades.

D'aquí que tendim a diferenciar entre allò *adhesiu-autístic*, com una forma més primitiva de relació (amb molts elements de defensa contra tota relació) i allò *adhesiu-simbiòtic*. No obstant, aquesta segona forma de relació sempre està present, fins i tot en els nens més greument autístics. A més, en la nostra experiència, allò *adhesiu-simbiòtic* va predominant sobre el retraïment autístic segons avancem en el desenvolupament, en el tractament integral i en la línia que va des de l'autisme als TGD d'un altre tipus i les *psicosis "post-puberals"* ben tractades ("esquizofrènia").

Taula 3. Per una comprensió relacional de les "psicosis pre-puberals" i de les seves semblances amb les "psicosis post-puberals" (derivada de "Familia y psicosis", 2014)

Les psicosis:

- Són **reaccions humanes inusuals**
 - davant de dificultats biològiques, psicològiques i/o psicosocials genètiques, connates o dels primers anys.
 - molt primitives i difícils de modular (per això la reacció és extrema).
- Evolucionen amb **dificultats per comprendre** i situar-se en el món, amb confusions massives.
- Amb dificultats per **processar i modular les emocions** i la visceralitat de les mateixes.
- I per **integrar-se com a subjectes**, amb un *self*, amb una identitat definida:
 - sempre hi ha trastorns en el desenvolupament de la personalitat.
 - d'aquí els **greus trastorns emocionals i cognitius que poden presentar (síntomes en positiu, en negatiu i de desorganització)** i tant primaris com secundaris.
- Evolucionen amb **crisis i recaigudes**, però també amb *millores i recuperacions*.
- **AMB CONFLICTES REITERATS I FLUCTUANTS:**
 - **Vinculació (aferrament) x Formes desviades de la Vinculació:**
 - sempre hi ha *trastorns de la vinculació, de l'aferrament* a les persones significatives, que són enormement necessàries i, en altres moments, font de desconfiança o fins i tot terror → entre la *Relació adhesiva-autística* i la *Relació simbiòtica-adhesiva*.
 - **El conflicte confiança/desconfiança** és un altre dels fonamentals,
 - **Integració x desintegració** (dominant en el TEA i en altres TGD)
 - i el de **control x descontrol**.
- Tots els pacients que pateixen psicosis senten una necessitat exacerbada de controlar el medi, necessitat que alterna amb moments de crisi i descontrol dels impulsos → "Fòbies

arcaiques”, reaccions paranoïdes, crisis d’angoixa davant del descontrol...

D’aquí que sigui tan important ajudar a les persones properes a no perdre la confiança en elles mateixes quan el pacient desconfia d’elles.

I és bàsic estar en contacte amb la part sana de la personalitat del subjecte, que sempre existeix.

No obstant, és evident que l’organització relacional que es fa estable en el cas de la cronificació d’alguns d’aquests síndromes relacionals no és exactament *simbiòtica-adhesiva*, almenys durant la pròpia infantesa. Això és particularment visible en el cas dels “trastorns de l’espectre autístic” o “síndromes autístics”, una altra manera més d’expressar-se les dificultats en el contacte entre la “ment i el self naixents” i les figures de vinculació i la realitat externa. Per això preferim parlar d’“organització autística-adhesiva” per aquest tipus concret d’organització relacional, les característiques del qual van ser tipificades inicialment per Kanner i Mahler i aprofundides des del punt de vista psicoanalític per Klein (1930, 1945, 1946), Meltzer (1975, 1989, 1990), Tustin (1981,1986,1991) i altres molts clínics, psicoanalítics o de diverses orientacions teòrico-tècniques. Avui sembla provat que existeixen factors neurològics (Schore, 1994; Cazolino, 2006; Eisenberg, 1995; Feder et al, 2009; Golse et al. 2009; Ansermet i Magistretti, 2006; Rizzolati i Sinagaglia, 2006; Shonkoff i Garner, 2012...) i fins i tot epigenètics (Eisenberg, 1995; Feder et al. 2009; McInnes, 2003; Szyf et al, 2008; Shonkoff i Garner, 2012...), que faciliten aquestes reaccions i des-adaptacions extremes (la qual cosa no significa que siguin el factor de risc fonamental del problema i ni tan sols que siguin les alteracions primàries): tot el camp de la investigació dels efectes biològics i psicològics dels dols durant l’embaràs està proporcionant aquí dades que fa pocs anys era impensable recollir (Khashan et al, 2008; Li et al, 2009; Douglas, 2005; Seckl, 2001; Feder et al. 2009...).

Per la cronificació d’aquestes pautes relacionals i antirelacionals fins a l’extrem d’un quadre com els designats com a TEA o TGD, és fonamental la no elaboració o modulació de les emocions primitives en grau greu, ja sigui per les dificultats neurològiques intrínseques mal contingudes pel medi, ja sigui per greus alteracions de

la *triangulació primigènia* i de la seva necessària contenció psicossocial i comunitària. I entenent les emocions primitives en el sentit de “sistemes emocionals”, l’equivalent actualitzat de les “pulsions”: aquells motivadors arcaics ancorats en el soma. Segons Panksepp i Biven (2012), la indagació, la por, la ira, l’aferrament, la pena, el desig i l’alegria-joc. Però és un tema que, malgrat la seva gran importància, no puc desenvolupar aquí.

No obstant, precisament en aquest sentit, és bàsic tenir en compte la idea kleiniana de les “posicions”, en particular des d’una perspectiva relacional. El resultat d’un descuit sever de dificultats biològiques o psicològiques greus inicials seria el que en termes psicoanalítics anomenaríem un predomini de les “ansietats confusionals”, o *ansietats de diferenciació-indiferenciació* (taula 1).

Venim pre-programats genèticament per elaborar les ansietats de diferenciació, de confusió primària, mitjançant la maduració neural i els intercanvis psicològics primitius. Val a dir que venim genèticament pre-programats per la integració. Gràcies a això anem ordenant la realitat o les nostres percepcions de la mateixa, dissociant unes percepcions d’altres, les internes de les externes, sobretot (“On sóc?”, “Què ha passat?”), preguntant, reflexionant, planificant, classificant, controlant... Totes elles són activitats destinades a organitzar la realitat (“separar la llum de les tenebres”). Totes aquestes activitats o fenòmens psicològics fonamentals, emocional-cognitius, es troben assentats en un dels *sistemes emocionals* bàsics en l’espècie: la *indagació*, que no és només frontal, racional, digital, sinó que és una emoció bàsica i, per tant, automàtica, pre-programada, del cervell pre-mamífer, ineliminable... La por, la ira, el sistema emocional d’aferrament i la pena poden agreujar fins i tot el component psicològic i visceral d’aquesta posició relacional.

Personalment, pel fet de treballar durant decennis en dispositius integrats de la sanitat pública, en els quals s’atenia a la salut mental de la primera infància, de la infància, d’adolescents i d’adults amb trastorns mentals greus, comptant amb equips d’investigació i de “trastorns mentals greus” en el propi servei, hem pogut seguir fins a l’edat adulta a desenes de subjectes el trastorn dels quals podia qualificar-se de “*ruptura psicòtica pre-puberal*” (avui “TEA”) (Tizón et al. 2000, 2013, 2014). Gràcies a això podem apuntar que el tipus de relacions que predomina en ells en aquesta edat adulta són diverses variacions del que hem anomenat *relació simbiòtica-adhesiva*, amb més o menys elements autístics incrustats, no elaborats o persistents, i diversos tipus d’anomalies o “rarses” comportamentals. Tant per aquesta raó evolutiva, com per les dificultats de vinculació amb la realitat externa i els altres, pensem que aquest tipus de relacions amb la psicosis: almenys, si entenem la psicosis com fonamentada en aquest conjunt de dificultats extremes d’integració, dificultats extremes de processament emocional-cognitiu i dificultats extremes (i ambivalents) de vinculació.

Seguim amb aquesta postura una tendència marcada des de fa decennis en la Psiquiatria psicodinàmica i la psicoanàlisi infantil, expressada, per exemple, en les obres de Lebovici et al. (1988) o en manuals com els de Marcelli i Ajuriaguerra (1996) o Mazet i Stoleru (1990). Crida l’atenció, no obstant, que fossin precisament aquestes perspectives les que van proporcionar una de les orientacions de la simptomatologia clínica més focalitzada en conductes, com mostren les taules 4 i 5. Clàssicament aquestes “conductes” alterades es van caracteritzar com la “*triada de Wing*” (en homenatge a Lorna Wing): dificultats en la interacció social, en la comunicació verbal i no verbal i un patró restringit d’interessos o comportaments.

Taula 4. Els símptomes fonamentals de les “psicosis infantils” segons la Psiquiatria Psicodinàmica Clàssica (Marcelli i de Ajuriaguerra, 1996).

