

eipea

escoltant i pensant els autismes

Revista número 19, tardor 2025



1 **PORTADA**
her afternoon. The Echo's Game.

4 **EDITORIAL**
Josep M^a Brun

6 **SALUTACIÓ**
Núria Farrés

ARTICLES
8 Alberto Lasa Zulueta. *De l'autisme d'ahir al d'avui... i al que vindrà. Segona part. Georg Frankl: ideas modernes... abans de temps.*

22 Brigitte Chamak. *Autisme: els orígens de les controvèrsies.*

28 Andrea Podzamczar. *El mètode d'observació de nadons aplicat a infants amb autisme a una institució.*

EXPERIÈNCIES
32 Nora Woscoboinik-Scheimberg. *El programa "Mirar i prevenir en el vincle primerenc" i el desafiament de la clínica en comunitat.*

38 Maria Claudia Pismel i Tânia Carneiro. *Autisme i Psicoanàlisi Contemporània. Vincles transformadors: Projecte Autisme.*

44 Josep M^a Brun. *La ciutat dels somnis. La construcció d'un continent que allotja un self en construcció.*

Revista digital de periodicitat semestral
ISSN 2462-6414
Web: www.eipea.cat
Obra de portada: @her.afternoon, *The Echo's Game*.

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



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

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



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

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



Equip Editorial

DIRECCIÓ

BRUN, JOSEP MARIA

CONSELL EDITORIAL

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

CONSELL ASSESSOR

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

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

Membres Honorífics

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

EQUIP TÈCNIC I DE DISSENY

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

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

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

Editorial

Sostenia **André Pavrot**, arqueòleg francès i director del Museu del Louvre de París entre el 1958 i el 1962, que *tota persona civilitzada té dues pàtries, la seva pròpia i Síria*. Certament, el seu territori ha estat recorregut per trenta-tres civilitzacions durant la història. Per desgràcia, algunes tenien com a objectiu arrasar i destruir les anteriors. Entre les seves immenses joies, hi ha el **Bimaristan Arghan** a Alep, la ciutat dels festucs i el cotó, entre les candidates a ciutat més antiga permanentment habitada del món i en altre temps exemple de convivència i multiculturalitat. Es tracta d'un hospital psiquiàtric construït al segle XIV (any 1354), en època mameluca, compost de diverses estances al voltant de patis envoltats de cambres que van creixent en espaisositat a mesura que avançaven els tractaments. Cada pati està dotat d'una font de mida i forma diferents, amb la finalitat que els malalts no acusessin la monotonia que suposa estar tancats. Les teràpies consistien, a banda dels possibles medicaments, en la curació mitjançant el so de l'aigua, el tractament de la llum i l'espai i, sobretot, la música a través d'instrumentistes virtuoses. L'entrada de l'hospital incloïa sales d'espera, clínica ambulatoria, farmàcia i sala de recepció per a visites. Els pacients amb trastorns mentals més greus s'allotjaven a petites habitacions al voltant d'un pati octogonal.

Contrasta aquest tracte i aquests tractaments de prematura i anacrònica antipsiquiatria medieval amb l'interessant recorregut històric pel qual ens guia **Alberto Lasa**, psiquiatre bilbaí, al seu llibre *L'Autisme infantil i la Psiquiatria: una història d'abandonaments, cerques i desencontres* (2022), descrivint l'habitual tracte dispensat durant segles, no ja a les persones amb autisme (terme que no apareix fins al 1911 com a símptoma i fins al 1943 com a quadre clínic), sinó a les persones amb qualsevol tipus de patologia mental, permanentment segregades i confinades i en especial a la població infantil, ja de per si ignorada. Amb evidents i lloables excepcions, la percepció de la classe mèdica i la població en general oscil·lava entre el fatalisme del que és incurable i la deshumanització que comença-

va en la descripció amb termes que des de la nostra òptica actual veuríem com clarament menyspreadors: *bojos insensats, alienats, imbècils o subnormals*; encara que acostumem a jutjar a partir dels nostres cànons culturals, socials i temporals.

Per sort, la visió de la classe psiquiàtrica i del conjunt de la societat ha variat. Del fatalisme i la manca d'humanitat s'ha passat a la idea de curabilitat, respecte i acceptació de plens drets com a éssers humans. Els tractaments i els tractes han canviat per a millor. El recorregut, però, amaga certs riscos, com el de sortir del fatalisme per caure a l'eufemisme. El mateix Alberto Lasa, a la continuació del llibre anteriorment citat, *L'Autisme. Una perspectiva integradora i psicodinàmica* (2022) ens adverteix amb clarividència: *En la recerca de solucions es confon la necessària lluita contra l'estigmatització de qui el pateix (...) amb la banalització i fins i tot la negació del malestar i el patiment: "només són persones neurodiverses"*.

Quan vam deixar d'amoïnar-nos per la desigualtat i començarem a prioritzar la diferència? El dolor mental, el patiment psicològic humà, l'alleujament del qual ha impulsat els nostres esforços professionals, sembla haver quedat en segon pla. En la mateixa línia, s'expressa el filòsof sud-coreà **Byung-Chul Han** (*La sociedad paliativa*, 2021): *vivim en una societat de la positivitiat, que intenta desfer-se de tota mena de negativitat. La 'psicologia positiva' ja no vol saber res del dolor ni del patiment*. Però entre la font de reflexions que implica la lectura del llibre de Lasa, un apartat crida clamorosament l'atenció: *La consulta dels arxius dels segles XVII i XVIII dels hospitals i llocs d'internament (a França) mostra que els més vigilats, tancats i perseguits (...) no eren els bojos, sinó els captaires*. I no era una excepció, ni geogràfica ni en el temps. Difícilment podem imaginar l'admirable i ideal Bimaristan Arghan com a servei públic. És raonable pensar que només uns quants privilegiats poguessin permetre's el luxós servei de la musicoteràpia.

Per això, resulten absolutament imprescindibles i esperançadors projectes com el liderat per la psicòloga i psicoanalista argentina **Nora Woscoboinik-Scheimberg**, *Mirar i Prevenir en el vincle primerenc*, que presentem en aquest número. Un programa de salut prioritàriament preventiu i de control sobre les situacions de risc en un context d'alta vulnerabilitat socioeconòmica, un programa ajustat a la comunitat. Com la mateixa Nora Woscoboinik afirma: *el programa Mirar i Prevenir és un testimoni que la prevenció és un acte ètic*.

Agraïm la creació d'una portada ad hoc per a aquest número a la il·lustradora i escriptora de Hong Kong **her afternoon**. Així com l'entranyable salutació de **Núria Farrés** i els molt interessants articles i experiències d'**Alberto Lasa**, **Brigitte Chamak**, **Andrea Podzamczar**, **Nora Woscoboinik**, **Maria Claudia Pismel** i **Tânia Carneiro** i **Josep M^a Brun**.

Josep M^a Brun

Salutació



– Núria Farrés Martí –

Psicòloga. Psicoterapeuta. Mestra d'educació especial. Coordinadora clínica del Centre Carrilet. Barcelona

Et debats entre nervis i il·lusió quan el que ha estat un dels teus supervisors i mestres et convida a fer la salutació de la Revista *eipea*. Des d'aquella proposta del Josep Maria Brun, el meu cap ha anat donant tómbos endavant i endarrere, revivint records, recordant infants, duent-me a fer un viatge per tots els racons dels 25 anys treballats a Carrilet, Centre Educatiu i Terapèutic per a infants amb autisme i les seves famílies, ubicat a Barcelona. 25 anys intentant aprendre d'un enigma que atrapa, que desconcerta, que desespera i que fa vibrar.

"La meva història?" diu el protagonista sense nom de Nits Blanques, de Fiódor Dostoievski. *"Qui li ha dit a vostè que jo tinc una història? No en tinc cap..."*.

"Llavors, com ha pogut viure si no te vostè una història?", li respon Nástenka.

Recordo que quan vaig llegir aquest fragment del llibre em va fer pensar que, moltes vegades, les dificultats dels infants amb els quals treballem desemboquen irremeiablement en no poder tenir una història que proporcioni la possibilitat de sentir-se, d'existir. I un dels reptes més importants és, penso, poder teixir aquesta història. Trobar un sentit, una explicació, un perquè. No és fàcil construir un relat d'on a voltes només brolla sensorialitat, caos i fragmentació. D'on res sembla tenir sentit ni continuïtat.

Com podem viure si no tenim una història? Com podem ser si no podem fer un relat de qui som, de què ens passa, de per què fem el que fem?

La Dra. Lúcia Viloca sempre ens ha transmès la ferma constatació que, per molt estrany que sigui el que els nostres infants ens mostren, tot té un sentit. I que la nostra feina rau en pensar i significar el reguitzell d'actes no mentalitzats que despleguen al seu voltant, deixant perdut i perplex a qui ho mira. Recollir els seus fragments, la seva forma estranya de protegir-se del món (o d'apropar-s'hi) i entendre què vol dir tot allò. Transmetent que els podem pensar, que els intentem entendre, que esperem i desesperem amb ells i que els proporcionem paraules per fer possible un relat d'allò que fa por o que emociona tant que no pot ser ni pensat. Coromines ens va regalar el seu esquema psicopedagògic per intentar donar nom al món sensorial i desmantellat de l'autisme.

I ara, penso en la Lúcia, a qui vaig conèixer el primer any de treballar a Carrilet. La Lúcia gairebé no parlava; unes poques paraules, que ni tan sols eren seves, i que les deixava anar a l'aire; paraules que no semblaven anar enlloc ni ser dirigides a ningú.

Sempre vaig sentir que tenia uns ulls angoixats que defugien veure el món, tot i que no sempre ho aconseguien. La Lúcia buscava continuament duresa. Deixava caure tot el pes dels braços sobre els seus genolls, que sempre estaven morats per la força dels cops que rebien. I sempre procurava estar asseguda, fent un balanceig sec i constant contra la paret per notar sobre la seva esquena l'impacte dur d'aquest moviment. Era fràgil, sensible i els canvis la trencaven. Era el meu primer any com a mestra i la seva angoixa em trencava també

a mi. Els seus crits, els seus cops, la seva desesperança per petites coses externes que a voltes eren imperceptibles als meus ulls. Li donàvem la nostra presència, li acarònàvem de forma suau aquells genolls tan plens de morats, li fregàvem l'esquena tan carregada dels cops contra la paret. Intentàvem donar, a les nostres aproximacions suaus, un caire de fermesa que també la pogués sostenir, per poder anar abandonant la necessitat de buscar en els cops i la paret el pal on aferrar-se.

Dins l'aula, hi havia el conte de la Ventafocs. Un infant el va demanar i em vaig dedicar a llegir-lo. La Lúdia estava allà al seu racó, amb l'esquena ben enganxada a la paret, balancejant-se, fora de qualsevol voluntat d'aproximació cap a nosaltres. Aquella lectura va acabar i el dia també. Va passar ben bé una setmana. I un dia al matí, nerviosa pel comiat amb la seva mare, va entrar a classe i em va atansar aquell conte. La veia fràgil i intuïa que tot podia esclatar en qualsevol moment. El llibre era llarg i jo estava nerviosa. Sabia que allò podia acabar malament. Vaig llegir, però anava fent un resum de les pàgines i moltes les saltava per fer el relat del conte més breu.

En un moment, però, va fer un crit i va dir: "els ocellets!!!!".

Què volia dir allò? No sabia a què es referia... i ella va començar a pegar-se, a cridar i a desesperar-se. Aquell moment l'he recordat sempre. Va costar calmar-la i jo vaig quedar emocionalment exhausta i molt trista.

I a la tarda em vaig endur el llibre a casa. I me'l vaig llegir de dalt a baix.

Vaig arribar a un tros on la fada li regalava un vestit a la Ventafocs per anar al ball i conèixer al príncep. En saber-ho les germanastres, van córrer a la seva habitació i li van arrancar i trencar tot el vestit. Vaig passar pàgina i la Ventafocs plorava i plorava amb el seu vestit esquinçat, fins que uns ocellets màgics entraven per la finestra i amb els seus becs començaven a cosir tots aquells estrips, retornant a la Ventafocs un vestit encara més bonic.

Allà estaven dibuixats... els ocells que cosien els trossets trencats de la desesperada Ventafocs...

Penso que això és el que he après al llarg de tots aquests anys. Parar, observar, deixar-nos impactar sense perdre la possibilitat de seguir pensant i entenent. Recollir els estrips. Cuidar el caos i donar-li algun sentit. Cosir, com aquells ocells, els seus fragments trencats ajudant-los a construir una història que els doni la possibilitat de ser.

Gràcies a la Lúdia per ensenyar-me la importància de ser ocell. I gràcies a la Revista *eipea* per haver-me deixat posar paraula a aquella història tan meua de fa 25 anys. ●

De l'autisme d'ahir al d'avui... i al que vindrà. Segona part. Georg Frankl: idees modernes... abans de temps¹



– Alberto Lasa Zulueta –

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

“Tenir raó abans d'hora és el mateix que equivocar-se”.

La Rochefoucauld, Siglo XVII

*“Això que anomenem significat
s'ha de vincular amb el llenguatge primitiu dels gestos”.*

L. Wittgenstein, 1933

Passa cíclicament a la història de totes les ciències -a la medicina, a la psiquiatria i a la psicologia també- que es produeixen vaivens que tornen des de nous èxits cap a velles idees i costums. No obstant això -els historiadors ho assenyalen amb freqüència- els qui es mouen en un temps concret i valoren els seus propis avenços pensen que mai no s'havia pensat o fet res semblant i fins i tot creuen haver creat la seva obra a partir de zero, oblidant o desconeixent l'anterior. La història de la creació del concepte d'autisme no n'és una excepció.

A la primera part² d'aquest article vaig sostenir que la genialitat de Kanner i d'Asperger es va sustentar sobre el que van recollir d'altres autors i experiències. També que, en major o menor grau, tots dos “van oblidar” el que bé sabien: que hi havia una història prèvia, companys i experiències que els havien precedit i que no van voler reconèixer clarament.