Aïllament-Autisme	
Conductes motores	Anomalia tònica Gestualitat inhabitual Comportaments motors específics: estereotípies, manipulacions d’objectes, inestabilitat...
Trastorns del llenguatge	
Trastorns de les funcions intel·lectuals	
Trastorns afectius	Oscil·lacions ràpides de l’humor Crisis d’angoixa agudes Crisis de riure Crisis d’ira, automutilacions...
Trastorns de conducta mentalitzats	Fòbies arcaïques Rituals Deliri (?) Al·lucinacions (?)
Trastorns psicossomàtics i antecedents somàtics	Trastorns del son Trastorns alimentaris precoços Trastorns esfinterians Antecedents somàtics: deshidratacions, perinatales... Epilèpsies associades

Taula 5. Psicosis infantils precoces segons les perspectives clàssiques: quadre comparatiu (derivada de Marcelli i de Ajuriaguerra, 1996).

Mahler	Tischler i Stroh	Tustin	Duche-Stork	Diatkine	Misés	Lang
Autisme infantil patològic	Psicosis AUTISTES	Autisme primari anormal	Autisme infantil precoç	Autisme de Kanner	Psicosis autistes	Disharmonia evolutiva
o	Psicosis ESQUIZOFRÈNIQUES	Autisme secundari encapsulat,	Psicosis de desenvolupament	Psicosis precoces	Psicosis de manifestació deficitària	Parapsicosis
Psicosis simbiòtiques	Psicosis TRAUMÀTICA DE STROH (maltractament des de la primera infància)	Autisme secundari regressiu Altres psicosis no autístiques en nens		Pre-psicosis	Disharmonia evolutiva d’estructura psicòtica	

Crec que, d'alguna forma, els clínics que van conjuminar el "Zero to Three" van tenir en compte aquesta perspectiva relacional de la que vinc parlant sense deixar de banda l'aspecte més conductual, de "patrons de comportament". Per això van preferir parlar de "patrons" (organitzacions de la relació?) caracteritzats per la gravetat dels disfuncionalismes o les falles d'integració i matisats per l'edat del nen. També, tal vegada, per relativitzar una mica les actituds taxonomistes a l'ús: d'aquí la seva utilització del terme "patrons" i no descripcions de suposades "entitats nosològiques" diferenciades artificialment mitjançant epònims (una forma de conferir suposada "cientificitat" mitjançant l'ús altisonant de substantius, sigles o

termes forans). Però, sobretot, perquè la seva perspectiva de "sistemes afectats" proporcionava, al meu entendre, una orientació clara per al tractament, aspecte que no ha estat massa tingut en compte en molts altres sistemes classificatoris dels trastorns mentals, tant d'adults com, més encara, de nens i adolescents.

Les taules 6 i 7 resumeixen aquesta perspectiva nosològica, molt més dinàmica i orientada a la pràctica, i no només a forçades suposicions etiopatogèniques encara per demostrar. En aquest sentit, creiem que, malgrat tot, part d'aquest esperit ha anat penetrant en altres perspectives diagnòstiques més modernes, com el DSM-5, fins i tot a pesar de l'intent explícit d'aquest

manual d'augmentar el camp de diagnòstic dels TEA: em sembla que la idea del "patrons" ha influït en la idea dels "patrons greus" del DSM-5, si bé en una perspectiva molt més "pragmatista" (que no pragmàtica). Per exemple, s'han marginat alguns dels elements més estrictament psicològics i fins i tot relacionals que sí utilitzava el "Zero to Three", almenys en la seva versió de 1998 (que és la que personalment he fet servir de forma habitual: 1998, 2005). I això, malgrat que els trastorns de l'espectre de l'autisme i els seus criteris en el DSM-5 estan molt més desenvolupats, potser en l'intent explícit d'ampliar aquest diagnòstic i professionalitzar-medicalitzar a un percentatge dels infants cada cop més ampli (Taulas 6 i 7).

Taula 6. Un resum de la classificació 0 to 3.

Eix I. Diagnòstic primari de la Classificació "0 to 3"
100. Trastorn per estrès traumàtic
200. Trastorns de l'afecte
201. Trastorn per ansietat
202. Reacció de dol / aflicció perllongada
203. Depressió
204. Trastorn mixt de l'expressivitat emocional
205. Trastorn infantil de la identitat genèrica
206. Trastorn reactiu de la vinculació per privació / maltractament
300. Trastorn de l'adaptació
400. Trastorn de la regulació
401. Tipus I: Hipersensible
Temorós i caut
Negativista i desafiant
402. Tipus II: Hipo-reactiu.
Retret i amb dificultats per comprometre's
Abstret
403. Tipus III: Desorganitzat motriu, impulsiu
404. Altres
500. Trastorn del son
600. Trastorn de les conductes alimentàries
700. Trastorn de la interacció i la comunicació:
<i>Conceptualitzar-lo com:</i>
1. Trastorn generalitzat del desenvolupament:
Trastorn autista

Trastorn de Rett Trastorn d'Asperger Trastorn Generalitzat del Desenvolupament NE 2. O bé com "Patrons" de Trastorn Multisistèmic del Desenvolupament Patró A (en nen més gran de 5 mesos) Patró B (en nen més gran de 9 mesos) Patró C (en nen més gran de 15 mesos)
Eix II de la CLASSIFICACIÓ 0 a 3 anys: Classificació de la relació 901. Relació sobreinvolucrada 902. Relació subinvolucrada. 903. Relació ansiosa / tensa 904. Relació colèrica / hostil 905. Relació mixta 906. Relacions abusives: a) Verbalment abusiva. b) Físicament abusiva c) Sexualment abusiva

TAULA 7. Nivells de gravetat del trastorn de l'espectre de l'autisme segons el DSM-5 (modificada per a corregir problemes de redacció)

Nivell de Gravetat	Comunicació social	Comportaments restringits i repetitius
Grau 3 "Necessita ajuda molt notable"	Les deficiències greus de les aptituds de comunicació social verbal i no verbal causen alteracions greus del funcionament, inici molt limitat de les interaccions socials i resposta mínima a l'obertura social amb altres persones. Per exemple: persona que emet poques paraules intel·ligibles, que rarament inicia la interacció i que, quan ho fa, realitza estratègies inhabituals només per complir amb les necessitats, responent tan sols a apropaments socials molt directes.	La inflexibilitat del comportament, l'extrema dificultat de fer front als canvis o altres comportaments restringits/repetitius interfereixen notablement amb el funcionament en tots els àmbits. Ansietat intensa / dificultat per canviar el focus d'acció.
Grau 2 "Necessita ajuda notable"	Deficiències notables de les aptituds de comunicació social verbal i no verbal; problemes socials aparents fins i tot amb ajuda <i>in situ</i> ; inici limitat d'interaccions socials; reducció de respostes o respostes no normals a l'obertura social d'altres persones. Per exemple: persona que pronuncia només frases senzilles, la interacció de la qual es limita a interessos especials molt concrets, i que té una comunicació no verbal molt excèntrica.	La inflexibilitat de comportament, la dificultat de fer front als canvis o altres comportaments restringits/repetitius apareixen amb freqüència clarament a l'observador casual, i interfereixen amb el funcionament en diversos contextos. Ansietat i/o dificultat per canviar el focus d'acció.

<p>Grau 1 “Necessita ajuda”</p>	<p>Sense ajuda <i>in situ</i>, les deficiències en la comunicació social causen problemes importants. Dificultat per iniciar interaccions socials i exemples clars de respostes atípiques o insatisfactòries a l’obertura social d’altres persones. Pot semblar que té poc interès en las interaccions socials.</p> <p>Per exemple, una persona que és capaç de parlar amb frases completes i que estableix comunicació, però la seva conversa àmplia amb altres persones falla, i els seus intents de fer amics són excèntrics i habitualment sense èxit.</p>	<p>La inflexibilitat de comportament causa una interferència significativa amb el funcionament en un o més contextos.</p> <p>Dificultat per alternar activitats. Els problemes d’organització i de planificació dificulten la autonomia.</p>
---	--	--

Sobre l’element autístic, en el sentit més bàsic, de subjectes tancats en sí mateixos i en el seu propi món intern greument alterat com a defensa contra una realitat interna (i externa) persecutòria o desintegradora, no ens estendem en aquestes breus línies. Molts altres autors ho faran en aquesta revista i fins i tot en aquest número. Però sí pel que fa a l’adhesivitat. En efecte, un resultat ineluctable de les dificultats de mentalització, d’identificació projectiva comunicativa, d’empatia, seran aquests elements que hem descrit com *adhesivitat*: per les seves pròpies necessitats internes, si no es troba dominat per la major de les desintegracions (la ruptura psicòtica) o per la relació paranoide, el subjecte amb psicosis intentarà seguir al grup, les normes del grup, els desitjos de l’altre... Però en la mesura en què, sovint, no pot fer-ho de forma introjectiva, introjectant aquests costums, hà-

bits, modes, que són fonamentals en la vida de relació i en l’intercanvi afectiu, tendirà a adherir-se a les normes socials, a adherir-se als desitjos de l’altre, a la identitat de l’altre, a imitar-lo... Per introjectar es necessita interior, contingent, estructura (de self, de personalitat) almenys mínima...

Adherir-se més que introjectar. Aquesta és l’essència de la relació adhesiva. *Bi-dimensionalitat* enlloc de *tridimensionalitat*. Intentar adherir-se a l’altre, a la seva superfície, a les normes del grup perquè algú o altre el porti per les tortuositats i dificultats de la vida. Quelcom ben diferent, per cert, de la relació simbiòtica: una altra forma de controlar el medi i als altres més desenvolupada, en la qual el subjecte amb psicosis es viu com parcialment indiferenciat de l’altre, de l’objecte. Poden acariciar confoses i bigarrades fantasies de viure “dins de l’altre” i necessiten, per sobreviure,

aquesta estreta combinació-confusió amb un altre, mare, pare, cuidador, amb el que existeixen tota mena de desconfiances i atacs i que, al mateix temps, és totalment necessari i de qui el subjecte intenta no separar-se’n mai del tot.

3. LA RADICAL IMPORTÀNCIA DE LA PREVENCIÓ I LES AJUDES A LA FAMÍLIA A LA VIDA QUOTIDIANA

Al meu entendre, en l’àmbit dels TEA, en part gràcies a una certa concordança en la clínica, s’ha avançat de vegades més en la seva prevenció (inespecífica) que en la seva etiologia i en els tractaments utilitzables.

En efecte, fins fa no pocs anys, la detecció precoç i, per tant, la prevenció dels TEA al nostre país (tal vegada la prevenció primària i, sense dubte, la secundària i terciària) venia presidida per les dades que ha recollit Larbán al 2016 i que hem ampliat a la taula 8.

Taula 8. Sobre la detecció precoç dels TEA al nostre país.

1. Les famílies són les primeres en detectar senyals d’alarma en el desenvolupament del seu fill (entre el 30 i el 50 % dels pares les detecten ja en el primer any de vida).
2. Des d’aquestes primeres sospites, basades en senyals d’alarma viscudes com a tals per la família, fins al “diagnòstic oficial” passen dos anys i dos mesos de mitjana.
3. L’edat mitjana en la qual, al nostre país, un infant rep un diagnòstic de TEA era de cinc anys (si més no fins a la implantació del DSM-5).
4. Avui dia, el diagnòstic de TEA acostuma a ser fet pels serveis especialitzats precisament en aquest diagnòstic: per aquest tipus de problemes s’ha millorat poc encara la sensibilitat diagnòstica de l’Atenció Primària de Salut.
5. És a dir que solen passar entre dos i quatre anys des de que el infant mostra les primeres senyals d’alarma fins a que és diagnosticat, tot i que existeixen estudis internacionals i nacionals de com no és especialment difícil un diagnòstic més precoç.
6. I aquest diagnòstic retardat actual sol fer-se més aviat en serveis privats i/o especialitzats, posant-se de manifest un cop més la dificultat dels nostres serveis sanitaris per a una *perspectiva relacional* de l’assistència (atès que les primeres senyals d’alarma de TEA, com ja hem vist, són les relacionals i s’observen en la relació). És una altra conseqüència (assistencial i econòmica) summament negativa d’aquesta falta de perspectiva relacional o, si es prefereix, bio-psico-social.
7. I, a sobre, els mitjans que es dediquen per al tractament, per a la prevenció secundària i terciària, segueixen sent en el nostre país en general enormement primitius, pobres, poc integrats i poc actualitzats, sotmesos a més a més a les “retallades-estafa” com en altres molts camps dels serveis públics.

No obstant, es van aconseguir deteccions i tractaments precoços que han avançat l’edat de detecció varis anys en alguns estudis recents (Palacio, 1993, 2007; Manzano, 2010; Fivaz-Depeursigne, 2014; Villanueva i Brun, 2008; Aixandri, 2010; Brun, 2013...). Una part important dels *protocols de seguiment del nen sa*, quan inclouen un apartat de salut mental (i Catalunya fou un dels primers que el va incloure: Direcció de Salut Pública, 1999, 2008), s’orienta a la detecció precoç de factors de risc i senyals d’alarma que puguin prevenir al clínic sobre el desenvolupament d’aquest tipus de quadres o d’altres menys greus i precoços. Clar que, per això, cal partir de la idea de que les relacions socials i familiars poden afavorir o retardar aquestes evolucions, aspecte en què les perspectives més biològiques no coincidien (Read et al 2009, 2015; Varese et al. 2012).

Però si donem importància a la família i al grup social en la creació, la

contenció i/o la cura de les “psicosis pre-puberals” (i d’entre elles, l’autisme), sense estèrils i poc científiques discussions sobre suposades etiologies úniques, hi ha sistemes de detecció precoç que, acompanyats de models de tractaments tipus TIANC (Tizón, 2014), podrien portar a millorar enormement la vida d’aquests infants i famílies. Donada la limitació d’aquestes línies, citaré tan sols les que personalment hem utilitzat en el darrer decenni: en primer lloc, el llistat de *factores de risc SASPE* (Tizón et al., 1994, 2000, 2006, 2008, 2009), que amb posterioritat s’ha utilitzat tant en els *programes preventius del PAPPs* (Programes d’Activitats Preventives i de Promoció de la Salut de la Societat Espanyola de Medicina de Família i Comunitat: Fernández et al., 2005; Tizón et al., 2011) com en les dues darreres edicions del “Protocol del Nen Sa de la Generalitat de Catalunya” (1998 i 2008), així com pel *Programa de Formació per a la Promoció de la Salut Mental des*

de Pediatria (PF-PSMIP) de la pròpia Generalitat de Catalunya, finançat pel Consell Interterritorial de Salut (2011).

Per la detecció precoç hem usat a la clínica de salut mental i de pediatria, així com en investigació, el test de cribratge o *screening* de Guedeney i cols. ADBB (2001), traduït per nosaltres com ARBB (2013, 2014). A banda de la seva sensibilitat i especificitat, aquest *screening* posseeix l’avantatge de que no intenta fer inferències suposadament etiològiques, sinó que es limita a les interaccions o relacions conductual-emocional-cognitives del bebè amb els seus cuidadors; a determinar si existeix o no un *retraïment excessiu*, sense prejudicis suposadament causals sobre el mateix. La utilització del test de cribratge de Guedeney és una forma de captar precoçment, a partir del “síntoma” *retraïment*, les característiques comunicacionals (relacionals) de les dificultats greus en el primer any de vida, que altres investigadors han resumit segons la taula 9.

Taula 9. Senyals d'alerta elementals de TEA en el primer any de vida.

Alteracions en la interacció social	No mantenen el contacte visual o l'eviten No hi ha primer organitzador: Somriure social No estira els braços per a que l'agafin No hi ha imitació Joc estereotipat Més interès pels objectes que per les persones
Alteracions sensorials	Hipersensibilitat als sorolls "Pseudosordesa" Aparent o paradoxal insensibilitat al dolor
Alteracions en la comunicació i el llenguatge	No hi ha balboteig, retard en el llenguatge No hi ha gestos protodeclaratius
Patrons inflexibles de comportament	Dificultats per auto-regular-se i alteració dels hàbits bàsics Moviments estranys amb els ulls i altres tics Fixacions autosensorials Rigidesa o hipotonia muscular, rebuig al contacte Fa moviments repetitius, tics facials, ganyotes... Gateig estrany i altres estereotípies motores

Tot això esperem que en un futur ens pugui portar a la situació en la qual les anteriors i brillants descripcions sobre la relació autística de per exemple Klein, Tustin, Mahler, Rosselfeld, Meltzer i col·laboradors, etc. puguin passar a la història, doncs la majoria dels infants i les seves famílies puguin ser ajudats precoçment. I ja hem pogut comprovar en nombrosos casos que, si és així, no arriben a desenvolupar processos adaptatius-desadaptatius tan greus i cronicats a nivell biopsicosocial com els d'un "autista" clàssic, hagin estat els factors causants inicials biològics, psicològics o psicosocials. Fins i tot aquella descripció de Tustin i altres, summament brillant, dels autistes "encapsulats" i els autistes "confusionals", sembla que podrà passar a la història, sobretot per la desaparició dels primers (i la medicalització abusiva dels segons).

Perill addicional per aquests nens i les seves famílies: l'intent del DSM-

5 d'estendre els diagnòstics precoços però, precisament, sota l'etiqueta de TEA, d'"autisme", estenen així una descripció (autisme) a aquells quadres relacionals psicopatològics proteiformes, bigarrats i en molts dels quals no predomina aquesta negativa radical a la relació (que és l'autisme), sinó diversos elements defensius, disfuncionals i pseudoadaptatius cronicats. Unificar tot això sota un terme com "autisme" (TEA) no ajuda massa al tractament dels diversos sistemes (o components relacionals) alterats i sí proporciona un sòlid pessimisme i una precipitada medicalització en absolut fonamentades en proves empíriques existents o per les necessitats terapèutiques reals, que són psicosocials i psico-educatives, a més de psicomotrius: és a dir, tota la panòpia que contribueix a la integració del self.