En aquesta segona part, em centraré en les aportacions de Frankl -que van contribuir a la construcció del concepte actual d'autisme, que ha estat, i continua sent, una construcció coral. El seu tronc comú d'origen s'ha anat ramificant i trenant en diversos corrents, idees i pràctiques que, procedents de diferents contextos -autors, llocs i moments- han servit per edificar un “construït” que encara és lluny de ser ni definitiu ni unànim. Ho mostren les modificacions periòdiques de les classificacions psiquiàtriques i les periòdiques i apassionades diatribes sobre les propostes terapèutiques i la seva validesa científica. Tot i l'afirmació triomfalista de que disposem per fi d'una visió objectiva i científica de l'autisme, els fets mostren que continua sent un problema de límits mal definits i de solucions pendents, sobretot en el vessant terapèutic.

Va ser Frankl qui va insistir, abans que ningú, en la importància conceptual, clínica i pronòstica del llenguatge autista i per això serà el fil central que seguiré en aquest text.

LES IDEES DE GEORG FRANKL

Repassem el que es pot rescatar dels escassos textos que li han sobreviscut i que durant tant de temps van quedar oblidats.

En el seu **text de 1933**, publicat en alemany en una revista pedagògica i titulat “Donar ordres i obeir” (també traduït com a “Comandament i obediència”)⁽¹⁾, ja va començar a reflexionar sobre el que seria el seu tema predilecte: la complexa relació entre el llenguatge verbal, les paraules, i el llenguatge afectiu, també anomenat “extraverbal” o “no verbal”, que inseparablement l'acompanya. Descriu una observació clínica: “Recordo bé una escena entre un nen petit i la seva mare. Era un nen de 5 anys, particularment agitat i turbulent; la seva mare enfadada murmurava darrere seu, amb una veu monòtona i un rostre inexpressiu, una cosa així com “però carinyo, ara has de parar perquè si no jo m'enfado; seu aquí i mira què bé que es porten els altres nens”. Ella va continuar

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

² De l'autisme d'ahir al d'avui... i al que vindrà. Primera part. Georg Frankl: un pioner silencià i discret. Revista eipea, número 18, primavera 2025.

així, amb el mateix to monòton i el nen amb prou feines percebia aquesta feble lletania i si per atzar prenia consciència d'algunes paraules, no les obeïa per res. És un exemple d'una manera de donar ordres inadequada. Només quan veiem els gestos i les expressions facials que acompanyen la transmissió d'ordres aquestes resulten clares per a qui les rep i per als que observen (...) això no només és vàlid per a les ordres, sinó en general per a les relacions humanes quan es tracta de comunicació. Si les accions educatives no estan integrades en el llenguatge afectiu, no troben un bon contacte emocional amb els infants i aleshores aquestes accions educatives tenen un efecte sorprenentment nul i poden desorientar tant l'infant com els qui l'observen"⁽²⁾.

En aquest mateix text, Frankl insisteix que, per a ell, els trastorns del contacte afectiu tenen la seva arrel en una desconexió profunda dels mecanismes del llenguatge, una ruptura entre el llenguatge verbal i el llenguatge afectiu, una desconexió entre les paraules (el significat) i la gestualitat, to i mímica que acompanyen el missatge que, sota elles, es tracta de comunicar (el significat). Ho il·lustra amb un segon exemple, una reflexió sobre una observació a una taverna. Relata la diferent manera de donar ordres als seus respectius gossos per part dels seus amos, que tractaven de controlar el seu comportament mentre dinaven al menjador: *"on vaig poder veure clarament demostrat, gràcies a dos gossos, com una ordre pot donar-se de bona o de mala manera (...) els dos gossos acompanyaven els seus amos durant l'àpat. Un d'ells, un gos viu, inquiet i astut, suplicava insistentment a la seva propietària, ploriquejant i bordant. Ella li parlava dolçament i amorosament per calmar-lo i resignar-se; li assegurava que rebria menjar més tard i li demanava que es portés bé, com correspon a un bon gos. La seva veu calmada, amable i poc expressiva no aconseguia suscitar cap reacció en el gos. Ella es va veure forçada a llençar-li restes del seu menjar, animant-lo així a seguir pidolant (...) L'altre gos, un bòxer alemany de talla considerable, també era ben tractat i estimat pel seu amo, però amb un simple "jeu!" n'hi havia prou perquè es quedés estirat al seu coixí en un racó durant tot l'àpat (...) certament, aquesta ordre va ser articulada amb la força suggestiva necessària, amb una bona càrrega d'autoritat no hostil i acompanyada del gest apropiat (...) sens dubte, la voluntat i la força de fer respectar l'ordre van haver de ser percebudes pel gos"*⁽³⁾.

Frankl va precisant el que considera específic del que anomenarà *llenguatge afectiu*: modulacions del to de veu, acompanyament de mímica facial i de gestos corporals. Amb això desplaça el focus d'atenció del que és semàntic a allò corporal. Convé assenyalar, per ressaltar com d'avançades eren les seves idees, que la importància del llenguatge no verbal -gestual- que acompanya les paraules és un tema que adquireix importància més tard, al llarg de la segona meitat del segle XX; amb la confluència de la psicologia amb l'etnografia i l'antropologia social, a finals del segle passat, es comencen a considerar com a inseparables el llenguatge verbal i el seu acompanyament emocional i gestual. A l'època de Frankl, els gestos i la mímica estaven considerats com un obstacle al desenvolupament del llenguatge verbal⁽⁴⁾. A més, la ideologia nazi considerava indesitjable que els gestos i la mímica, que consideraven típic d'italians... i de jueus, acompanyessin l'expressió "neta" del llenguatge verbal.

Frankl insistirà en el seu interès per pensar com responen els gossos al llenguatge dels humans, però a quins components del llenguatge?

Buscant paral·lelismes amb estils de comunicació utilitzats en temps més moderns amb intencions terapèutiques, assenyalaré que Frankl, encara que sense dir-ho explícitament, està explicant molt clarament en què es basen els èxits de l'ensinistrament com a mètode per modificar

comportaments elementals. Ell ja sabia, perquè col·laborava diàriament amb educadors, que quan les paraules s'acompanyen d'un impacte emocional queden més gravades en la memòria. És "l'eficàcia" del que és traumàtic o d'allò imposat a la força⁽⁵⁾. Posteriorment, els posicionaments apassionats dels partidaris de diferents corrents terapèutics també han alimentat polèmiques respecte a quin ha de ser el "to afectiu" per a una millor eficàcia de les intervencions educatives i terapèutiques. Afortunadament, si ens informem dels coneixements actuals, avui estem en una situació allunyada de polaritzacions extremes i en un reconeixement més assenyat dels avantatges i desavantatges, dels encerts, limitacions i errors, les dificultats i els èxits dels diferents tipus d'intervencions.

En dos textos posteriors, del 1937, reflexiona sobre les alteracions del llenguatge al parkinsonisme. A conseqüència de l'epidèmia d'encefalitis letàrgica que va assolir Centre-Europa, i en particular Viena, entre 1917 i 1927, molts afectats van desenvolupar secundàriament dificultats del llenguatge amb característiques singulars: pèrdua de les modulacions apropiades de to i de l'expressió mímica i gestual, habitual acompanyament del llenguatge normal. Per a Frankl, aquest llenguatge *parkinsonià* prové d'una desintegració entre el llenguatge verbal i el llenguatge emocional-gestual (Frankl, 1937a; 1937b). Això fa pensar que les dificultats per al contacte afectiu dels infants del seu hospital

PLAY INTERVIEWS WITH NURSERY SCHOOL CHILDREN*

ANNI B. WEISS-FRANKL
Baltimore

INTRODUCTION

CHILD guidance work, in recent years, has been enriched by the widespread use of play interviews. The method shows a wide variety of trends, varying with the background and philosophy of the therapist and the problems offered by the children. One of the most important features of the present development seems to be the tendency of the psychiatrist to renounce premature hypotheses about the causes underlying maladjustment in all those cases where they cannot readily and overtly be found; instead he concentrates upon the present manifestations of the child's difficulties and problems. Thus, after having considered the information from parents, teachers, or social workers about the child's background and history, he starts his work by utilizing the child's spontaneous activity for both diagnostic and therapeutic purposes.

For some time it has been considered indispensable for successful play therapy that the child be made to realize his need for help. Such a preparation for the therapeutic experience, it was thought, would motivate the child to give active cooperation to the psychiatrist. In the case of young children, this prerequisite

Després d'arribar a Estats Units amb Georg Frankl, Anni Weiss va escriure l'article "Entrevistes sobre el joc amb infants de preescolar" al 1941, després de la seva experiència com a psicòloga i consultora preescolar a Chicago i Winetka.

podrien tenir la seva arrel en aquesta dicotomia que dissocia el contacte entre el llenguatge afectiu i el llenguatge de les paraules. També li serveix de suport per reflexionar sobre la relació entre la intel·ligència i el llenguatge autista (i és la primera vegada que utilitzarà aquesta paraula): “un **autisme** tan extrem dona un toc molt especial a la imatge global de la debilitat mental”⁽⁶⁾.

En el seu text de 1943, Frankl assenyala el contrast entre la situació de les alteracions del Parkinson, en què la part de llenguatge que no funciona és l'emocional, amb altres situacions en què aquesta part queda preservada, mentre que el que queda abolit és el llenguatge verbal. I aquí esmenta la sordmudesa, l'afàsia... i el llenguatge dels gossos: “un gos és capaç d'expressar tota mena de sentiments, afectes i emocions a través de diferents maneres de bordar i de gestos corporals. És igualment capaç de reconèixer l'humor, les intencions i els sentiments amigables o hostils del seu amo i d'actuar en conseqüència, però només comprèn algunes paraules (...) el gos actua

d'acord amb els gestos i la modulació de la veu més que no pas amb el sentit de les paraules”.

Podrien afegir-se com a comentari algunes preguntes que, segons qui les llegeixi, podrien resultar provocadores: vol dir això que els gossos sí que tenen una *teoria de la ment*? Estarien més dotats que les persones autistes que, per a certs autors, no en tenen? Estan equivocats els famosos autors que així ho afirmen? Tornaré més endavant sobre aquesta qüestió, avui àmpliament controvertida i que convé matisar en moltes de les diferents perspectives i arestes.

Vull recordar aquí una dada. La noció de “teoria de la ment” procedeix de l'etologia i va ser introduïda, el 1978, per Premack i Woodrof al seu article titulat: “Els ximpanzés tenen una teoria de la ment?”. El tema il·lustra la riquesa multidisciplinària de les ciències cognitives que connecten amb camps tan diversos com l'etologia, la filosofia del llenguatge, la psicologia social, la lingüística i la neurobiologia cerebral (el

“cervell social” dels neurocognitivistes). La teoria de la ment pot ser entesa com una teorització “per fi científica” del funcionament mental o com un saber construït mentalment, una funció o una aptitud pròpia de certs “animals socials”, i en particular de l'ésser humà, que permet accedir a la vida psíquica de l'altre i als estats mentals (Georgieff, 2013).

Una altra qüestió clau és que la construcció d'aquesta aptitud necessita unes bases cerebrals rebudes per via genètica, però, a més, un plus relacional indispensable, un intercanvi -interpersonal, interactiu i primerenc- proporcionat per l'entorn humà a través del llenguatge verbal juntament amb tot allò afectiu i corporal que l'acompanyen. Una qüestió aquesta la solidesa científica de la qual ha estat demostrada fa molt de temps gràcies al coneixement de la plasticitat cerebral i de la seva activació epigenètica. Frankl, que encara no podia disposar d'aquests coneixements posteriors, ja ho va intuir en el seu moment⁽⁷⁾.



Zona de jocs de l'Hospital Universitario Infantil de Viena. Fotografia del 1921. Iconographic Collections - Wellcome Collection 28455i.

“El fet que estiguis imaginant el cervell no significa que puguis deixar de fer servir el cap”. (Cacioppo i cols., 2003).

He triat aquesta cita d'un conegut cognitivista, que reuneix humor i lucidesa autocrítica, alhora que té en compte la complexitat pròpia de l'ésser humà. Complexitat que de vegades obliden els qui comparen el cervell amb un ordinador i que ara es replanteja amb l'emergència imparable de la intel·ligència artificial.

El llenguatge humà ha tingut un llarg recorregut en el desenvolupament de diverses disciplines científiques. Totes han oscil·lat entre dos pols teòrics: l'innatisme (la capacitat de parlar de l'ésser humà és innata) i el culturalisme (ningú no parlaria si no neix i es desenvolupa envoltat de persones parlants). Esmentaré només algunes de les fites que han marcat aquest camí i que semblen, al meu entendre, tenir més relació amb el nostre tema.

La qüestió bàsica de si abans és l'acció (el que fem) o el pensament (les idees que necessitem expressar parlant) és fonamental. Han intentat respondre-hi els més importants teòrics del desenvolupament de la ment humana, que sempre han assenyalat la necessitat de comprendre les coses des de l'observació del desenvolupament infantil. Freud, es va interessar per l'origen i la naturalesa de les primeres representacions mentals i va intuir que el primer pensament és la *“satisfacció al·lucinatòria del desig”*. Això equival a dir que el primer pensament rememora experiències de satisfacció corporal... i la imatge dels qui l'alimenten. I això és el que designaran les primeres paraules del nadó. Wallon ho va tenir clar i va titular la seva obra fonamental *“De l'acció al pensament”*: primer és el moviment, cap a la trobada amb l'altre i en segon lloc la seva representació mental; el nadó evoluciona “de la motricitat al llenguatge”. Piaget va cavar molt per donar-nos la seva epistemologia genètica, segons la qual l'infant construeix els seus coneixements a través de les seves pròpies accions. La seva psicologia constructivista explica com l'infant pensa sobre allò que va experimentant amb la seva activitat lúdica i transformadora. Encara que ell va dedicar incomputables hores a observar el joc dels seus fills, la seva teoria, una mica solipsista, sembla més interessada per la qüestió del que s'organitza dins la ment que pel món de

les relacions socials que envolten el joc. Van ser els que es van interessar més per l'entorn social de la infància els que van assenyalar que la construcció d'una activitat motriu ordenada, acompanyada per algú que ajuda a organitzar-la i que ho fa amb un plaer compartit, no només és fonamental per organitzar l'esquema corporal i una dinàmica motriu més harmoniosa, sinó també per estructurar el psiquisme. A la seva manera ho va descriure Winnicott, defensor de la funció estructurant materna, l'acció i les cures de la qual són fonamentals per estructurar un psiquisme estable i sa. Bowlby va perllongar els descobriments etològics per subratllar la importància de l'aferrament interhumà, insistint que l'ésser humà busca abans el contacte amb algú que les satisfaccions corporals plaents... que també li aportarà (sembla senzill d'entendre, però diferents escoles psicoanalítiques -les més “pulsionalistes” i les més “objectalistes”- van debatre defensant la prioritat de l'un o les altres, encara que els menys escolàstics s'entestaven a veure-ho tot com a compatible i inseparable i lamentaven tanta diatriba en defensa de la puresa ideològica).