Un cas peculiar en aquest sentit va ser el d'en Roberto, que ens fou enviat pel seu pediatre de la Sanitat Pública perquè, des d'aproximadament

l'any d'edat, va començar a realitzar un gest amb el cap que equivalia clarament al signe del "no"... però que aparentment es trobava desvinculat de tota intencionalitat lingüística verbal o para-verbal. L'exploració neurològica exhaustiva, realitzada en dos hospitals i en dos moments diferents de l'evolució d'en Roberto, era totalment normal... Però el moviment seguia quan el nen va fer els dos anys. La mare, jove i allunyadament deprimida, però molt col·laboradora i interessada en la investigació del perquè d'aquell fet, creia recordar que l'inici d'aquell moviment havia coincidit amb el deslletament d'en Roberto. El deslletament, "tardà" per al nostre context, va tenir lloc pels volts del desè mes i va ser, no obstant, brusc i traumàtic: la mare recordava que es trobava massa amoïnada i "enfonsada" en aquells dies i que es va sentir incapaç de seguir o de fer-ho de forma progressiva... "I ningú em va poder ajudar... Ni jo a en Roberto".

Dos anys després el nen seguia una evolució emocional i psicomotriu adequada i realitzava amb menys freqüència el moviment, aleshores quasi un "tic": la seva realització es va agreujar cap als tres anys i el pediatre el va tornar a enviar a un altre Servei de Neurologia sense que jo m'hi oposés, doncs l'aspecte aparentment "no relacional" del moviment repetitiu podia correspondre no només a un agreujament propi de l'edat de l'entossudiment, com diuen alguns pobles germànics, sinó a una lesió neurològica, segons temia el pediatre. En els dies posteriors a l'exploració neurològica, que va transcórrer amb errors organitzatius importants, la mare va recordar que "al principi, el moviment el feia entre un pit i l'altre, com si volgués fregar-se o colpejar-se contra un o altre. I s'excitava cada cop més i acabava fent-me mal... I era per aquells dies, no sé si abans o després de que comencés a treure-li el pit...".

Des de la meua perspectiva actual, tal vegada es tracti aleshores novament d'una conducta similar d'"intents de penetració" i d'"autoestimulació colpejant a la mare", que més endavant ha quedat com "síntoma dissociat" (autísticament?), encapsulat, cada cop més amb les característiques d'un "moviment estereotipat".

Una altra observació és la de Josele, la pediatra del qual va sol·licitar la nostra col·laboració quan el nen tenia dinou mesos d'edat, amoïnada per la seva passivitat i baixa reactivitat en les consultes i exploracions, malgrat que, segons la mare, el nen «és completament normal. Només és que dorm malament: a la nit gairebé no dorm».

La pediatra havia pensat en tota mena d'alteracions neurològiques, donada la macrocefàlia i l'aspecte dismòrfic del nen, però no hi havia cap demanda explícita de la mare, que semblava poder suportar força bé la dificultat del son del nen. Després de successives exploracions neurològiques i d'altres tipus, la pediatra va decidir realitzar una interconsulta amb el Seminari d'Observació Tera-

pèutica en la Infància, segons pautes que ja hem explicat i publicat (Tizón et al, 2000,2003, 2006, 2008, 2009, 2011, 2014...).

En l'observació setmanal a domicili, aviat es va fer palès que la mare connectava amb el bebè a nivell emocional i de llenguatge força bé -tot i que amb poc contacte físic. Però el més habitual era que ràpidament abandonés aquest contacte i es dedicués a realitzar activitats a la casa. Des de la primera observació, l'observadora va poder transmetre com, al poc temps d'arribar ella a la casa, la mare va marxar cap a la cuina i en Josele es va quedar "clavat" al passadís, amb un rostre tremendament inexpressiu. Aleshores el nen va començar a fregar-se l'esquena contra la polleuera de la porta en la que romania sense altre moviment fins que, amb les ungles, per darrere del seu cos, va començar a esgarrapar rítmica i suaument la paret, sempre mirant fixament cap al fons del passadís -per on la mare havia marxat. La situació era enormement angoixant per l'observadora. Al cap de força minuts, el nen va començar a lliscar suaument contra la paret... fins a quedar assegut a terra, amb els ulls vidriosos, com adormit. Finalment, es va adormir mig assegut, i va continuar rellicant cap al terra. Un nen que, suposadament, "gairebé no dormia".

Aquesta situació es va repetir en diverses observacions. Ja des de la segona, la vam veure com a complementària d'una altra situació en la que deixava a en Josele assegut al llit de matrimoni, ja que el nen dormia encara a la mateixa habitació que els pares. Al cap de poca estona, el nen, mirant cap a la porta però sense anar cap allà, començava a moure el cap suaument, de forma hipotònica... i acabava adormint-se també.

L'"Observació Terapèutica" va anar exercint els seus habituals efectes contenidors (Tizón et al, 2000, 2004, 2009) i dos mesos després d'haver començat, durant l'hora setmanal d'observació la mare alternava dies amb bon contacte sostingut amb el

nen amb dies en els que marxava a fer les feines de la llar, com si no aguantés a dins massa temps les vivències proporcionades per la proximitat del nen. Però ara les coses havien canviat: en Josele podia seguir-la pel passadís, plorar en altres moments i fins i tot cridar-la. La mateixa mare que havia negat davant de la pediatra qualsevol tipus de problemes deia a l'observadora: "en Josele s'ha despertat. I vaja com s'ha despertat! Ara no para de reclamar-me". Més endavant la pròpia mare va poder explicar-nos com el pare es trobava en una difícilíssima situació biopsicosocial: amb una malaltia somàtica molt greu, estava sent atès de manera molt deficient per la sanitat pública i es trobava tan depressivament enfonsat que havia acariciat en diverses ocasions la possibilitat del suïcidi.

Opino que aquesta "alimentació a través de la sensorialitat" que mostren tant en Josele com en Roberto és un element bàsic del desenvolupament mental, encara que pugui utilitzar-se també com a defensa. Un tema que ha estat estudiat des de múltiples perspectives psicoanalítiques (Ferrari, Gadini, Stern, Mitrani, Ogden, Thöma...) i no estrictament psicoanalítiques (Guedeney, Brazelton...). Entre nosaltres, per exemple, per Pérez-Sánchez, Corominas, Viloca, Larbán... o per mi mateix: quan l'incipient aparell mental podria disgregar-se, desestructurar-se, per causa d'emocions inelaborables; quan la "separativitat" respecte a la mare, respecte a l'altre, és sentida amb intens terror, aquest "auto-proporcionar-se sensacions" sembla posseir un paper defensiu rellevant. Es tracta d'un bon exemple, d'una de les possibilitats de creació de conductes-comunicacions inusuals, rares, des-adaptatives, simptomàtiques, que després persisteixen com a conductes aparentment dissociades de "tot significat contextual". En un altre treball més clínic he intentat entendre fins i tot l'ús d'aquests sistemes en la fantasia i en la vida adulta, com elements contenidors molt més adap-

tats i estimuladors fins i tot de la creativitat (Tizón, 1993, 1997, 2016).

En aquest sentit, tant en aquests pacients elementalment descrits, com en molts altres (i en la vida quotidiana de persones fora de tot tractament), em sembla avui fonamental pensar en l'existència de diversos tipus d'hipersensorialitat i autosen-sorialitat (Corominas, 1991), tant realitzades com fantasiejades, incrementades de forma defensiva: sense dubte, un element del quadre autístic. Són un tipus de manifestacions que ens serveixen per entendre com, si no es cuiden-contenen, si no es para esment al patiment que hi ha al darrere, tal vegada puguin donar lloc

a algunes de les manifestacions més aparatoses de diversos quadres de tipus TGD o TEA. Però segons com es cuidin-continguin, suposen fins i tot un element clau per a la creativitat, per exemple, artística (Haddon, 2004; Williams, 2013; Jackson i Magagna, 2016; Tizón, 2016). En últim extrem, es tracta de manifestacions de les reaccions emocionals davant l'aferrament greument frustrat, i la por i la pena consegüents, però també de la indagació i d'altres manifestacions de les emocions primigènies, és a dir, que inclouen formes visceral-sensorials i cognitives de relacionar-se, contenir-se i de crear espais i objectes transicionals per aquest fet...

Però, donada la limitació d'aquest treball, no em puc estendre més sobre la psicodinàmica o significació contextual dels diversos elements d'aquesta forma de relació, que hem anomenat *autística-adhesiva*, i que aquí tan sols hem apuntat centrant-nos només en una de les seves manifestacions.

4. MATRIU O ESTRUCTURA FONAMENTAL DE L'ORGANITZACIÓ AUTÍSTICA-ADHESIVA COMPARADA AMB LA SIMBIÒTICA-ADHESIVA O DE LA "PSICOSIS POST-PUBERAL".