L'aparició de Chomsky va revolucionar les idees vigents en el seu temps en postular que els infants neixen amb un coneixement gramatical innat, genèticament programat, i que no necessiten aportació exterior per captar -sense conèixer-la ni haver rebut ensenyaments al respecte- la complexitat del llenguatge i comprendre l'estructura lògica de qualsevol llengua humana. Postulava l'existència d'un “òrgan del llenguatge”, “mòdul cerebral específic i universal”, capaç de captar la complexa estructura gramatical comuna a totes les llengües existents. Entenia a més que tot llenguatge és un sistema intern de regles, una lògica que serveix de principi universal per a totes les llengües. Amb això qüestionava les idees de Piaget segons les quals allò cognitiu era el resultat d'aprendre a través de l'experiència, de l'esperit indagador de l'infant. Tot i que ja abans Vygotsky i Wallon havien retret a Piaget que no tingués més en compte l'aportació de l'entorn, la cultura i les relacions socials, fins i tot els “neopiagetians” es van veure obligats a matisar que no tot allò cognitiu resulta d'aprendre per l'experiència.

Molts lingüistes han qüestionat després les idees de Chomsky i han mostrat que les llengües del món són més diverses del que va predir i presenten moltes excepcions a les seves regles, suposadament universals, i es

van posicionar també majoritàriament a favor de la necessària aportació social per aprendre els diferents patrons lingüístics de cada societat.

Són també molts els autors que, des d'altres perspectives, subratllen el caràcter social del llenguatge humà. Sens dubte el pensament de Tomasello⁽⁸⁾, entre d'altres, ho sintetitza molt bé. Igual que altres antropòlegs socials evolucionistes interessats en l'eclosió de la cognició a l'homo sapiens, sosté que el llenguatge verbal, exclusivament humà, va sorgir inicialment a través dels gestos (indicar, assenyalar) i no dels sons (tal com Frankl va intuir). L'acció cooperativa (assenyalar perills, avisar de la presència d'objectes vitals, compartir activitats d'interès comú) va precedir l'ús de paraules i símbols que després van constituir el llenguatge. L'actitud cooperativa de compartir activitats d'interès comú va precedir i va obligar a crear un llenguatge verbal comunicatiu que va necessitar dos elements previs fonamentals: l'atenció conjunta, que permet unir interessos comuns, i la capacitat de pensar que l'altre pensa, de percebre l'activitat i els estats mentals aliens (cosa que altres han anomenat una teoria de la ment). Hipòtesi que coincideix totalment amb els qui han estudiat el desenvolupament psíquic primerenc del nadó humà i de les relacions pròpies de la criança, insistint sobre l'atenció conjunta com a base fonamental que permet els intercanvis activadors epigenètics⁽⁹⁾.

La seva importància en l'adquisició del llenguatge, en la cognició social (en el funcionament del cervell social) i en la comunicació humana ha estat ressaltada per diversos autors, procedents del camp psicoanalític (des de Winnicott a Hobson, passant per Stern i altres) i altres corrents teòrics. S'atribueix a Bruner l'inici de la investigació sobre l'atenció conjunta, tot explorant amb nadons de 2-3 mesos la seva capacitat de seguir la mirada intencional d'un adult cap a un objecte. Aquest autor va suggerir la seva importància en el desenvolupament lingüístic⁽¹⁰⁾. Trevarthen (1993) va assenyalar la importància de l'atenció conjunta per a la comprensió de la intersubjectivitat i la regulació emocional compartida amb l'adult⁽¹¹⁾. Hobson (2005) també ha insistit en la importància que tenen atenció conjunta i intersubjectivitat per al desenvolupament cognitiu i social. Assenyalant la seva relació amb la identificació i la connexió emocional l'alteració de la qual veu essencial en l'autisme, derivat aquest de la incapacitat

per compartir emocions i comprendre intencions alienes⁽¹²⁾. Postula així un component emocional i no cognitiu en la dificultat per comprendre el pensament de l'altre, aportant altres elements diferents de la denominada "teoria de la ment".

Aquest plantejament -el llenguatge sorgeix d'una actitud social cooperativa i d'actes compartits orientats cap a èxits comuns- enllaça amb les idees d'altres autors sobre el desenvolupament primerenc (a més de Wallon, "el llenguatge va de l'acte a la paraula", Vigotsky va insistir en els orígens socials generadors del llenguatge). El pes del que és social, de la importància de la relació amb l'altre, s'ha mantingut en autors posteriors (Bruner, 1983, entre d'altres).

Tornant al **text del 1943**, que enlluernaria Kanner, en el què Frankl considera que el **llenguatge afectiu**, més endavant inclòs com a part essencial del **contacte afectiu**, és el problema nuclear del que encara ningú havia anomenat "autisme infantil" encara que tots dos, Frankl i Kanner, debaten sobre les característiques fonamentals que podien ajudar a entendre el sorprenent i desconcertant funcionament dels infants l'estudi clínic dels quals compartien. Encara no els designaven com a "autistes", encara que l'"autisme" fos part essencial del seu món psíquic i de les situacions i comportaments "inexplicables" que tractaven de desentranyar, fonamentalment a través dels seus comportaments... i del seu llenguatge. Ja hem assenyalat que tot indica que va ser Frankl qui va ajudar Kanner a interessar-se pels peculiars diàlegs mantinguts amb "Donald", al cap i a la fi el primer nen "autista" de la història, "el cas número 1" del text fundador de l'"autisme infantil precoç"... de Kanner qui, per cert, no el va batejar així fins més tard, preferint abans incloure'l entre els seus onze "trastorns autístics del contacte afectiu". També Asperger, sense citar Frankl, "va reconèixer" anys més tard (el 1977!) que: "*si la meua atenció no hagués estat atreta cap als signes corporals dels estats afectius, mai no hauria estat capaç de discernir la personalitat autista*".

Però, en el món occidental anglòfon, Frankl es va quedar sol i silenciós en la defensa del paper fonamental del món afectiu de l'autista... i de la possibilitat i necessitat d'entendre'l... per tractar-lo.



Col·lecció de Revistes d'Investigació Infantil (Zeitschrift für Kinderforschung) On Georg Frankl va publicar, al 1934, el seu article "Manar i obeir. Un estudi d'educació especial" (Befehlen und Gehorchen. Eine heilpädagogische Studie). Foto propietat d'Antiquariat Christian Strobel (VDA/ILAB).

Molts anys més tard, **el 1957**, en el seu **projecte -abandonat- de tesi doctoral**, Frankl es planteja un intent d'esforçar-se a captar el llenguatge afectiu que s'amaga en paraules "repetides fins a la monotonia" i sota comportaments "sense sentit". Ja molt abans, el 1933, ho havia manifestat: "***Si apreneu a conèixer-los***, aquests infants resulten ser éssers humans amb sentiments, desitjos, esperances i amb patiment... i aleshores el que sembla dolent no és res més que feblesa"⁽¹³⁾.

Relata, en el projecte, nou casos, vuit nens i una nena, descrivint els seus intents de fer-se entendre i de relacionar-se. La seva empatia, amb ells i amb els intents d'acostar-se i de poder entendre'ls de les seves mares i pares, resulta tan commovedora que em sembla un text recomanable perquè els que iniciïn la seva formació a la feina amb autistes entrevegin la dura feina que els espera. A risc de resumir excessivament i desnaturalitzar així la profunditat del text, selecciono alguns dels seus comentaris: "*Els autistes mostren sempre signes de ser conscients de la gent que els envolta,*

en particular són importants les persones de què depenen per a les seves necessitats quotidianes (...) coneixen les satisfaccions i els plaers quotidians que ofereixen (...) i cooperen amb elles en diverses activitats, a condició que els coneguin bé i responguin a les seves necessitats particulars (...) esperen els seus serveis en el bon moment i, a la seva manera, els exigeixen (...) reaccionen amb explosions violentes si els adults no es comporten com ells esperen causant-los aquest fet doloroses violacions de les seves rutines quotidianes i del seu hipersensible sistema perceptiu (...) ens podem preguntar com es pot establir una comprensió i una cooperació suficients si els canals de comunicació normals són inaccessibles o estan destruïts (...) una certa comprensió del llenguatge parlat -amb paraules- està sempre conservada (...) algunes paraules o expressions elementals es transformen en signes utilitzats intencionalment per provocar efectes ben definits (...) les accions de la rutina quotidiana d'un infant crònicament autista i les de la seva mare estan sovint

increïblement coordinades (...) encara que tinguin dèficits intel·lectuals, són persones i no simples cervells que funcionin exclusivament en termes automàtics d'estímul-resposta (...) són capaços d'accions intencionals amb objectius precisos i fan temptatives deliberades de comunicar els seus desitjos a una altra persona (...) frases elementals o més estructurades, però de gran inflexibilitat sintàctica i gramatical, tenen una utilitat sorprenent (...) així aprenen o reaprenen a parlar, després d'un període precoç amb un llenguatge automàtic, semblant a un estímul-resposta inflexible, es va desenvolupant en conjunció amb altres comportaments ritualitzats (...) la llengua fluida, gramaticalment i sintàcticament flexible no es desenvolupa fins més tard (...) la major part d'infants esquizoïdes saben o senten que els falta alguna cosa i són dolorosament conscients que les seves experiències són incompletes o diferents de les dels seus companys".

Partint del coneixement d'aquestes dificultats de comunicació, Frankl dissenya la seva posició i el seu projecte (de recerca) clínica i terapèutica: *"tractarem de demostrar que els autistes manifesten afectes i emocions, fins i tot quan no troben expressions simbòliques comunicatives i com s'esforcen a reconstruir un nou llenguatge afectiu"*. Completa el seu projecte amb una sistematització detallada de les dificultats de llenguatge -afectiu i verbal, de gestos i de paraules- així com una descripció de les etapes que presenten els autistes en l'evolució dels seus intents de comunicació.

Però el mateix Frankl, després del seu pas per l'hospital de Kanner, es va anar centrant en un tema més ampli, les "anomalies del llenguatge" en la infància, i el terme "trastorn del contacte afectiu" va perdent pes i presència a la seva feina. Prèviament havia insistit en la gran variabilitat clínica de les formes d'expressió dels autistes, inherents a les formes extremadament heterogènies de pertorbacions del contacte afectiu que presenten o, per dir-ho més empàticament, pateixen. Amb això es mostrava coneixedor d'un ampli i variable ventall de possibilitats d'evolució clínica que molts anys després, quan en va tenir coneixement a través del text d'Asperger, serviria Lorna Wing per consolidar el concepte d'espectre, avui consagrat universalment pel DSM-5 i sens dubte responsable del creixement exponencial de

diagnòstics de TEA... que inclouen molts casos clínics que mai no hauríem considerat autistes ni diagnosticat d'autisme durant les dècades prèvies al predomini social i professional d'aquest "nou" i reeixit terme diagnòstic⁽¹⁴⁾.

Aquesta "actualització" -i el seu mal ús posterior- ha convertit el que -en Frankl, Kanner i Asperger- era la descripció de la variabilitat clínica i evolutiva dels diversos autismes, en un concepte diagnòstic unificador, englobador i estàtic que ha difuminat el matis d'incertesa clínica i de diferenciació psicològica que tant va fer cavil·lar aquells autors, que el que intentaven era trobar una denominació original i única per a un grup d'infants diversos i desconcertants que no encaixaven en les nosologies conegudes. A més, l'escola londinenca (Wing, Frith, Baron-Cohen) basant-se en l'influent treball del

cognitivista John Morton i en el camí que va obrir Rutter definint l'autisme com un problema cognitiu (i no afectiu), van desenvolupar els seus "models" de comprensió de les "teories de la ment" que, per ells, caracteritzaven l'autisme i que durant anys han marcat les idees predominants vigents respecte de l'autisme considerat "científic". Nombrosos autors han assenyalat les raons clíniques que els fan qüestionar la generalització d'aquestes teories i matisen que les diferències i les particularitats que caracteritzen el pensament autista els fan defensar que és un pensar "diferent" en comptes de "limitat" per les seves mancances. En particular Motttron (2004, 2012), que ha integrat al seu equip investigador Michelle Dawson, persona autista i investigadora d'elit. Critiquen que les valoracions de l'autisme es facin considerant que les seves diferències amb el pensament i el llenguatge "normotípic" resulten de limitacions i deficiències, sense considerar que les seves peculiaritats, construïdes com a únic mitjà per poder emmotllar-se al món social, constitueixen una especificitat original, que els fa diferents, "neurodiversos". Particularment interessats per l'evolució del llenguatge verbal en l'autisme i la seva correlació amb la millora de les relacions socials, han estudiat les sorprenents i variades modalitats d'aparició i organització del llenguatge autista i han aportat també noves idees sobre el que serveix o no serveix per afavorir-ne l'eclosió i el desenvolupament. Ho fan des d'una posició pragmàtica que compara resultats a mitjà i llarg termini de diferents tipus d'intervenció, deixant de banda l'actual pretensió de certes intervencions i autors que reivindiquen la puresa científica de les seves metodologies i la seva eficàcia terapèutica inqüestionable. En un text, el subtítol del qual declara tota una definició de la

seva posició clínica i teòrica, qüestionen moltes afirmacions partidistes gratuïtes⁽¹⁵⁾. Altres autors, nombrosos i diversos, han introduït, sense tenir coneixement de les idees de Frankl, que alhora tampoc les va poder conèixer i recolzar-s'hi, la comprensió dels inicis del llenguatge i del pensament des d'una perspectiva interaccional de les relacions interpersonals primerenques⁽¹⁶⁾.

Tornant a l'article de 1943, publicat juntament amb el text fundacional de Kanner, Frankl partia en ell de la centralitat del llenguatge com a mitjà privilegiat de comunicació en les relacions humanes. Basant-se en la descripció clínica de "Karl K." un nen que havia conegut a Viena, afectat d'esclerosi tuberosa i exemple clar de manca de contacte afectiu, detallava ordenadament les vuit característiques del seu llenguatge: "1. No utilitza paraules; 2. Té una comprensió molt limitada de les paraules que sent; 3. No té llenguatge emocional; 4. És insensible al llenguatge emocional que se li dirigeix; 5. Quan està amb ell, experimentes no estar en contacte emocional; 6. Les seves relacions amb els altres són molt limitades; 7. Es comporta com si no diferenciés entre persones i objectes inanimats; 8. No mostra cap tendència a comunicar". Complementava aquestes dades amb una descripció del seu comportament: "no parla; el consideren sord; no et mira als ulls; no mostra cap interès per les persones que li parlen; es desplaça sense cap objectiu; es balanceja assegut; mostra impulsivitat agressiva cap als seus companys als que tracta com a objectes; utilitza l'altre com a eina i el rebutja si molesta..."

Era una descripció superposable als casos de "psicopatia autista" d'Asperger o als que després quedarien catalogats com a "autisme de Kanner". Curiosament tant Asperger com Kanner van conèixer i van descriure múltiples casos amb molt diversos graus de limitació o de capacitat intel·lectual (des de la deficiència mental severa fins als "coneixements prodigiosos"). Tot i això, els estereotips socials predominants van atribuir a l'autisme d'Asperger millors capacitats intel·lectuals i lingüístiques i a l'autisme de Kanner una afectació més gran del llenguatge i de les seves capacitats cognitives. Aquesta "acceptació" o "transformació" social d'un diagnòstic mèdic mostra que, ja des dels seus inicis, la configuració del concepte d'autisme quedaria redissenyada en diferents etapes, per motius que tenen poc a veure amb la clínica però que han influït molt en les successives classificacions diagnòstiques psiquiàtriques,

encara que aquestes pretenguin autodefinir-se com a basades únicament en raons científiques. L'aparició i el desenvolupament del concepte de discapacitat i sobretot la importància de les mesures socials acompanyants que han anat implicant, han transformat no només la visió social de l'autisme sinó la modificació radical de moltes idees -i pràctiques- dominants en la psiquiatria (i en els serveis socials i educatius que han complementat o desplaçat a l'oferta de serveis sanitaris).

Frankl tampoc desconeixia la freqüència amb què diversos quadres patològics orgànics (l'esclerosi tuberosa en l'exemple esmentat) acompanyaven les dificultats de contacte autístiques. També aquí es va mantenir a distància de les simplificacions de la seva època, evitant atribuir als quadres orgànics la causalitat directa de les dificultats autístiques. Va preferir considerar que les causes etiològiques, desconegudes, eren múltiples i que els trastorns orgànics "associats" o "acompanyants" tenien un efecte causal sobreafegit, però no exclusiu. Intuïa molt bé la complexitat del cervell i la del llenguatge, que la ciència posterior ha anat confirmant. Per això es va interessar per entendre els mecanismes íntims del llenguatge i el seu paper en la comunicació humana i en els orígens del psiquisme precoç.

Des de la nostra perspectiva actual resulta emocionant, en la lectura dels seus textos, veure que les seves intuïcions i idees s'avancen al que actualment continua despertant l'interès de qüestions nuclears per a diverses ciències humanes: "He consagrat un interès particular a la qüestió de **saber com la incapacitat per lligar relacions socials i emocionals influeix el llenguatge de gestos**. En les relacions amb la gent, **el llenguatge gestual no és pas menys important que el llenguatge de paraules**. La funció principal de les paraules és la simbolització de fets objectius i la comunicació a altres persones. **Els gestos, i no les paraules, són els símbols apropiats per a les emocions, els afectes i els humors**. **Al cap i a la fi, els trastorns que afecten la relació amb persones deriven de trastorns del llenguatge gestual** (...) **només he considerat casos extrems que es presten bé a ser analitzats, però penso que una anàlisi similar és igualment possible en nombrosos casos menys greus, però igualment caracteritzats per un trastorn similar de les**

*relacions socials i emocionals (...) estem habituats a considerar els gestos com una relíquia supèrflua de l'època en què els ancestres de l'Homo Sapiens, mancats de paraula, però necessitats de comunicar-se, utilitzaven accions motrius i vegetatives per intimidar enemics o atreure's amics (...) els casos descrits mostren més aviat que **els gestos no són simplement un vestigi transitori de temps antics** (...) sembla més aviat que **la comunicació d'emocions a través de gestos simbòlics té una funció important i ben consolidada que en cap cas no està destinada a extingir-se mentre les emocions juguin un paper important en les interaccions humanes***".

Els coneixedors de la filosofia del llenguatge de Wittgenstein⁽¹⁷⁾, autor contemporani de Frankl, se sorprendran de la proximitat entre algunes de les idees de tots dos. Desconec si Frankl va poder tenir cap coneixement de l'obra de Wittgenstein, tot i que tot sembla indicar que no van tenir entre ells cap coneixement mutu, ni personal, ni entre les seves idees. Potser és una conjectura absurda, ja que treballaven en terrenys diferents, però sens dubte aquesta coincidència en les seves idees porta a preguntar-se sobre aquesta eventualitat, sempre possible atesa la coneguda cultura "interdisciplinària" existent a la intel·lectualitat germanoparlant de l'època. La personalitat del filòsof, que els seus biògrafs han qualificat de "probable Asperger" i que va destacar pel seu personalíssim, genial i inaccessible llenguatge, és un altre punt que m'ha conduït a pensar en alguna possible connexió entre tots dos⁽¹⁸⁾. Per exemple, Wittgenstein proposa que no hi ha una essència comuna en les paraules, allò important no és el seu significat, sinó com es fan servir a la pràctica social ("a la vida, als jocs del llenguatge"): "si vull indicar a una persona el rumb que ha de seguir assenyalant aquesta direcció amb l'índex (...) és part de la naturalesa humana comprendre l'acte d'assenyalar així (...) el llenguatge dels gestos és primari, en un sentit psicològic". Frankl insisteix que l'autista es comunica recurrent als gestos abans de poder utilitzar paraules.

La lectura de l'antropòleg evolucionista Michael Tomasello, que per cert encapçala els capítols del seu principal text amb cites de Wittgenstein, suscita també moltes preguntes sobre la proximitat entre les idees actuals de l'antropologia social i les del desenvolupament psicològic primerenc,

respecte a l'emergència del llenguatge humà. I, sobretot, col·loquen l'autisme al punt central de la comprensió dels orígens del psiquisme.

Els humanoides van anar accedint al llenguatge progressivament, durant milions d'anys, i l'ésser humà, a causa de les prodigioses possibilitats del seu cervell immadur i plàstic, també ho fa així, però progressant vertiginosament des que neix al llarg dels seus primers mesos i anys d'infància. Com la ciència de l'evolució ha sostingut, l'ontogènia de cada ésser individual repeteix les lleis de la filogènia general de les espècies. Frankl, al·ludint al llenguatge com a resultat de l'evolució, ens recorda sense dir-ho una de les paradoxes de l'autisme. Alguna cosa hi ha als components d'aquest grup humà que els porta a sobreviure a la seva manera malgrat, o precisament per, no disposar de l'eina més important per poder aferrar-se a les persones que els envolten. Aferrament, o desaferrament diferent, que pot salvar-los de la profunda desconexió en què el seu programa genètic els fa néixer, dificultant que rebin les aportacions -epigenètiques- del seu entorn que enriqueixen el seu cervell i completen les seves potencialitats genètiques.

Aquest plantejament -el llenguatge sorgeix d'una actitud social cooperativa i d'actes compartits orientats cap a èxits comuns- enllaça amb les idees d'altres autors sobre el desenvolupament primerenc. Enllaça també amb allò que sempre ha estat el moll dels intents terapèutics per aconseguir activitats que aconseguixin una vinculació humana amb les persones afectades d'autisme. Com és sabut, per intentar aconseguir-ho, les intervencions terapèutiques actuals han buscat els espais "naturals" i les activitats que sorgeixen "espontàniament". Intenten així recolzar-s'hi per aconseguir la repetició d'experiències plaents compartides que, potser, trobin en l'atenció conjunta l'eclosió de paraules comunes que les anomenin i que solen aparèixer després de ser precedides d'indicacions i gestos, de comunicació corporal.

Però en el debat entre "innatistes i "culturalistes" hi continua havent una certa tensió entre posicions contraposades que també inclouen l'autisme entre els seus punts d'interès. L'innatisme de Chomsky va emparentar més tard amb la posició de Rutter. Quan juntament amb Schoppler, el

1979, tots dos assumeixen la nova direcció de la revista *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, fundada per Kanner el 1971, escriuen juntament amb Stella Chess, antiga redactora, un editorial on anuncien i promocionen una “revolució” en les idees vigents fins aleshores sobre l'autisme. Al costat d'un nou títol per a la revista, ara *Journal of Autism and Developmental Disorders*, plantegen que “l'autisme no és un problema d'inadequació afectiva sinó de limitació cognitiva” que consideren vinculada a una problemàtica neurològica determinada genèticament⁽¹⁹⁾.

Emparenta també aquest posicionament amb els plantejaments posteriors d'influents autors londinencs (Wing, 1981; Frith, 1991; Baron-Cohen, 1991). Anteriorment, he citat un autor que assenyalava que la lectura que s'ha fet dels textos clàssics sobre l'autisme, a partir de la traducció de l'alemany a l'anglès

per l'escola londinenca, n'ha alterat i esbiaixat la comprensió (aquest autor l'anomena la “versió moderna” de l'autisme. Todd, 2015). És cert que progressivament aquesta visió del desenvolupament neurològic autístic ha anat incloent, amb comptagotes, la presa en consideració de factors epigenètics i relacionals. Però segueix concedint una prioritat determinant als factors neurològics i genètics i ha marcat amb el seu pes les línies de recerca i els procediments exploratoris utilitzats que, per les seves característiques (imatge cerebral, estudis genètics, bioquímica molecular, etc.), han estat patrimoni del món mèdic hospitalari que entén que és l'únic autoritzat per qualificar com a científics, segons els seus criteris, les troballes i les opinions relatives a l'autisme⁽²⁰⁾.

Tot i això, els que conviuen molt de temps i de prop amb autistes continuen esperant que l'aplicació d'aquestes investigacions porti

alguna cosa als procediments terapèutics i educatius que millorin la seva evolució i destí. Esperem també que alguna vegada reflexionin sobre què és el que fa que, en certs casos, malauradament els menys freqüents, desenvolupin sofisticats coneixements i un llenguatge sorprenent. Mentre arriba aquest moment, els qui creiem en els efectes positius de comprometre's amb ells en una relació humana protectora i delicada, haurem d'insistir que aquest acompanyament pot ser un valor d'eficàcia provada que mereix ser considerat, també per la metodologia científica, com un dels elements importants de la “multifactorialitat” avui acceptada dels components evolutius de l'autisme.

S'evitaria així la prolongació d'una línia de continuïtat des de la vella versió d'una neurobiologia cerebral estàtica (les estàtiques “àrees cerebrals del llenguatge”



Jóvenes pacientes en convalecencia en una terraza del cuarto piso del Hospital Infantil Universitario de Zürich en 1935. Creative commons/Baugeschichtliches Archiv. Swissinfo.ch

de Brocca i Wernicke) fins a certes concepcions actuals del determinisme exclusivament “neurocerebral”, sense components sociorelacinals, del llenguatge. No és casualitat que un neurofisiòleg, actual especialista en la investigació de les activitats neuronals cerebrals, estigui dedicant especial atenció a desmuntar allò que ha anomenat “la bombolla de la psiquiatria biològica” i les seves exagerades propostes “neuroessencialistes” (Gonon, 2011, 2024).

La immaduresa del nadó humà li impedeix sobreviure en solitud: com i per què és possible que el nadó autista, malgrat que esquivi el contacte, corporal i afectiu, pugui sobreviure? Com no atribuir-ho, l'experiència clínica ho confirma, als intents esforçats d'atreure'l a la relació humana que el seu entorn posa en marxa amb entusiasme i, de vegades, amb lògica desesperació? Com no afectarà l'accés, l'aprenentatge del que ha estat un prodigi de l'evolució humana, el llenguatge? El seu entorn, familiar, educatiu o terapèutic pot tractar de suplir l'error i l'embús de l'accés al llenguatge que condicionen els mecanismes genètic-neuronals bàsics? Hi ha una via interactiva utilitzable i eficaç per compensar les limitacions derivades de l'alteració causal? Preguntes amb difícil resposta davant de les quals l'epigenètica ha permès concebre algunes esperances. Esperances que unides al sorprenent accés al llenguatge que alguns autistes assoleixen, sovint amb ajut exclusivament familiar i escolar, sense altres ajuts professionals, obren la possibilitat de plantejar-se quins poden ser els entorns i activitats més favorables a l'eclosió en la seva evolució psíquica, sovint sorprenent i inesperada, d'un llenguatge verbal diferent, complex, però comunicatiu⁽²¹⁾.

Frankl postulava el paper fonamental que els gestos motors i el contacte afectiu (i corporal) jugaven per articular allò emocional i allò verbal. Hauria estat interessant saber on hagués arribat Frankl en cas d'haver conegut totes les aportacions de les teories intersubjectives del naixement del llenguatge i dels aspectes psicopatològics resultants de les alteracions vinculars primerenques. Que ell no ho pogués fer no ens eximeix de conèixer tots els aspectes que il·luminen les teories de l'aferrament i de les relacions interactives primerenques i la seva aplicació clínica en aquestes fases del desenvolupament, sigui normal o patològic.