Per aquesta necessària limitació, em veig obligat a resumir els temes d'aquest quart apartat a la taula 10.

Taula 10. Comparació entre l'organització autística-adhesiva i la simbiòtica-adhesiva ("psicosis post-puberal").

Relació Simbiòtica-Adhesiva	Relació Adhesiva-Autística
1. Predomini de la <i>posició o organització relacional esquizo-paranoide</i> , però organitzada defensivament contra les ansietats confusionals primitives i catastròfiques.	Predomini de les ansietats confusionals, defensades amb poc èxit mitjançant la "posició esquizo-paranoide" i les seves defenses. Discussió sobre si pot parlar-se o no d'una "posició autística".
2. És a dir, predomini de l'escissió i l'organització paranoide, però com a defenses contra la por-terror a la desintegració i a la soledat extrema.	Predomini de l'escissió-dissociació de la personalitat i de l'organització paranoide, però com a defenses contra el pànic-por de la desintegració per las aferències (internes o externes) impossibles de modular.
3. Predomini de la <i>por</i> i la <i>pena</i> a la pèrdua de l'altre (i, ocasionalment, de la <i>ira</i>) sobre altres emocions primigènies: D'aquí la insistència en la <i>indagació</i> .	Predomini de la <i>por</i> i la ruptura del sistema d'aferrament davant les emocions no controlades, tant visceral (fàstic, necessitats...) com les relacionals (és a dir, emocionals-visceral també). Sobretot, davant la greu dificultat de modular la indagació, la por, la ira, l'aferrament, la pena, el desig i fins i tot l'alegria.
4. Predomini de les fantasies i sentiments bàsics projectius o <i>funcions emocionals projectives</i> (<i>desesperança, desconfiança, descontentió i desvinculació/odi</i>) en la vida mental i relacional externa, tant a nivell individual com familiar.	Ídem.
5. Amb la conseqüència d'importantes alteracions de la <i>capacitat d'integrar-se mentalment, de simbolitzar</i> , estretament relacionada amb la funció de la contenció, amb la creació d'un "espai intern" per mentalitzar i simbolitzar.	Molt més greus i radicals en el cas de les defenses autístiques.

6. Jo dominat per les defenses psicòtiques (escissió - dissociació, identificació projectiva massiva, idealització, denegació, etc.). Són els <i>trastorns joics primaris</i> , sempre cognitiu-emocionals.	Oscil·lacions entre defenses i processos elaboratius Intrapsíquics (mentals), tant "psicòtics" com de "desmantellament", i defenses conductuals per evitar la relació.
7. Aquests <i>trastorns joics primaris</i> promouen una estructura de personalitat i una identitat tan vulnerables que forcen un notable increment de la <i>simbiosi</i> (o tendència a sobreviure en el conglomerat subjecte-objecte) i de la <i>adhesivitat</i> , visible en la tendència a la imitació o als comportaments <i>com sí, borderline</i> , tan clars en ocasions en la clínica psicòtica subaguda i crònica.	En ser els trastorns joics primaris molt més marcats, hi ha una dificultat més gran en la creació de la "ment", "espai mental" o organització intrapsíquica de les relacions i conductes. La qual cosa causa una necessitat més gran d'adhesivitat, que predomina sobre la simbiosi i sobre la mentalització independent.
8. <i>Trastorns joics secundaris</i> : són aquells que donen lloc a l'alteració de la capacitat diacrítica (el "judici de realitat"), una part fonamental de la neurocognició: el predomini de la fantasia sobre l'experiència relacional directa, les il·lusions persistents, els trastorns de conducta i de l'humor, la baixa tolerància a la frustració, les disfuncions cognitives, especialment les basades en els trastorns en les <i>meta-representacions</i> i les <i>meta-meta-representacions</i> (i, per tant, en la <i>mentalització</i>), etc.	Molt més marcats i més difícils d'explorar i delimitar.
9. Dominància del <i>primer mode incorporatiu</i> i d'una greu "vulnerabilitat i fragmentació bàsiques del self". El predomini del <i>primer mode incorporatiu</i> (Erikson, 1963; Tizón, 1995), significa el predomini de les relacions "oral-passives".	Dominància del primer mode incorporatiu, però fins i tot amb resistències importants a la incorporació, dominada per pors o terrors extrems.
10. La vulnerabilitat del self sovint es manifesta per "síndromes de difusió de la identitat".	Grans dificultats per una integració del self i una percepció d'identitat (subjecte).
11. Dificultats més o menys grans per consolidar la <i>posició esquizo-paranoide</i> , sempre amenaçada per ansietats confusionals, de des-integració.	En no haver suficient organització cognitiva i relacional no poden estructurar-se desenvolupaments psicòtics com el deliri, la delusió, que podrien consolidar suficientment aquesta posició esquizo-paranoide: d'aquí surt l'autisme (intrapsíquic) i conductual, com a defensa extrema.
12. "Narcisisme incoherent", "narcisisme trencat i delirant", un narcisisme que no assoleix defensar-se suficientment de la des-integració.	Autisme (més enllà d'un narcisisme, que només és puntual i poc organitzat).
13. Món intern o món dels objectes interns dominat per objectes interns "combinats", barreges bigarrades de percepcions i vivències mal integrades i combinades dels "altres", dels demés, i amb una mala diferenciació entre el o els "objectes" i el subjecte, el self.	Món intern dominat per objectes interns combinats, parcials, molt tamisats pel terror i les defenses autístiques, amb minsa diferenciació self-objectes.

14. D'aquí la necessitat secundària d'entrar en simbiosi amb algun dels objectes nuclears, atesa la inexistència d'una Triangulació Primigènia suficientment contenidora i amb els seus membres suficientment diferenciats.	D'aquí la adhesivitat amb algun dels objectes nuclears (la mare o el cuidador/s principal/s).
15. El "nucli dur" de la personalitat està format pel "narcisisme trencat i incoherent", la relació simbiòtica-adhesiva, la relació paranoide i diferents graus de delusió (autoengany, il·lusió, deliri...).	El "nucli dur" està format per l'autisme, la relació adhesiva, la relació paranoide i la conducta com a defensa.
16. Però en la vida relacional interna o externa poden aparèixer altres models o organitzacions relacionals: evitatiu, dramatitzador, actuator, melancòlic, pervers i, per descomptat, aspectes o moments de l'"organització reparatòria" o parts sanes de la personalitat".	Ídem.
17. Trastorns cognitius copiosament investigats avui dia (cfr. un resum, per exemple en Frith, 1992; Blacher et al., 2003; Sugranyes et al, 2011). → Entre ells, les dificultats per a l'articulació de les aferències sensorials y i la combinació de diversos canals sensorials. → Dificultats en la intersubjectivitat primària i secundària.	Trastorns cognitius segurs i greus, però difícils d'explorar inicialment, que poden evolucionar cap a disharmonies cognitives marcades. Perill de confondre elements de la relació autística-adhesiva amb "retards cognitius" o amb "altes capacitats" tan sols. → Greus dificultats per a l'articulació de les aferències sensorials i la combinació de diversos canals sensorials → Dificultats en la intersubjectivitat primària i secundària. → Dificultats en la modulació cognitiva d'allò emocional per la sensorialitat implicada en les manifestacions emocionals.

Del món intern quan domina aquest submodel relacional ja hem apuntat una sèrie d'elements. En realitat, sabem molt poc del mateix, a excepció de la seva inundació per sensacions no contingudes i per emocions extremes. Les dades fonamentals provenen d'interpretacions hipotètiques basades en la contratransferència i en mitjans indirectes. A jutjar per les seves expressions gràfiques, per les seves comunicacions verbals i paraverbals i per les seves conductes, està inundat per ansietats de tipus catastròfic i persecutori; sobretot, davant de la diferenciació,

la relació amb un altre diferenciat i no cosificat.

El perill principal per l'incipient món intern és la diferenciació, la *separativitat*, amb les repercussions emocionals-viscerals que això comporta: per això la por extrema, o terror, el que anteriorment anomenàvem "ansietat catastròfica". Neurològicament i/o psicològica aquests nens es mostren incapços de modular les aferències emocionals o les aferències sensorials no controlades o previstes. Per això també les emocions i motivacions es mostren en ells tan corporificades, tan expressa-

des tan sols a través de la corporalitat o impossibles d'expressar. Així mateix, els avenços terapèutics o evolutius, que suposen avenços en la integració, són durant llargs anys molt fràgils i vulnerables: suposen un augment de les emocions de diferenciació i, per això, promouen regressions, sovint molt vistoses.

Quelcom que se m'ha fet palès, en sentit contrari, després de dotze anys de seguiment de l'Albert, un nen que va fer dos greus ensorraments autístics en la primera infància. No obstant, ell i la seva família van ser atesos molt

adequadament en un Centre d'Atenció Precoç, amb tractaments integrals. En el segon ensorrament, em van demanar interconsulta i, donat l'aspecte extern del nen, vaig sol·licitar una ressonància magnètica cerebral en un centre de confiança. Hi van aparèixer greus lesions dels nuclis cerebrals basals, en particular lenticular i subtalàmic, l'etiologia del les quals ens ha estat impossible de precisar: un aspecte sobre el que sempre ens han quedat dubtes és sobre les repercussions dels fàrmacs que havia estat prenent la mare, abans i durant l'embaràs, per una suposada depressió i per un suposat «hipotiroïdisme subclínic» (per ambdós!).