Més preguntes: l'autisme és una alteració cerebral específica, una “condició patològica”, una diferència qualitativa, una “categoria” diferent? O és més aviat una “dimensió” que podia ser de major o menor grau en l'afectació d'una funció (i de les connexions anatòmiques i de la neuroquímica que regulen l'activitat sinàptica de complexes xarxes neuronals)? Encara més, es pot ser més o menys autista? El grau de funcionament autístic pot variar des de la normalitat fins a la patologia, des de l'aïllament que acompanya la genialitat creativa fins al que impedeix acostar-se als aprenentatges més bàsics? I de què depèn que sigui així?

Ens hem anat acostumant aquests darrers anys al terme “neurodiversitat” que tracta de defensar que l'autisme no és patològic sinó una simple “variació de la normalitat”, constituïda aquesta pels “neurotípics”, els socialment considerats sans. Ara, ja no serien considerats del tot diferents els uns dels altres, llevat del major o menor grau de peculiaritat de cadascú. Pocs exemples hi ha més clars de com les idees socials afecten els criteris de normalitat que, amb més o menys precisió en els seus límits, sostenien la diferència entre salut i malaltia, entre allò “psicopatològic” i allò “peculiar” de certes personalitats.

Cal recordar que “autisme” era un terme habitual en la llengua i la cultura alemanyes abans de convertir-se en un concepte clínic i diagnòstic. Totes les persones eren considerades “més o menys autistes” i el seu grau de relació social i de contacte amb la realitat era un tret de personalitat: avui diríem una dimensió quantitativa-considerada d'una intensitat normal o patològica segons l'amplitud de les limitacions en l'acostament al món social o la persistència a l'allunyament de relacions personals i la raresa en l'elecció d'interessos culturals peculiars. Ja prèviament a la seva utilització clínica, el castellà tenia una accepció que s'acobla amb exactitud pertinent a l'ús “natural” que tenia a la cultura alemanya. Em refereixo al fet “abstraure's”. Com sempre, Maria Moliner ho va definir amb el seu talent únic. “*Abstraure's*”³: *quedar-se algú tan entregat als seus pensaments que no s'assabenta del que passa al seu voltant* (i proposa com a sinònim: *concentrar-se*)⁽²²⁾.

Els temps moderns han introduït un tall, que és més aviat administratiu i burocràtic que clínic, que passa pel grau de discapacitat, terme que es va transformant, però que sempre té una conseqüència invariable. Se l'anomeni com se l'anomeni, perquè els termes han anat variant (“subnormalitat, handicap, limitació, discapacitat, diversitat”) sempre implica la pertinença a un grup socialment reconegut com a adjudicatari de diversos reconeixements i drets que la sensibilitat social els ha anat concedint, perquè prèviament han anat sent conquerits per altres minories socials marginades o maltractades. El diagnòstic clínic es transforma i es desplaça cap a una certificació de la discapacitat i del seu reconeixement legal, i així ho demanen els familiars dels afectats (o ells mateixos quan el seu protagonisme social ha anat sent tolerat primer i reconegut després). Aquesta evolució en els termes i les respostes socials, polítiques i ideològiques ha estat un factor determinant en els canvis del llenguatge clínic i diagnòstic (Gil Eyal, 2010). Fins al punt que, socialment, ha quedat obsolet el llenguatge psicològic que va ser habitual a la psiquiatria centreeuropea en la qual van sorgir i van créixer les idees de Frankl, d'Asperger, de Kanner i de molts altres.

PER QUÈ RECUPERAR UN TEXT VELL I OBLIDAT?

La millor i més convincent resposta seria la traducció i lectura completa del text del 1957. Frankl plasma tot el que havia fet, el que pensava del llenguatge dels autistes i el que projectava com a línies futures d'avenç en la seva comprensió. Són pàgines de reflexió sobre extraordinàries observacions clíniques narrades per algú que va acompanyar infants autistes, diàriament i durant molts anys, en un lloc educatiu i terapèutic estable, tractant de relacionar-se a través del diàleg verbal “amb aquells que arribaven a posseir el llenguatge de la paraula (...) que només hi pot sorgir després de molts intents de fer-se comprendre a través del llenguatge afectiu dels gestos”. El seu relat, de nou casos, mereix ser considerat com una fita en la història de l'autisme, comparable a la dels onze del text de Kanner, que, com avui sabem, també va conèixer i tot sembla indicar que també va aprendre d'aquest text i de la sensibilitat del seu autor. És molt tard per tornar-li un reconeixement que mai no va

³“Ensimismamiento” a l'original en castellà (nota del traductor).

tenir. Però, afortunadament, pot servir als qui s'interessen per la infància autista per descobrir l'extraordinària emoció que impacta a qui aconsegueix arribar a la intimitat dels que pateixen perquè no es poden comunicar. Per acabar, un epíleg resposta: Doncs sí, sí que val la pena tractar de parlar amb les persones autistes. Sobretot, perquè ho necessiten desesperadament i perquè si ningú no s'ofereix quedaran condemnades al silenci.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington: APA.

Asperger, H. (1938). Das Psychisch Abnorme Kind. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 51, 1314–1317.

Asperger, H. (1944). Die “Autistischen Psychopathen” im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117(1), 76–136.

Ávila, A. (2013). *La tradición interpersonal. Perspectiva social y cultural en psicoanálisis*. Madrid: Ágora Relacional.

Baron-Cohen, S. i cols. (1991). *Mind blindness. An essay on Autism and theory of mind*. Boston: MIT Press.

Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. A. G. Aschaffenburg (Ed.), *Handbuch der Psychiatrie* (pp. 1–420). Leipzig–Viena: Deuticke. (Trad. cast.: *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Lumen-Hormé, 1993).

Bruck-Biesok, V., Pirquet, C. i Wagner, R. (1927). Kurze Wissenschaftliche Mitteilungen Rachitism prophylaxe. *Klinische Wochenschrift*, 6(20), 952.

Bruner, J. S. (1983). *Child's Talk: Learning to Use Language*. New York: W. W. Norton Co. (Trad. cast.: *El habla del niño: aprendiendo a usar el lenguaje*. Barcelona: Paidós, 1986).

Bruner, J. S. (1986). *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge: Harvard University Press.

Cacioppo, J., Berntson, G. i cols. (2003). Just because you're imaging the brain doesn't mean you can stop using your head. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 650–661.

Castell, R. (2008). *Hundert Jahre Kinder und Jugendpsychiatrie*. Gotinga: V&R unipress.

Cohen, D. i Muratori, F. (2024). *Les pionniers de la clinique de l'autisme*. París: Langage.

Czech, H. (2018). Hans Asperger, National Socialism and “race hygiene” in Nazi-era Vienna. *Molecular Autism*, 9, 29. doi:10.1186/s13229-018-0208-6.

Czech, H. (2019). *Hans Asperger, autismo y Tercer Reich. En busca de la verdad histórica*. Barcelona: NED.

Dawson, M. (2004). *The Misbehavior of Behaviorists: Ethical Challenges to the Autism Blog No Autistics Allowed: Explorations in Discrimination Against Autistics* (18 de enero).

Dobs, D. (2022). La nueva historia del autismo. *Spectrum*, 09/11/2022. (Trad. cast.: *Autismo en Vivo*, 04/enero/2023).

Donvan, J. i Zucker, C. (2016). *In a Different Key: The Story of Autism*. Nueva York: Crown Publishing Group.

Dluzak, S. (2019). The forgotten pioneers: The life and work on Anni Weiss and Georg Frankl. <https://www.researchgate.net/publication/337935440>. (Trad. francès: Les pionniers oubliés de l'autisme: la vie et l'œuvre d'Anni Weiss et de Georg Frankl, *L'Information Psychiatrique*, 97(5), 407–421, 2021).

Feinstein, A. (2010). *A History of Autism: Conversations with the Pioneers*. West Sussex: Wiley & Sons Ltd. (Trad. cast.: Ávila, 2016, Una historia del autismo: conversaciones con los pioneros.)

Frankl, G. (1934). Befehlen und Gehorchen (Mando y obediencia). *Zeitschrift für Kinderforschung*, 42, 463–479 (Teil I) i 43, 1–21 (Teil II).

Frankl, G. (1937a). Triebhandlungen bei Dissozialität nach Encephalitis epidemica und anderen Störungen des Kindesalters. *Zeitschrift für Kinderforschung*, 46, 401–448.

Frankl, G. (1937b). Über postenzephalitischen Parkinsonismus und verwandte Störungen im Kindesalter. *Zeitschrift für Kinderforschung*, 46, 199–249.

Frankl, G. (1937c). Die Heilpädagogische Abteilung der Wiener Kinderklinik. *Zeitschrift für Kinderschutz Familien und Berufsfürsorge*, 29(5–6), 33–38 (Teil I) i 29(7–8), 49–54 (Teil II).

Frankl, G. (1943). Language and affective contact. *Nervous Child*, 2(3), 251–262.

Frankl, G. (1957). *Autism in Childhood: An Attempt of an Analysis*. Manuscrito inédito. Lawrence, KS: Biblioteca de Investigación Kenneth Spencer, Universidad de Kansas.

Frith, U. (1991). *Autismo y síndrome de Asperger*. Cambridge: Cambridge University Press.

Georgieff, N. i Speranza, M. (2013). *Psychopathologie de l'intersubjectivité*. París: Elsevier Masson.

Gil, Eyal, et al. (2010). *The Autism Matrix: The Social Origins of the Autism Epidemic*. Cambridge: Polity.

Gonon, F. (2011). La psychiatrie biologique: une bulle spéculative. *Esprit*, novembre.

Gonon, F. (2024). *Neurosciences: un discours néolibéral*. Nîmes: Champ Social Éditions.

Grandin, T. (2008). *The Way I See It: A Personal Look at Autism and Asperger's*. Arlington: Future Horizons.

Grandin, T. (2014). *El cerebro autista: el poder de una mente distinta*. Barcelona: RBA.

Hamburger, F. (1939). Nationalsocialismo y medicina. A. A. Swallow (Ed.), *Lecturas sobre fascismo y nacionalsocialismo seleccionadas por miembros del Departamento de Filosofía, Universidad de Colorado* (pp. 107–110). Chicago, IL: Swallow Press.

Heller, T. (1904). *Grundriss der Heilpädagogik*. Leipzig.

Heller, T. (1914). *Paedagogische Therapie für praktische Ärzte*. Leipzig.

Hobson, R. P. (2005). *What Puts the Jointness in Joint Attention?* <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199245635.003.0009>

Hobson, R. P. (2005). *Joint Attention: Communication and Other Minds: Issues in Philosophy and Psychology*. A. N. Eilan (Ed.), Oxford: Oxford University Press.

Hochmann, J. (2020). *L'affaire Asperger. L'Information Psychiatrique*, 96, 67–72.

Insel, T. i cols. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748–751. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09091379

Kanner, L. (1935). *Psiquiatría infantil*. Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher Ltd.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217–250.

Klein, M. (1978). L'importance de la formation du symbole dans le développement du moi. A *Essais de psychanalyse*. Paris: Payot.

Lasa Zulueta, A. (2022). *El autismo: una perspectiva integradora y psicodinámica*. Barcelona: Herder.

Lasa Zulueta, A. (2023). *El autismo sin nombre. El autismo infantil y la psiquiatría: olvidos, búsquedas y desencuentros*. Bergara: autoedición.

Lazar, E. (1923). Die Heilpädagogische Abteilung der Kinderklinik in Wien. *Zeitschrift für Kinderforschung*, 28, 161–174.

Lazar, E. (1927). *Probleme der Forensischen Jugendpsychiatrie*. Viena: Hölder-Pichler-Tempsky.

Lotz, D. (2000). Theodor Heller (1869–1938). En M. Buchka, R. Grimm i F. Klein (Eds.), *Biographies of Important Curative Teachers in the 20th Century*. Munich–Bâle.

Lucchelli, J. P. (2021). Georg Frankl: The third or first man in the genesis of autism? *Vertex Rev. Arg. Psiquiatr.*, 32(151), 55–61.

Manouilenko, I. i Bejerot, S. (2015). Sukhareva —Prior to Asperger and Kanner. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(6), 479–482.

Michaels, J. J. (1935). La estancia pedagógica de la clínica infantil de la Universidad de Viena. *American Journal of Orthopsychiatry*, 5(3), 266–275.

Mottron, L. (2016). L'intervention précoce pour enfants autistes. *Nouveaux principes pour soutenir une autre intelligence*. Bruselas: Mardaga.

Muratori, F. i Bizzari, V. (2019). *Alle origini dell'autismo. Il ruolo dimenticato di George Frankl*. Giovanni Fioriti Editori.

Muratori, F., Calderoni, S. i Bizzari, V. (2020). George Frankl: An undervalued voice in the history of autism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27 aug 2020. doi:10.1007/s00787-020-01622-4.

Olmsted, D. i Blaxill, M. (2010). *The Age of Autism*. St. Martin's Press.

Revista eipea. (2016, noviembre). *Escoltant i Pensant els Autismes*. Ressenya biográfica de G. E. Sukhareva.

Rizzolatti, G. i Sinigaglia, C. (2008). *Les neurones miroirs*. Paris: Odile Jacob.

Robison, J. E. (2017). Kanner, Asperger, and Frankl: A third man at the genesis of the autism diagnosis. *Autism*, 21(7), 862–871. doi:10.1177/1362361316654283.

Rosenblum, E. (1961). Le développement de la pédagogie curative. *Enfance*, 14(2), 165–178.

Sheffer, E. (2018). *Asperger's Children: The Origins of Autism in Nazi Vienna*. Nueva York: W. W. Norton. [Trad. cast.: *Los niños de Asperger*. Ciudad de México: Planeta, 2019].

Sheffer, E. (2014). Fascist Psychiatry: Social Spirit and the Idea of Autism. Paper presented at the *Central Europe Workshop*, University of Chicago, November 12, 2014.

Silberman, S. (2015). *NeuroTribes: A Legacy of Autism and the Future of Neurodiversity*. Nueva York: Penguin Random House.