No obstant, amb la cura adient tant a nivell individual com dels propis patiments personals de la mare, pare i organització familiar, l'Albert no ha tornat a desenvolupar un quadre autístic ni psicòtic, malgrat els seus greus disfuncionalismes, en particular, motors i emocionals. I aquí sí que, clarament, hi havia una base orgànica per un quadre autístic... Tot i que, probablement, no seria adequat parlar de TEA en aquest cas. Tot i això i malgrat les lesions neurològiques molt més aparatoses i massives del que es postula pels TEA, i havent fet un quadre autístic més que desenvolupat, una cura tipus TIANC ha canviat radicalment el pronòstic: combinant al llarg del desenvolupament mesures psicomotrius, fisioteràpia, entrenament esportiu, psicoteràpia pares-nen, teràpia individual cognitiva, psicoteràpia familiar, mesures psicoeducatives, mesures psiquiàtriques del nen, la mare i el pare i un adequat equip pedagògic en un centre públic, l'Albert ha acabat cursant mòduls universitaris i està seguint una evolució totalment impensable per a la psiquiatria, la pediatria i la neurologia biològiques habituals.

L'Albert patia (i pateix) nombroses dificultats psicomotrius, emocional-sensorials i cognitives i, per tant, les seves capacitats relacionals estaven greument afectades. La seva possibilitat de modular i combinar les aferències sensorials estava (en aquest cas sí) neurològicament malmesa. I no oblidem que, per a l'existència mental

de l'objecte extern, de l'*altre*, aquest ha de ser percebut per dos canals sensorials simultanis, quelcom en el que el tàlem juga un paper definitiu. I que això és indispensable per a l'existència de l'objecte intern i, més enllà, del self i de la intersubjectivitat (Hubley et al., 1979; Trevarthen et al. 1998; Streri i Hatwll, 2000; Larbán, 2012; Sletvold, 2013). La intersubjectivitat primària i la intersubjectivitat secundària (triàdica) en les síndromes TEA es troben sempre més o menys alterades, la qual cosa s'ha posat en relació (però no per força de causa-efecte) amb una sèrie d'alteracions cerebrals: temporals superiors, parieto-dorsals, zones cerebrals vinculades amb el reconeixement dels rostres (gyrus fusiforme del LTS), reconeixement de la veu humana (solc temporal superior del LTS), anàlisi dels moviments dels objectes externs (zona occipital del LTS), i, sobretot, amb la modulació dels fluxos sensorials que emanen de la relació objecte-subjecte, amb les seves repercussions emocionals concomitants (solc temporal superior del LTS). I estem parlant de zones, a més, en les que s'assenten algunes de les localitzacions de les «neurones mirall», la base neurològica de l'empatia i de la identificació projectiva comunicativa (Rizzolatti i Sinagaglia, 2006; Lacoboni, 2008). La cronicitat neurològica i psicològica fa que, un cop ben estructurat el trastorn, tant les bases neurològiques com les psicològiques siguin de difícil i laboriós reconformar: d'aquí la importància de la prevenció, en especial primària i secundària (prevenció del trastorn, detecció precoç, tractament integral precoç).

En resum, una perspectiva menys biològica, però que tingui en compte les dades biològiques, epistemològicament menys reduccionista i més parsimoniosa, ha de replantejar-se molts elements de l'etiologia i la *psicogenètica de la organització adhesiva-autística*. Probablement, la impossibilitat (biològicament i/o psicològica determinada) per elaborar les aferències sensorials, i, en particular, la sensorialitat que acompanya a les emocions primigènies, portarà a una acumulació

neurològica d'"elements beta", de traces mnèsiques de les vivències no elaborades, no integrades, potencialment persecutòries: és una altra manera d'explicar-se la seva dificultat tant per la integració mental i, per tant, per la introjecció, com per l'elaboració de les noves vivències.

En el desenvolupament humà "normal", la ruptura de connexions fisiològiques i corporals bebè-mare és compensada per les connexions psicològiques. Si per motius ja siguin biològics (neurològics) ja siguin psicològics (greus alteracions en el vincle inicial, en la relació d'aferrament) la connexió psicològica no existeix o és molt pobra, poden adquirir major importància les connexions fisiològiques (o les desregulacions psicofisiològiques determinades pel predomini d'emocions primitives no contingudes): el resultat són problemes en la integració precoç del Self, amb la qual cosa el bebè i l'infant es veuen obligats a fer-se càrrec d'aferències sensorial-emocionals que no poden elaborar. És com si el naixement psicològic fos massa primerenc (Tustin 1981, 1986, 1991): hi ha una hipersensibilitat a la separativitat, perquè no s'ha desenvolupat un aparell neuropsicològic per afrontar aquesta situació. Aquí poden generar-se els "síntomes" típics com la tendència a autocalmar-se amb l'hipersensorialitat i autosensorialitat, la reacció autística amb encapsulament o confusió, i la hiper-atenció centrada en ritmes, sensacions corporals, perspectives geomètriques, contactes hipersensorials amb objectes idiosincràtics i, per suposat, una greu alteració del "sistema emocional d'aferrament" (Schore, 1994; Stern, 2005; Panksepp i Biven, 2012)...

Tenir en compte l'existència d'una organització adhesiva-autística defensiva significa doncs que l'autisme o els TEA no són organitzacions amb patologia «idiopàtica», d'una genètica o d'una neurologia encara indeterminades, sinó que, sigui quina sigui la seva etiologia, impliquen també mecanismes defensius i elaboratius particulars i són formes (des-adaptatives) de relacionar-se i evitar la relació.

D'aquí que les conseqüències tècniques d'aquesta perspectiva vagin en el sentit de les que ja van comentar a propòsit de la relació simbiòtica-adhesiva (Tizón, 2013, 2014). Sobretot, hem de tenir molt en compte la imperiosa necessitat de que els tractaments siguin integrals (i en aquest cas, incloent amplis components cognitius, pedagògics i psicopedagògics, sensoriomotrius, psicomotrius, etc.), amb la major part dels elements que hem vist anteriorment: han d'incloure a la família i el suport a i de la família, la comprensió i suport de les pressions contratransferencials en els tractaments psicoterapèutics professionalitzats, la tasca de tutors, acompanyants terapèutics i figures professional-afectives intermediàries... També seran imprescindibles tècniques basades en el prudent i progressiu ús de la psicomotricitat rumb l'augment de la integració corporal (self corporal) i a la possibilitat de facilitar de forma curosa un mínim de contacte corporal... (Streri i Hatwell, 2000; Brisch, 2004; Brun i Villanueva, 2004; Palacio, 1993, 2007; Rogers i Dawson, 2010; Brun, 2009; Ingersoll et al, 2010; Tizón, 2003, 2014; Fivaz-Depeursinge i Philippo, 2014...).

En el mateix sentit, els perills fonamentals en la contratransferència seran els de la col·lusió amb la por o el pànic del subjecte, la relació dependent o sado-masoquista, la impaciència i el narcisisme dels terapeutes (cal saber que l'ajuda haurà de durar entre quinze i decennis!), la intolerància directa a les manifestacions afectives o sensorials dels subjectes, la col·lusió amb la desesperança, les alteracions de l'enquadrament com a actuació, més que com a reflexió, etc.

Però hem de dir-ho clarament: avui per avui el que falta no són instruments de detecció i procediments i sistemes per millorar la situació dels infants i famílies afectats per aquests gravíssims problemes. El que cal és un suport social decidit a la població en risc i als grups de risc i una inversió decidida en la prevenció i la teràpia integral. Fins i tot, els canvis aparentment importants d'orientació en els governs no han estat

capaçs d'impedir les *retallades-estafa* que han dut pràcticament a la desaparició de la prevenció en salut mental i, en particular, en el camp de les persones amb problemes més greus: els subjectes i famílies amb psicosi (pre-puberal o postpuberal). Una bona mostra d'això a Catalunya és la desaparició del finançament del Programa de formació per a la promoció de la salut mental des de pediatria (PF-PSMIP) i de l'Equip de prevenció i tractament precoç de les psicosis (EAPPP), així com la manca d'interès fins i tot en la difusió dels programes i protocols de salut mental del "nen sa".

Tal vegada perquè, almenys sectorialment, sembla que els trastorns psicòtics afecten més a les persones en situació de penúria socioeconòmica, mala alimentació, migracions traumàtiques, és a dir, a les classes "prescindibles" de la població (Tizón, 2010, 2013, 2015, 2016)? Tal vegada perquè els grans especuladors internacionals i la casta política al seu servei (que dominen els pressuposts dels estats) il·lusòriament senten que no necessiten d'aquests mitjans de prevenció o tractament perquè, arribat el cas, poden acollir-se a les seves possibilitats en la "sanitat privada" i als seus adlalters? Avui, i en pocs moments ara com en la història recent, és ben visible en aquests temes com la salut mental i la seva cura es troben també subjectes a la divisió en classes de la nostra societat, dominada actualment per les ideologies especuladores, curt-terministes i antisolidàries del neo-liberalisme. Tot el contrari a la ideologia *comunitarista*, que necessàriament ha de ser solidària i reparadora, tant amb els individus, com amb les famílies, els grups, l'espècie i el planeta. ●

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Abelló, N. i Pérez-Sánchez, M. (1984). Estructures preedípiques. Observació de nadons. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 1, 109-123.

Acquarone, S. (Ed). (2008). *Signs of Autism in Infants*. London: Karnac.

Aixandri, N. (2010). Programa AGIRA. *Revista del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya*, 227: 17.

Alvarez, A. i Reid, S. (Eds.) (1999). *Autism and Personality: Findings from the Tavistock Autism Workshop*. London: Routledge.

American Psychiatric Association (2013). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: APA (Buenos Aires: Panamericana, 2013).

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

Apter G. i Palacio F. (2014). ¿Parentalidad culpable o parentalidad hiperculpable? Esta es la cuestión. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 24, 67-75.

Artigue, J. i Tizón, J.L. (2014). Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto. *Atención Primaria*, 46(7): 336-356. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713003077> <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.002>.

Artigue, J. (2013). El Lismen: un cuestionario para explorar los factores de riesgo en la salud mental. *Temas de Psicoanálisis*, 5, 1-21. www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2013/01/Pdf-Jordi-Artigue1.pdf

Artigue, J., Tizón, J. i Salamero, M. (2016). Reliability and Validity of the List of Mental Health Items (LISMEN). *Schizophrenia Research* <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.048>

Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 484-486. (traducció catalana en Revista de Psicoanàlisi, 10, 1-2, 77-81).

Bick, E. (1986). Further considerations on the function of the skin in early object relations. *British Journal of Psychotherapy*, 2, 292-299.

Bion, W.R. (1970a). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Hormé.

Bion, W.R. (1970b). *Attention and Interpretation*. Londres: Tavistock.

Blacher, J., Kraemer, B. i Schalow, M. (2003). Asperger syndrome and high functioning autism: research concerns and emerging foci. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 535-542

Bleger, J. (1978) *Simbiosis y ambigüedad*. Buenos Aires, Paidós.

Bofill, P. i Tizón, J.L. (1994). *Qué es el psicoanálisis: Orígenes, temas e instituciones actuales*. Barcelona: Herder.

Bourgeois ML. (1999). *Les schizofrénies*. Paris: PUF.

Brazelton, TB. i Cramer, BG. (1993). *La relación más temprana*. Barcelona: Paidós.

Brisch, K.H. 2004. *Treating Attachment Disorders: From Theory to Therapy*. London: The Guildford Press.

Brun, A. (2009). *Mediaciones terapéuticas y psicosis infantil*. Barcelona: Herder-3P.

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

Brun, JM. (2013). Comprensión del entorno familiar de los niños con autismo. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 22, 43-50.

Casado, D., Pavón, A., Sierra, P., Tizón, J.L., Torras, E. i Valcarce, M. (2009). Manifiesto: Dos años de maternidad/paternidad garantizados por los poderes públicos. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 14, 91-92.

Cazolino, L. (2006). *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Brain*. London: W. W. Norton & Company.

Cohen, D.W. (2007). Freud's baby: Beyond autoerotism and narcissism. *International Journal of Psychoanalysis*, 88, 83-93.

Corominas, J. (1991). *Psicopatología i desenvolupaments arcaics*. Barcelona: Espax.

Direcció General de Salut Pública . Amigó, E., Angulo, F., Artemán, A., Callabed, J., Casalé, D., Cerdán, G., Closa, J., Fernández, R., García, E., Ibáñez, M., Prats, R., Puig, M., Sanglós, R., Sasot, J., Tizón, J.L., Toro, J. i Trías, E. (1999). *Programa de Seguiment del Nen Sa: Protocol de Salut Mental Infantil i Juvenil*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública . Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.

Direcció General de Salut Pública, Generalitat de Catalunya (2008). *Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud para la edad pediátrica*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Direcció General de Salut Pública. Accessible a <http://www.mgf.uab.es/docs/8q08.pdf> , visitada del 27 de març del 2015. A <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2059/edpediatr.pdf> , visitada el 5 de juny del 2015. A www.scpediatria.cat , visitada el 27 de juliol del 2015 i a http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temas_de_salut/Salut_maternoinfantil/docs/

edpediatr.pdf, visitada el 27 de març del 2015.

Eisenberg, L. (1995). The Social Construction of the Human Brain. *American Journal of Psychiatry*, 152 (11), 1563-1575.

Erikson EH. (1963). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.

Feder, A., Nestler, EJ. i Charney, DS. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews, Neuroscience*. 10 (6), 446-457.

Ferrari, P. (2000). *El autismo infantil*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Fivaz-Depeursinge, E., i Philipp, D.A. (2014). *The Baby and the Couple: Understanding and treating Young families*. London: Routledge.

Fonagy, P. i Higgitt, A. (1990). A developmental perspective on Borderline Personality Disorder. *Revue Internationale de Psychopathologie*, 1, 125-159.

Fonagy, P., Gergely, G. i Jurist, E.L. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.

Freud, S. (1914). Introducción al Narcisismo. *Obras Completas, XVI, 65-99*. Buenos Aires: Amorrortu, 1989.

Freud, S. (1918). De la historia de una neurosis infantil. *Obras completas, XVII, 1-113*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988.

Freud, S. (1923). La pérdida de la realidad en la psicosis y la neurosis. *Obras Completas XIX*. Buenos Aires: Amorrortu, 1989.

Frith, C.D. (1992). *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. New York: Psychology Press.

Gabbard, G.O. (2002). *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica* (3ª ed). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Golse, B. i Robel, L. (2009). Pour une approche integrative de l'autisme infantile. Le lobe temporal superieur: entre neuroscience et psychanalyse. *Recherches en Psychanalyse*, 7, 45-71.

Guedeney, A. i Fermanian, J. (2001). A Validity and Reliability Study of Assessment and Screening for Sustained Withdrawl Reaction in Infancy: The Alarm Distress Baby Scale. *Infant Mental Health Journal*, 22(5), 559-575.

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

Hubley, P. i Trevarthen, C. (1979). Sharing a tasking infancy. En I.C. Uzgris (ed). *Social Interaction during Infancy: New Directions in Child Development*. San Francisco: Josey-Bass.

Iacoboni, M. (2008). *Las neuronas espejo: Empatía, neuropolítica, autismo, imitación o de cómo entendemos a los otros*. Buenos Aires: Katz.

Ingersoll, M. i Dvortcsak, A. (2010). *Teaching Social Communication to Children with Autism: A Practitioner's Guide to Parent Training and A Manual for Parents*. London: Guilford.

Jackson, M. i Magagna, J. (2016). *Creatividad y estados psicóticos en gente excepcional*. Barcelona: Herder-3P.

Klein, M. (1930). La importancia de los símbolos en la formación del yo. A *Obras Completas*, vol. 2. Buenos Aires: Paidós, 1975.

Klein, M. (1945) El Complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas. A *Obras Completas*, vol. 2. Buenos Aires: Paidós, 1975.

Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. A *Obras Completas*, vol. 3, 10-33. Barcelona: Paidós, 1980.

Klein, M. (1957). Envidia y gratitud. A *Obras Completas*, Vol. 3, 181-240. Barcelona: Paidós, 1980.

Larbán, J. (2012). Autismo temprano, neuronas espejo, empatía, integración sensorial, intersubjetividad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 54, 79-91.

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

Larbán, J. (2016). Hacia una comprensión integradora del autismo. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 27, 19-31.

Magagna, J. i Saba, M. (eds). (2012). El niño del silencio: *La comunicación más allá de las palabras*. London: Karnac.

Manzano, J. (2005). La evaluación psicopatológica estructural. El estatuto clínico psicodinámico. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 39/40, 107-116.

Manzano, J. (2010). El espectro del autismo hoy: un modelo relacional. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 50, 133-141.

Marcelli, D. i De Ajuariaguerra, J. (1996). *Psicopatología del niño*. Barcelona: Masson.

Massie, H. (2008). The prodromal phase of autism and outcome of early treatment. En Acquarone S. (ed). *Signs of Autism in Infants*. London: Karnac, 3-20.

Mazet, P. i Stoleru, S. (1990). *Psicopatología de la primera Infancia*. Barcelona: Masson.