Silberman, S. (2016). *Una tribu propia. Autismo y Asperger. Otras maneras de entender el mundo*. Barcelona: Ariel/Planeta.

Stern, D. N. (1977). *The First Relationship: Mother and Infant*. Cambridge: Harvard University Press. [Trad. cast.: *La primera relación madre-hijo*. Las Rozas de Madrid: Ediciones Morata, 1998].

Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. Nueva York: Basic Books. [Trad. cast.: *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós, 1991].

Sukhareva, G. (1926). Die Schizoiden Psychopathien im Kindesalter. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 60, 235–261.

Todd, S. H. (2015). *The Turn to the Self: A History of Autism, 1910–1944* [Tesis doctoral, Universidad de Chicago, Departamento de Estudios Germánicos].

Tomasello, M. (1999). *The Cultural Origins of Human Cognition*. Cambridge: Harvard University Press.

Trevarthen, C. (1993a). The function of emotions in early infant communication and development. A J. Nadel i L. Camaioni (Eds.), *New Perspectives in Early Communicative Development*. Londres: Routledge.

Trevarthen, C. (1993b). The self born in intersubjectivity: The psychology of an infant communicating. A U. Neisser (Ed.), *The Perceived Self: Ecological and Interpersonal Sources of Self-Knowledge*. Nueva York: Cambridge University Press.

Van Krevelen, D. A. (1971). Autismo infantil temprano y psicopatía autista. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1(1), 82–86.

Van Krevelen, D. A. i Kuipers, C. (1962). La psicopatología de la psicopatía autista. *Acta Paedopsychiatrica*, 29, 22–31.

Vygotsky, L. S. (2010). *Pensamiento y lenguaje*. Barcelona: Paidós.

Weiss, A. B. (1935). Qualitative intelligence testing as a means of diagnosis in the examination of psychopathic children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 5(2), 154–179.

Westphal, A., Schelinski, S., Volkmar, F. i Pelphrey, K. (2013). Revisiting regression in autism: Heller dementia infantil. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(2), 265–271.

Wing, L. (1981). Síndrome de Asperger: un relato clínico. *Psychological Medicine*, 11(1), 115–129.

Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. Londres: Hogarth Press. [Trad. cast.: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Barcelona: Paidós, 1993].

Wittgenstein, L. (2005). *The Big Typescript: TS 213*. Oxford: Blackwell.

NOTES ANNEXES

1. Frankl, G. (1934) Befehlen und Gehorchen (Comandament i obediència). *Zeitschrift für Kinderforschung*, 42: 463-479; i 43: 1-21.

2. Aquest i altres comentaris de Frankl i d'Anni Weiss, s'assemblen molt a altres gairebé idèntics del text d'Asperger del 1944. Qui millor ho ha detallat ha estat Todd (2015), que l'ha confrontat exhaustivament als textos originals en llengua alemanya de tots ells. Després de llegir la seva tesi doctoral resulta raonable la seva opinió que cal atribuir-hi a ells l'origen de moltes de les observacions clíniques que Asperger inclou en els seus textos com a pròpies. També insisteix que amb la seva traducció a l'anglès (Wing i Frith, 1981) el terme original d'"autisme" va quedar desnaturalitzat i la seva (errònia) comprensió va marcar el que anomena la "versió moderna" de l'autisme, que critica obertament.

3. Els lingüistes relaten amb clars exemples el sentit ocult, però perfectament intel·ligible, que es pot amagar sota les paraules. Exemple: Una mare torna a casa després d'haver deixat sol el seu fill. En entrar veu un gerro trencat i exclama: "què ha passat aquí?". El nen respon immediatament: "jo no he estat". La "teoria de la ment" del nen ha deduït immediatament que és el que veritablement volia saber la seva mare malgrat la distància existent entre la seva pregunta "innocent" i el to d'indagació i sospita respecte de l'autor de la trencadissa.

4. No en va, el debat de si als infants sords i als deficientes se'ls havia d'ensenyar o prohibir el llenguatge gestual "de signes" per afavorir que adquirissin el llenguatge verbal "de paraules" tenia un recorregut previ de més d'un segle a la pedagogia especial.

5. Qüestió que constituïria el moll dels conflictes entre Lovaes i les associacions de pares d'autistes, uns partidaris i d'altres oposats als seus mètodes terapèutics, per a uns necessaris i per als altres d'una violència inadmissible. També algunes destacades persones autistes (entre d'altres Michelle Dawson, 2004 i Temple Grandin 2008 i 2014) han manifestat públicament les crítiques a les imposicions terapèutiques que van patir per part de terapeutes d'orientació conductual. Altres testimonis també han criticat intervencions autoritàries i intrusives de terapeutes d'altres orientacions (en particular les que practicava Bettelheim a la seva escola ortogenètica de Chicago).

6. Comentari que apunta a un tema complex, de llarga història i encara vigent actualment: les relacions i diferències, conceptuals i clíniques, entre dèficit intel·lectual i autisme (Lasa Zulueta, 2022. Cap. "Sobre la intel·ligència dels autistes" pàgs. 379-385).

7. Recorda l'actitud de Cajal, qui confiava que els futurs èxits científics confirmarien la seva afirmació revolucionària, que les connexions neuronals es modifiquen i no són estàtiques ni definitives.

8. Michael Tomasello, investigador especialitzat en la comunicació dels primats, en la seva evolució cap al llenguatge i la cognició humanes, ha resumit les seves experiències i deduccions en diversos textos que, al meu entendre, tots els interessats pel naixement i el desenvolupament del llenguatge primerenc i les seves alteracions en l'autisme hauríem de conèixer (Tomasello, 1997, 2007 i 2013).

9. També el descobriment de les neurones mirall ha confirmat l'existència d'una predisposició cerebral a estar atent i reaccionar cap al que interessa el proper veí (Rizzolatti, 2008).

10. Jerome Bruner (1915-2016). A la seva visió inicial cognitivista del desenvolupament, va afegir una perspectiva social i cultural, amb el seu concepte de bastida (el suport en l'adult i la interacció amb ell). El seu interès pel paper de l'atenció conjunta en la construcció de les maneres progressives de representació del llenguatge (enactiu, icònic i simbòlic-narratiu) ha estimulat la creativitat dels que intervenen amb autistes a l'hora de facilitar-los diferents maneres d'expressió.

11. Colin Trevarthen (1931-2024). La seva gran influència en la comprensió del desenvolupament emocional i la intersubjectivitat en el desenvolupament primerenc i el seu interès pel joc i les cançons que faciliten el ritme emocional compartit ha inspirat tot un camp de recerca sobre el desenvolupament primerenc i també sobre la comprensió de l'autisme primerenc i el disseny de les intervencions més adequades.

12. R. P. Hobson (2004), des de la seva perspectiva psicoanalítica, ha estudiat l'atenció conjunta i la intersubjectivitat i ha investigat sobre les dificultats amb ambdues a l'autisme. Ha insistit en els components emocionals i interactius a la relació terapèutica amb autistes.

13. Asperger va escriure insistentment sobre la "maldat" i la "sensació plaent" de destruir dels infants autistes. Una perspectiva "ètic-moral" errònia sobre la qüestió, allunyada del sentit que tenia per Asperger, pot afectar una entesa correcta del significat que tenia al món educatiu i a les idees psicològiques i psiquiàtriques de l'època. Per exemple, ha portat Sheffer a acusar Asperger d'afavorir les polítiques criminals nazis d'extermini d'infants deficientes i autistes, basades que eren "impossibles d'educar" i "inútils per incorporar-se a responsabilitats socials". La qüestió de si Asperger va intentar salvar-los amb els seus informes clínics o, per contra, va cedir a les pressions nazis per certificar-ne el trasllat a centres d'extermini continua estant en debat (Todd, 2015; Czech, 2018 i 2019; Sheffer, 2014 i 2012; Lasa Zulueta, 2022). Sigui quin sigui el veredict final de la història, el DSM, sense explicar-se al respecte, ja ha "clausurat" la síndrome d'Asperger que ja no apareix al DSM-5 del 2013.

14. Això obre una altra qüestió, important per als qui s'interessen per la psicopatologia clínica: quins altres diagnòstics reben aleshores quan no eren considerats "trastorns de l'espectre autista"?

15. Laurent Mottrom (2016): *L'intervention précoce pour enfants autistes. Nouveaux principes per soutenir une autre intelligence*. La seva lectura i la seva posició conciliadora, però demolidora davant de certes afirmacions partidistes, aporten un assossec que pot contribuir a calmar els debats passionals que han sacsejat el món professional de l'autisme.

16. Entre molts altres, Vygotsky (2010), Winnicott (1965), Bruner (1983 i 1986), Trevarthen (1993a i 1993b), Stern (1977 i 1985) i un llarg llistat d'autors, interessats pel paper fonamental dels intercanvis primerencs en la constitució del psiquisme i del llenguatge - qüestió que hem vist que també va interessar Freud-, han anat conformant les teories interpersonals i la clínica i intervencions basades en els intercanvis i interaccions relacionals (vegeu Àvila, 2013; Georgieff, 2013; Lasa Zulueta, 2022).

17. Ludwig Wittgenstein (Viena, 1889-Oxford, 1951) va escriure dos textos fonamentals. El *Tractatus logico-philosophicus* (el 1923), únic text que va publicar en vida, declarant que després d'això abandonava la filosofia considerant resoltos tots els problemes filosòfics... que ell s'havia plantejat, per dedicar-se a l'ensenyament com a mestre rural i tornar així al llenguatge infantil, l'únic que li semblava

espontani. En el segon, *Investigacions filosòfiques*, escrit entre 1936-1949 i publicat pòstumament el 1953, va deixar de banda la lògica per centrar el seu interès en el llenguatge (al qual dedicaria reflexions que, escrites el 1932-1933, van ser publicades també pòstumament el 2005).

18. Una vegada que el coneixement de la "síndrome d'Asperger" es va anar estenent han estat innumbrables els articles que als mitjans de comunicació han catalogat com a probables afectats per la síndrome una multitud de savis amb personalitats "peculiaris": Newton, Einstein, Bobby Fisher o, també, el mateix Asperger entre d'altres.

19. Els textos de Frankl, autor poc influent, eren desconeguts llavors per aquests autors, així que no és probable que el seu posicionament tingués res d'una confrontació amb ell, però sí amb Kanner i amb algunes idees psicoanalítiques aleshores vigents sobre l'autisme.

20. Tot i això, és ben conegut el posicionament de Thomas Insel, màxima veu del NIMH nord-americà, criticant la falta de rigor del DSM-5, que va consagrar a partir del 2013 el terme de Trastorns de l'Espectre Autista i declarant que no utilitzarien aquesta classificació per la seva falta de rigor científic.

21. A la recent jornada celebrada a Barcelona (50è aniversari del Centre Educatiu i Terapèutic Carilet), Catherine Lord ens va afirmar la gran dificultat de predir a llarg termini les evolucions d'autistes acompanyats des de la seva primera infància. Ho feia recolzant-se en el gran pes de les seves catamnesis a llarg termini. També ens va explicar que el seu mètode diagnòstic intenta homogeneïtzar una realitat clínica molt diversa que, per ser més rica i variada, necessita ser sistematitzada (reduïda) a efectes de necessitats metodològiques imperatives. Obre així una finestra de possibilitats evolutives imprevisibles i d'influències multifactorials, també les relacionals, que permet plantejaments educatius i terapèutics diferents i compatibles amb un acompanyament de llarg recorregut.

22. Encara que es diu que cap autista no és capaç d'entendre i de practicar la ironia que comporta l'humor, crec que n'he conegut més d'un que disposava d'aquesta capacitat; això sí, amb matisos molt personals. Em va ajudar a entendre-ho la definició que, una altra vegada Maria Moliner, ens dóna d'*ironia*: "*Manera d'expressar una cosa, que consisteix a dir, en forma o amb entonació que no deixa cap dubte sobre el veritable sentit, el contrari d'una cosa (...) to burleta amb què es diu alguna cosa*".



Autisme: els orígens de les controvèrsies¹



– Brigitte Chamak –

Doctora en Neurobiologia i doctora en Història i Sociologia de la Ciència. Investigadora associada del CERMES3², del laboratori del CNRS³, de l'Inserm⁴ de l'EHESS i de la Université Paris Cité. París (França)

La visibilitat mediàtica de l'autisme ha fet proliferar un seguit de controvèrsies que posen de manifest conflictes ideològics, epistemològics, ètics, econòmics i polítics. Els temes de les polèmiques són diversos i tenen a veure tant amb les definicions d'autisme com amb les taxes de prevalença, les possibles causes i els modes d'intervenció (Chamak, 2021). De quina manera podem distingir el que és coneixement científic establert del que és informació procedent del màrqueting o d'interessos privats?

L'augment del finançament de la recerca sobre l'autisme atrau cada vegada més professionals. Per tal de rebre finançament i reconeixement i poder tirar endavant la seva carrera, els investigadors han de publicar en les millors revistes. La pressió és important i la temptació d'adoptar la retòrica de les promeses abans que l'evidència de les proves és gran (Gonon et al., 2014). Quan un investigador té interès per trobar resultats positius, el pes dels arguments està esbiaixat, sense que normalment sigui conscient d'aquest biaix (Moynihan, 2008). Alguns treballs en ciències socials han confirmat que, tot i que les persones mirin de ser objectives, el seu judici està sotmès a biaixos inconscients i involuntaris (Dana i Loewenstein, 2003). Per això és tan important estudiar de manera detallada les publicacions científiques i els biaixos metodològics i interpretatius si volem analitzar amb perspectiva els resultats assolits.

L'anàlisi crítica de la literatura científica sobre l'autisme dels darrers vint anys i l'estudi dels canvis en la classificació del Manual de diagnòstic dels trastorns mentals (DSM) des de la dècada de 1990 permeten evidenciar tres orientacions en l'àmbit de l'autisme:

- 1a:** l'ampliació dels criteris diagnòstics;
- 2a:** l'adopció generalitzada d'interpretacions genètiques i neurobiològiques de l'autisme, tot i la manca de resultats fiables i coherents;
- 3a:** la promoció de mètodes educatius i conductuals, tot i les dificultats per avaluar-los i uns resultats minsos.