- McInnes, L. A. (2003). Una revisión genética del autismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 84, 13-23.
- Meltzer, D. et al. (1975). *Exploraciones sobre el autismo*. Buenos Aires: Paidós, 1979.
- Meltzer, D., Harris, H. i Hayward, B. (1989). *El paper educatiu de la família*. Barcelona: Espaxs.
- Meltzer, D. et al. (1990). *Metapsicología ampliada*. Buenos Aires: Spatia.
- Mental Health Europe - European Commission (2000). *Mental Health Promotion for Children up to 6 Years*. Bruxelles: European Commission.
- Muratori, F. (2009). El autismo como efecto de un trastorno en la intersubjetividad primaria. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 13, 21-30.
- National Center for Clinical infant Programs. (1998). *Clasificación diagnóstica "Zero to Three"*. Buenos Aires: Paidós.
- National Center for Infants, Toddlers, & Families. (2005). *Zero to Three - Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*. Seattle: Zero to Three.
- OMS-WHO. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor, 1996.
- Palacio Espasa, F. (1993). *La pratique psychotérapeutique avec l'enfant*. París: Paidós-Bayard, cap. 14.
- Palacio-Espasa, F. i Dufour R. (1995). *Diagnostique structurel chez l'enfant*. París: Masson.
- Pally, R. (2007). The predicting brain: Unconscious repetition, conscious reflection and therapeutic change. *International Journal of Psychoanalysis*, 88, 861-81.
- Panksepp, J. i Biven, L. (2012). *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*. New York: Norton Company.
- Pérez-Sánchez, M. (1981): *Observación de bebés*. Barcelona: Paidós.
- Rapoport, J.L. i Ismond, D.R. (1996). *DSM-IV training Guide for diagnosis of Childhood Disorders*. New York: Brunner-Mazel.
- Read, J., Bentall, R.P. i Fosse, R. (2009). Time to abandon the bio-bio-bio model of psychosis: Exploring the epigenetic and psychological mechanisms by which adverse life events lead to psychotic symptoms. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18(4), 299-310.
- Read, J., Hammarsley, P. i Rudegeair, Th. (2015). ¿Por qué, cuándo y cómo preguntar sobre el abuso infantil? *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 26, 9-23.
- Rholes, W.S. i Simpson, J.A. (2004). Adult Attachment: Theory, Research, and Clinical Implications. London: The Guildford Press.
- Rizzolati, G. i Sinaglia, C. (2006). *Las Neuronas Espejo*. Barcelona: Paidós.
- Rogers, S.J. i Dawson, G. (2010). *Early Start Denver Model for Young Children with Autism*. London: Guilford.
- Schore, A.N. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Hove (UK): Psychology Press.
- Shonkoff, J. i Garner, A.S. (2012). *The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress*. *Pediatrics*, 129(1), 232-246.
- Sletvold, J. (2013). The ego and the id revisited: Freud and Damasio on the body ego/self. *International Journal of Psychoanalysis*, 94 (5), 1019-1032.
- Stern, D. (2005). Le désir d'intersubjectivité. Pourquoi? Comment? *Psychotherapies*, 25 (4), 215-222.
- Streri, A. i Hatwell, Y. (2000). *Toucher pour connaître*. Paris: PUF.
- Sugranyes, G., Kyriakopoulos, M., Corrigall, R., Taylor, E. i Frangou, S. (2011). Autism Spectrum Disorders and Schizophrenia: Meta-Analysis of the Neural Correlates of Social Cognition. *PLoS ONE* 6(10): e25322. doi:10.1371/journal.pone.0025322.
- Szyf, M., McGowan, P. i Meaney, M.J. (2008). The social environment and the epigenome. *Environ Mol Mutagen*, 49 (1), 46-60.
- Talarn, A., Saínz, F. i Rigat, A. (2013). *Relaciones, vivencias y psicopatología: Las bases relacionales del sufrimiento mental excesivo*. Barcelona: Herder.
- Target, M. i Fonagy, P. (1996). Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 3, 459-479.
- Tizón, J.L. (1993). Juego y proceso psicoanalítico: una reflexión sobre la comunicación, la acción y la simbolización. *Revista de Psicoanálisis de la APA*. Número Especial Internacional 2, 155-183.
- Tizón, J.L. (1997). Self-sensuality in fantasy: Reflections on early development based on a case history *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 307-325. Una versió reduïda pot trobar-se amb el títol: La autosensorialidad fantaseada: Reflexiones a partir de una nota clínica. *Iller. Anuario Ibérico de Psicoanálisis*, 197-214. Barcelona: S.E.P, 1994.
- Tizón, J.L., San José, J. i Nadal. (comps). (2000). *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental*. Barcelona: Herder; 1994, 2000.
- Tizón, J.L. (2003) La psicoterapia breve padres-hijo: ¿Una técnica diferenciada? *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 1, 43-70.
- Tizón, J.L., Parra, B., Artigue, J., Ferrando, J., Catalá, I., Sorribes, M., Pareja, F. i Pérez, C. (2006). Hijos de pacientes con psicosis en el Proyecto SASPE: Investigar para cuidar un futuro comprometido. *Archivos de Psiquiatría*, 69 (1), 47-68.
- Tizón, J.L. (2008). Clínica y promoción de la salud mental de la infancia: Otra integración necesaria. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 8 (2), 143-167.
- Tizón, J.L., Artigue, J., Parra, B., Sorribes, M., Ferrando, J., Pérez, C., Pareja, F., Gomá, M. i Marzari, B. (2008). Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva?. *Clínica y Salud*, 19 (1), 27-58.
- Tizón, J.L. (2009). Editorial: Por una psicología y una política del cuidado personalizado de los bebés y los niños. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 14, 7-8.
- Tizón, J.L., Amado, N., Jufresa, P., Gamiz, A., Hernández, I., Minguella, I. i Martínez, M. (2009). ¿Vidas paralelas?: Observación de un bebé en su familia y de uno coetáneo acogido en institución (I parte). *Psicopatología y Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia*, 13, 41-51.
- Tizón, J.L., Amado, N., Jufresa, P., Gamiz, A., Hernández, I., Minguella, I. i Martínez, M. (2009). ¿Vidas paralelas?: Hacia el año de vida. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 14, 81-87.
- Tizón, J.L. (2011). Funciones psicosociales de la familia y cuidados precoces en la infancia. *Temas de Psicoanálisis*, 1 (1). (publicació electrònica: www.temasdepsicoanálisis.org).
- Tizón, J.L., Ciurana, R. i Fernández MC (compiladors). (2011). *Libro de Casos: Promoción de la Salud Mental desde la Atención Primaria*. Barcelona: Herder.
- Tizón, J.L. (2013). Editorial: ¿Atención integral e integradora a la salud mental o "psiquiatría para pobres"? *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 22, 7-9.
- Tizón, J.L. (2013). *Entender las psicosis*. Barcelona: Herder.
- Tizón, J.L. (2014). *Familia y psicosis*. Barcelona: Herder.
- Tizón, J.L. (2015). *Psicopatología del poder: Un ensayo sobre la perversión y la corrupción*. Barcelona: Herder.
- Tizón, J.L. (2016). Creatividad: ¿Entre el sufrimiento y el genio? Pròleg al llibre de Murray Jackson i Jeanne Magagna, *Creatividad y estados psicóticos en gente excepcional*. Barcelona: Herder-3P.
- Trevarthen, C. i Hubley, P. (1978). Secondary intersubjectivity: Confidence, confining and acts of meaning in the first year of life. *Action, Gesture and Symbol: The Emergence of Language*. London: Academic Press.
- Trevarthen, C. (1998). *Intersubjectivity: The Encyclopedia of Cognitive Science*. Cambridge, USA: MIT Press.
- Tustin, F. (1981). *Estados autísticos en los niños*. Buenos Aires: Paidós, 1987.
- Tustin, F. (1986). *Autistic Barriers in Neurotic Patients*. New Haven: Yale Univ. Press.
- Tustin, F. (1991): Revised understandings of psychogenic autism. *International Journal of Psychoanalysis*, 72 (4), 585-593. (Una versió en castellà es troba a *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina* 1993,2 (número especial internacional).
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbaue, W., Read, J., van Os, J. i Bentall, R. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38 (4), 661-71. (Versió en castellà: *Las adversidades en la infancia aumentan el riesgo de psicosis: metaanálisis con pacientes control y estudios de cohortes prospectivos*. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 21, 51-64).
- Villanueva, R. i Brun, J.M. (2008). "Projecte AGIRA (Assistència Global a Infants en Risc d'Autisme) dins l'Atenció Precoç". *Revista de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç*, 29, 31-49.
- Viloca, L. (2003). *El niño autista: Detección, evolución y tratamiento*. Madrid: CEAC.
- Volkan, V. (1995). *The Infantile Psychotic Self and its Fates*. New Jersey: Jason Aronson.
- Williams, P. (2014). Orientations of psychotic activity in defensive pathological organizations. *International Journal of Psychoanalysis*, 95, 423-440.
- Williams, P. (2013). *EL quinto principio*. Barcelona: Herder.
- Winnicott, D.W. (1998). *Los bebés y sus madres*. Barcelona: Paidós.