Aquest article sobre les controvèrsies de l'autisme se centra en aquestes tres orientacions.

1A: CANVIS EN LA DEFINICIÓ D'AUTISME I AUGMENT DE LA PREVALENCIA

Arran de les modificacions en les classificacions del DSM, l'autisme va passar de la categoria de «psicosi infantil» a la de «trastorn global del desenvolupament», «trastorn generalitzat del desenvolupament» (TGD) i «trastorn de l'espectre autista» (TEA) fins que el 2013 es va incloure en la categoria de «trastorns del neurodesenvolupament» (TND). Aquests canvis successius es van correspondre amb una ampliació dels criteris diagnòstics que va dur a incloure dins dels TEA tant persones sense llenguatge i amb discapacitat intel·lectual com persones que

parlen i mostren capacitats cognitives importants, amb el punt en comú de tenir dificultats per a la interacció social i tenir interessos específics, tot i que amb diferents nivells de gravetat. Pel que fa als TND, apleguen diferents simptomatologies heterogènies: TEA, discapacitat intel·lectual, trastorns «dis-» de l'aprenentatge, trastorn per dèficit d'atenció amb o sense hiperactivitat (TDAH).

D'altra banda, és freqüent la presència de diversos trastorns associats, cosa que dificulta arribar a un diagnòstic adequat. Els símptomes dels TEA poden variar segons l'edat, el sexe, la cultura i les comorbiditats. Davant de la manca de marcadors biològics, el diagnòstic s'ha de basar en l'observació conductual, que pot variar considerablement d'un infant a un altre. Aquesta variabilitat remet a la qüestió del diagnòstic diferencial, que només es pot basar en l'observació clínica: de quina manera podem distingir clarament entre TEA, trastorns del llenguatge, retard en el desenvolupament, discapacitat intel·lectual, depressió infantil, trastorns obsessiu-compulsius, fòbia social, etc.?

Per tant, si diagnosticar l'autisme ja no és fàcil, la pressió per fer un diagnòstic cada vegada més precoç encara ho dificulta més. És creïble un diagnòstic abans dels 24 mesos? Sembla que la manca d'estabilitat en la manifestació dels símptomes durant els primers mesos del desenvolupament i els problemes que planteja el diagnòstic diferencial no permeten garantir amb certesa un diagnòstic d'autisme fiable abans dels dos anys de vida.

¹ Traduït de l'original en francès per Aurèlia Manils.

² Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société.

³ Centre national de la recherche scientifique.

⁴ Institut national de la santé et de la recherche médicale.

⁵ École des hautes études en sciences sociales.

L'ampliació constant dels criteris diagnòstics de l'autisme, la detecció precoç i el canvi que significa classificar com a TEA el que abans pertanyia als àmbits de la discapacitat intel·lectual (DI), del trastorn del llenguatge, de la fòbia social o del trastorn d'ansietat compliquen l'obtenció de dades epidemiològiques sòlides. La inexistència de marcadors o de proves biològics que puguin contribuir al diagnòstic, sumada a les dificultats metodològiques específiques de l'epidemiologia de l'autisme provoquen una variabilitat molt gran en les dades de prevalença. Les variacions segons els criteris diagnòstics, els gràfics d'anàlisi, el mostratge, la consideració dels riscos de comorbiditat o d'errors de diagnòstic, les polítiques de cribatge i del sistema de salut propi de cada país o regió també són factors que influeixen en la producció de dades (Ponnou et al., 2025).

Més enllà de les fluctuacions en la prevalença, el gruix dels estudis indica un augment general dels diagnòstics d'autisme, tant si aquesta evolució és fruit d'una millor conscienciació política i social dels TEA com de l'ampliació dels criteris diagnòstics o del traspàs de determinats diagnòstics (DI, trastorns del llenguatge, etc.) cap a la categoria dels TEA. Una altra dificultat té a veure amb la variabilitat entre sexes. Segons el DSM-5 i les publicacions disponibles, es diagnostiquen quatre vegades més TEA en nens que en nenes. Tanmateix, alguns estudis recents i alguns testimonis indiquen que els diagnòstics femenins podrien estar subestimats (Rivet i Matson, 2011). Hi ha menys diagnòstics, i són més tardans, en les nenes que en els nens perquè les formes d'autisme són menys greus. Algunes hipòtesis formulades per explicar aquest fenomen són que les nenes autistes tendeixen a desenvolupar estratègies d'imitació social, de camuflatge, per tal d'ocultar les seves dificultats, que presenten menys problemes de conducta i que els seus centres d'interès són més comuns amb els d'altres infants que els dels nens autistes.

2A: ETIOLOGIES GENÈTIQUES I NEUROBIOLÒGIQUES DE L'AUTISME: MANCA DE RESULTATS FIABLES

Abans de l'èxit de les teories genètiques i neurobiològiques de l'autisme, les que dominaven el terreny de l'autisme eren les teories psicoanalítiques. Aquests conceptes, centrats sovint en les interaccions entre la

mare i el fill i en la responsabilitat dels progenitors, van ser criticats i rebutjats per les associacions de pares i van generar conflictes entre professionals i psicòlegs conductuals.

Nombroses publicacions van posar l'accent en els orígens genètics i neurobiològics de l'autisme; però, tot i les importants inversions econòmiques al llarg de trenta anys, les anomalies genètiques identificades només afecten alguns casos aïllats i, malgrat els diversos treballs en neurociències per detectar anomalies cerebrals que fossin comunes en els autistes, les conclusions no permeten gaire entusiasme (Chamak, 2025a).

L'heretabilitat genètica de l'autisme és moderada

S'han identificat diversos centenars de gens que predisposen a l'autisme. Estan implicats principalment en la neurotransmissió, la formació de sinapsis i, de manera més general, en el desenvolupament del sistema nerviós central; ara bé, tot i que aquestes variants genètiques augmenten el risc de presentar alguns signes autistes, no comporten necessàriament l'aparició d'una forma d'autisme. El projecte Paris Autism Research International Sibpair Study (l'estudi París), que es va iniciar el 1992 i es va estendre durant la dècada del 2000 amb la col·laboració de la professora Marion Leboyer i del professor Christopher Gillberg, pretenia posar en pràctica els estudis genètics amb la implicació del màxim nombre possible de persones autistes i dels seus familiars a França i Suècia. Gràcies a aquests esforços científics i econòmics es van poder identificar noves anomalies, però sempre en casos poc comuns. L'any 2003 es van identificar els gens de la neuroligina 3 i la neuroligina 4, associats amb l'autisme, només en dues famílies (Jamain et al., 2003). En aquell moment, alguns mitjans van publicar titulars com ara: «Un equip del Pasteur troba el gen de l'autisme» i molts pares i mares van recórrer a anàlisis genètiques que es venien per Internet per cercar aquestes mutacions. Tanmateix, les mutacions de les neuroligines són poc freqüents i no són específiques de l'autisme, ja que poden estar associades amb retard mental sense autisme (Laumonnier et al., 2004), cosa que els autors de l'article no precisaven.

L'any 2006, es van detectar alteracions del cromosoma 22q13 en tres famílies, per part del mateix equip d'investigadors, i es van

identificar mutacions del gen SHANK3 (Durand et al., 2007). Ara bé, en aquests casos, els resultats tampoc no són específics de l'autisme. L'any 2003, els investigadors d'un equip americà sobre la síndrome de deleció 22q13 (o síndrome de Phelan McDermid) ja havien identificat una alteració del gen SHANK3 i el paper que tenia en l'aparició de signes neurològics, tot i que no necessàriament associats amb l'autisme (Wilson et al., 2003). Cal destacar que els autors de la publicació del 2006 no feien referència a aquest article.

Els primers resultats obtinguts en estudis de parelles de bessons durant les dècades de 1970 i 1980 van servir per afirmar que l'autisme tenia un origen majoritàriament genètic, però aquells estudis mostren nombrosos biaixos metodològics, aproximacions errònies i problemes d'interpretació, a més de subestimar els riscos lligats a la perinatalitat (Chamak, 2010). En un estudi californià amb un nombre molt més considerable de bessons (192 parelles de bessons) es va trobar que l'heretabilitat genètica de l'autisme era moderada (entre el 37 % i el 38 %) i que tenia importància l'entorn compartit (Hallmayer et al., 2011).

Els riscos lligats a la perinatalitat s'han passat per alt durant molt de temps. N'hi pot haver de limitats o de predominants, com en el cas d'exposició a l'àcid valproic o a la rubèola. Les infeccions víriques de la mare durant el primer trimestre i les bacterianes, també de la mare, en el decurs del segon trimestre s'han relacionat amb el diagnòstic d'autisme (Atladóttir et al., 2010). Les infeccions o la hipòxia durant l'embaràs, el part o, més endavant, durant la infància, la vulnerabilitat genètica i els problemes metabòlics també són factors susceptibles de desencadenar l'aparició de símptomes autístics. Totes les alteracions del desenvolupament d'origen infecciós, tòxic o traumàtic que afecten l'embrió o l'infant de poca edat, ja sigui durant l'embaràs, el part o els primers anys de vida, poden comportar l'aparició d'un quadre autista.

Això s'ha demostrat en alguns casos familiars d'autisme, tot i que només representen un percentatge baix del total de casos d'autisme (del 10 % al 15 %) (Chamak, 2010). S'han identificat mutacions genètiques *de novo* (mutacions que apareixen en una persona, sense que els progenitors les tinguin ni formin part del seu patrimoni genètic). Tanmateix, la

mutació d'un gen no condiciona sistemàticament l'aparició d'una anomalia, ja que el que té importància és l'expressió dels gens, i aquesta es pot veure afectada per nombrosos factors (Giacobino i Ansermet, 2012). Una mateixa mutació pot generar un infant sense cap anomalia concreta, un infant autista, un infant amb síndrome d'Asperger o un infant amb bones capacitats, cosa que qüestiona l'ús abusiu de les proves de cribratge genètic.

Absència d'un model d'anomalia cerebral de l'autisme

En un estudi d'imatges cerebrals en què van participar un nombre considerable de persones (mil participants de 6 a 65 anys, 500 dels quals amb autisme i 500 sense) es van demostrar estadísticament volums ventriculars més grans, cossos callosos més petits i zones corticals més denses en un percentatge més alt dins el grup de les persones autistes, tot i que no s'hi van trobar les anomalies descrites en estudis anteriors

en el cerebel i l'amígdala (Haar et al., 2016). Les anomalies, quan n'hi havia, només es van identificar en alguns subjectes. L'estudi de Boddaert et al. (2009) en què van participar 77 infants amb autisme no sindròmic va notificar anomalies en la RMN (ressonància magnètica) en un 48 %.

En imatge funcional, s'ha identificat una menor activació del còrtex temporal durant les tasques que impliquen reconeixement de cares, amb activació de zones implicades normalment en el reconeixement d'objectes (Crichley et al., 2000). Tanmateix, aquests estudis d'imatge funcional s'han dut a terme amb un nombre reduït d'adults amb llenguatge. D'altra banda, es van evidenciar anomalies en l'activació de les regions temporals esquerreres durant l'audició de la veu en cinc adults autistes amb llenguatge i en vuit adults no autistes (Gervais et al., 2004). En quatre dels cinc adults autistes, els autors de l'article no van observar cap activació específica del lòbul temporal superior. Aquestes recerques amb imatge

amb imatge funcional permeten il·lustrar que la manera de tractar la informació és diferent en algunes persones autistes, però no aporten res sobre els orígens etiològics de l'autisme.

Malgrat els múltiples treballs en neurociències adreçats a detectar anomalies cerebrals comunes, les conclusions són dubtoses. Només s'identifiquen anomalies, quan n'hi ha, en alguns subjectes. En la majoria dels casos, el que varia és la connectivitat neuronal. La teoria més estesa parla d'hiperconnectivitat neuronal dins d'una mateixa regió (per exemple, l'hipocamp) i d'hipoconnectivitat entre determinades regions del cervell (Venkataraman et al., 2015). Això explicaria tant l'existència de determinades capacitats extraordinàries (de memòria, per exemple) com d'una visió detallada i d'un problema de coherència central (dificultats per tractar diferents informacions perceptives i extreure'n un sentit global).

Finalment, Waterhouse, London i Gillberg (2016) van concloure que no existeix un model d'anomalia cerebral de l'autisme que s'hagi replicat i que, per tant, cap model dels existents actualment no aporta validesa neurobiològica als TEA.

3A: PROMOCIÓ DE MÈTODES EDUCATIUS I CONDUCTUALS

Durant molt de temps, els abordatges psicoanalítics van predominar en l'àmbit de l'autisme. Aquests impliquen diferents professionals i una varietat d'intervencions (terapèutiques, educatives, esportives, culturals) que, tal com es descriuen, se centren en cercar el significat darrere dels símptomes per contribuir a millorar el coneixement de la vida mental dels subjectes i facilitar un abordatge terapèutic més adaptat a cada persona. Aquests mètodes, però, han estat àmpliament criticats per associacions de famílies que denuncien la manca d'aprenentatge escolar i l'exclusió dels pares i mares. La lògica de l'empoderament va dur alguns progenitors a implicar-se en l'àmbit associatiu per obtenir avantatges de l'administració pública en forma de finançament i de consideració de les seves dificultats. El desenvolupament d'un lobbisme associatiu, que va contribuir a modelar les representacions i les polítiques públiques en matèria d'autisme, ja ha estat destapat (Chamak, 2019b). L'administració pública va prendre el relleu en el discurs de les famílies, va afavorir la inclusió escolar i va recomanar teràpies cognitiu-conductuals.



La cobertura mediàtica al voltant de la genètica i la neurociència en l'àmbit de l'autisme és desproporcionada. Els resultats són molt lluny d'oferir claus que ajudin a entendre millor i acompanyar els infants autistes.

Des de finals de la dècada de 1960 es van desenvolupar diverses tècniques educatives i terapèutiques per ajudar els infants autistes a adquirir competències i capacitats de relació. Històricament, l'abordatge Teacch (*Treatment and Education of Autistic and Communication related handicapped Children*), concebut l'any 1966 per Eric Schopler, havia transformat les intervencions en autisme implantant un enfocament educatiu i conductual que prioritzava les competències emergents de l'infant i afavoria la col·laboració amb els progenitors, al voltant d'un programa individualitzat.

Tanmateix, va ser l'abordatge ABA (*Applied Behavioral Analysis*) el que es va acabar imposant. La publicació, l'any 1987, d'Ivar Lovaas⁶ va tenir un impacte sense precedents en les associacions de pares i mares, que reclamaven la generalització d'aquest mètode educatiu i conductual intensiu⁷ un cop es van assabentar dels resultats de l'estudi: es descrivia que nou infants d'un grup de dinou havien "*assolit un desenvolupament intel·lectual normal i un funcionament educatiu normal, amb un QI normal*". Tot i que, l'any 1993, l'equip de Lovaas va reavaluar a la baixa aquests resultats atès que, a la llarga, un dels nou infants que havia evolucionat millor es va incorporar a una línia d'educació especial (McEachin et al., 1993). Pel que fa als infants autistes de 4 anys amb «retard mental profund», els resultats no van ser concrets després d'un tractament ABA de 30 hores setmanals durant dos anys (Smith i Lovaas, 1997). Tanmateix, l'única publicació citada regularment per les associacions de pares i mares i l'administració pública va ser la de 1987, sense tenir en compte publicacions posteriors que il·lustren els límits d'aquest abordatge.

Entre els dos extrems de l'espectre autista, els perfils varien considerablement. La temptació de seleccionar és gran, com també ho és el risc de biaixos metodològics (Matson et al., 2014). S'observen importants variacions interindividuals en els perfils de progressió. L'anàlisi del progrés al cap de 3 anys de 208 infants de 5 anys va permetre identificar dos grups: un en què la gravetat dels símptomes havia disminuït i un altre que havia evolucionat de manera menys favorable, independentment de les intervencions (Darrou et al., 2010).

L'examen atent dels estudis citats pels defensors dels mètodes conductuals intensius posa de manifest uns biaixos importants: la major part dels estudis es van fer amb petits efectius, a curt termini i amb infants molt petits (Chamak, 2015). Una metaanàlisi duta a terme l'any 2011 va qüestionar les afirmacions sobre l'eficàcia dels mètodes conductuals intensius precoços, en considerar que es fonamentaven en estudis inicials metodològicament febles, que s'havia seleccionat infants amb afectacions menys greus i que no s'havien avaluat els resultats a llarg termini (Warren et al., 2011).

Malgrat això, el 8 de març de 2012, l'Alta Autoritat de Salut⁸ publicava un seguit de recomanacions de bona pràctica sobre les intervencions educatives i terapèutiques dels infants i adolescents amb autisme (HAS, 2012) i, entre les de base presumptament científica, hi havia el mètode conductual ABA. Per la mateixa època, la guia de recomanacions britàniques del National Institute for Health and Care Excellence (Nice, 2013), en comptes d'un mètode únic, proposava i defensava un conjunt d'intervencions coordinades: l'accés als serveis de salut, inclosos els de salut mental, l'accés als serveis socials i l'ajuda a les famílies. Es tractava, igualment, d'adaptar l'entorn físic i social (facilitar suports visuals per afavorir la comprensió, assegurar un mínim d'espai, tenir en compte les particularitats sensorials individuals), de proporcionar intervencions psicosocials a càrrec d'equips multidisciplinaris que permetessin aplicar estratègies basades en el joc amb els progenitors i els mestres per potenciar l'atenció conjunta i la comunicació, d'avançar-se als problemes de conducta tractant el dolor físic i les qüestions de salut mental associades (ansietat, depressió, hiperactivitat, etc.), tot garantint una bona comprensió de les situacions, evitant els canvis de rutina o preparant-los, afavorint les activitats de lleure i prevenint els abusos contra els infants o els adults.

Més recentment, l'informe d'avaluació al cap de 6 anys, publicat pel Departament de Defensa dels Estats Units (2021), arribava a la conclusió que el cost de l'ABA era massa alt per uns resultats tan decebedors, ja que en el 43 % dels infants no s'havia observat cap millora dels símptomes, i en alguns casos fins i

tot hi havia un empitjorament. A més, en aquest informe es denunciaven casos de frau, malbaratament i abusos comesos pels proveïdors de serveis ABA, i també de factures i pagaments indeguts d'aquests serveis. D'altra banda, en una publicació es parlava d'augment dels símptomes d'estrès posttraumàtic en les persones autistes que havien viscut l'experiència de l'ABA durant la infància (Kupferstein, 2018). Una metaanàlisi amb 252 estudis d'avaluació d'intervencions en autisme (assajos controlats aleatoritzats) ha mostrat darrerament que, tot i que els mètodes conductuals milloren la percepció dels cuidadors sobre el comportament difícil, els avantatges potencials no es poden establir amb certesa, ja que els investigadors no verificaven ni notificaven els esdeveniments adversos (Sandbank et al., 2023).

Dels efectes adversos de l'ABA en tenim el testimoni d'alguns progenitors, com la quebequesa Johanne Leduc, mare de dos infants autistes que lamenta amb tristesa haver recorregut durant quatre anys als mètodes conductuals per al seu fill gran, que s'autolesionava (cops de cap) després de les intervencions d'ABA i que no en va obtenir cap benefici, ja que en l'edat adulta continua no verbal i presenta signes importants d'ansietat (Leduc, 2012 i 2022).

Des del 2004, Michelle Dawson, una persona autista que viu al Quebec, denuncia les males pràctiques conductuals (Dawson, 2004) i diverses associacions de persones autistes consideren que l'ABA és una teràpia abusiva i poc ètica⁹.

Com els abordatges psicoanalítics, els mètodes educatius i conductuals també han d'evolucionar per adaptar-se millor a les necessitats dels infants i dels pares i mares, però les intervencions són molt diferents segons els terapeutes i els educadors. També poden variar segons la gravetat dels símptomes dels infants i dels adolescents. D'altra banda, tot i que un informe de l'IGAS (2018) considerava que els centres d'acció medicosocial precoç, els centres medicopsicopedagògics i els centres medicopsicològics infantils i juvenils «*ofereixen als infants i adolescents el suport essencial per accedir a les cures*», els mateixos autors de

⁶ Lovaas O.I. (1987) Behavioral treatment and normal education and intellectual functioning in young autistic children. *J. Consult. Clin. Psychol.* 55, 3-9.

⁷ Aquest mètode es caracteritza per un seguit de proves repetides i separades en infants de menys de 5 anys, 40 hores per setmana, amb un infant per cada facilitador que practica condicionaments i reforços adreçats a modificar les conductes.

⁸ A França.

⁹ Així, CLE Autistes (Col·lectiu per la Llibertat d'Expressió dels Autistes) publica en el seu lloc web un argumentari contra els mètodes conductuals: <https://cle-autistes.fr/ressources/interventions-therapies/>

l'informe constataren que aquests centres «s'enfronten a l'augment constant de la demanda de cures. Un augment que es produeix mentre les pressions sobre el personal amenacen la viabilitat d'aquests centres». L'administració exerceix una forta pressió sobre el personal per imposar-hi la generalització dels abordatges cognitivoconductuals.

CONCLUSIÓ

Ja fa uns anys que les comunicacions sobre l'èxit dels mètodes cognitiu-conductuals per tractar l'autisme envaeixen l'espai mediàtic, però els resultats a llarg termini no estan a l'alçada de les expectatives. La promoció d'aquests mètodes i la preeminència de la recerca en genètica i en neurociència han guiat les polítiques públiques, amb la consegüent desinversió pel que fa a l'acompanyament mèdic, social i psicoafectiu dels infants, els adolescents i els adults. La manca de llocs d'acompanyament i d'acollida, la saturació de l'oferta, l'evitació de les situacions més complexes i les desigualtats socials i territorials no fan pensar que la situació de les famílies pugui millorar, malgrat l'important finançament que es dedica als successius plans sobre l'autisme.

De manera paral·lela a l'augment exponencial de les publicacions sobre l'autisme, s'han multiplicat els mercats de l'autisme, sobretot en l'àmbit de les intervencions. Tanmateix, el testimoni de nombrosos pares i mares d'infants autistes parla d'estrès, de fatiga, de conflictes professionals i familiars, de la despesa de temps i d'energia, de la recerca d'informació i de serveis, i tot plegat subratlla la manca de cures i d'acompanyament (Chamak i Bonniau, 2018; Chamak, 2019a).

La cobertura mediàtica al voltant de la genètica i la neurociència en l'àmbit de l'autisme és desproporcionada. Els resultats són molt lluny d'oferir claus que ajudin a entendre millor i acompanyar els infants autistes. Els interessos de determinats investigadors (genetistes, investigadors en ciències cognitives, neurocientífics) i dels psicòlegs conductuals formen part d'aquesta visió esbiaixada sobre l'aportació de la genètica, les neurociències i l'abordatge ABA. La Fondation Fondamental, creada el 2007, ha exercit un paper lobbista a l'hora

de guiar la recerca, adoptar la terminologia dels TND i orientar cap al diagnòstic, la investigació i la recomanació d'intervencions educatives i conductuals. Aquesta fundació se centra més en la recerca que en els pacients, als quals utilitza com a proveïdors de dades. La seva retòrica prometedora influeix en les polítiques públiques, però no permet millorar el seguiment dels infants autistes ni la vida de les famílies (Chamak, 2025a; Gonon, 2024 i 2025).

BIBLIOGRAFIA

Atladóttir, H. O., et al. (2010). Maternal infection requiring hospitalization during pregnancy and autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1423–1430.

Boddaert, N., et al. (2009). MRI findings in 77 children with non-syndromic autistic disorder. *PLOS One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0004415>

Chamak, B. (2010). L'autisme: surestimation des origines génétiques. *Médecine/Sciences*, 26, 659–662.

Chamak, B. (2015). Interventions en autisme: évaluations et questionnement. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(4), 297–301.

Chamak, B. (2019a). L'autisme à Marseille nord: inégalités territoriales, précarité et pénurie de services publics. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 67, 304–310.

Chamak, B. (2019b). Lobbying associatif: l'exemple de l'autisme. *Revue Médecine et Philosophie*, 1, 26–31.

Chamak, B. (2021). *Controverses sur l'autisme. Décrypter pour dépasser les antagonismes*. Toulouse: Éditions érès.

Chamak, B. (2025a). Relativiser les interprétations étiologiques génétiques et neurobiologiques de l'autisme. A S. Ponnou (Dir.), *À l'écoute des enfants autistes. Le pari de la psychanalyse* (pp. 77–89). Champ social éditions.

Chamak, B. (2025b). Remise en question des approches comportementales de l'autisme. A S. Ponnou (Dir.), *À l'écoute des enfants autistes. Le pari de la psychanalyse* (pp. 135–148). Champ social éditions.

Chamak, B. i Bonniau, B. (2018). «Mon fils, c'est ma petite entreprise!» Les parcours des enfants autistes entre carence de soins et inégalités sociales en Seine-Saint-Denis. *Anthropologie et Santé*. <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/3395>

Dana, J. i Loewenstein, G. (2003). A social science perspective on gifts to physicians from industry. *JAMA*, 290(2), 252–255.

Darrou, C., Pry, R., Pernon, E., Michelon, C., Aussilloux, C. i Baghdadli, A. (2010). Outcome of young children with autism. *Autism*, 14(6), 663–677.

Dawson, M. (2004). *The misbehavior of behaviourists: Ethical challenges to the Autism-ABA industry*. https://www.sentex.ca/~nexu23/naa_aba.html

Département Américain de la Défense. (2021). *Annual report on Autism Care Demonstration program*.

Durand, C. M., Betancour, C., Boeckers, T. M., et al. (2007). Mutations in the gene encoding the synaptic scaffolding protein SHANK3 are associated with autism spectrum disorders. *Nature Genetics*, 39, 25–27.

Gervais, H., et al. (2004). Abnormal cortical voice processing in autism. *Nature Neuroscience*, 7, 801–802.

Giacobino, A. i Ansermet, F. (2012). *Autisme: à chacun son génome*. Paris: Navarin / Le Champ freudien.

Gonon, F. (2024). *Neurosciences, un discours néolibéral : psychiatrie, éducation, inégalités*. Champ social éditions.

Gonon, F., Konsman, J.-P. i Boraud, T. (2014). Neurosciences et médiatisation : entre argument de la preuve et rhétorique de la promesse. A B. Chamak i B. Moutaud (Dirs.), *Neurosciences et société: Enjeux des savoirs et pratiques sur le cerveau*. Paris: Armand Colin.

Gonon, F., et al. (2025). Advocacy by nonprofit scientific institutions needs to be evidence-based: A case study. *SSM – Mental Health*, 7. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666560325000763>

- Haar, S., et al.** (2016). Anatomical abnormalities in autism? *Cerebral Cortex*, 4, 1440–1452.
- Hallmayer, J., et al.** (2011). Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. *Archives of General Psychiatry*, 68(11), 1095–1102.
- Haute Autorité de Santé.** (2012). Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent. Recommandations, mars 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/recommandations_autisme_ted_enfant_adolescent_interventions.pdf
- Jamain, S., et al.** (2003). Mutations of the X-linked genes encoding neuroligins NLGN3 and NLGN4 are associated with autism. *Nature Genetics*, 34, 27–29.
- Kupferstein, H.** (2018). Evidence of increased PTSD symptoms in autistics exposed to applied behavior analysis. *Advances in Autism*, 4(1), 19–29.
- Laumonnier, F., Bonnet-Brilhaut, F., Gomot, M., et al.** (2004). X-linked mental retardation and autism are associated with a mutation in the NLGN4 gene, a member of the neuroligin family. *American Journal of Human Genetics*, 74, 552–557.
- Leduc, J.** (2012). *La souffrance des envahis*. Montréal: Béliveau.
- Leduc, J.** (2022). *L'ombre de l'ignorance*. Montréal: Le Cailus du livre, inc.
- Matson, J., Goldin, R. i Matson, M.** (2014). Who and how are children selected for early autism intervention. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8, 93–98.
- McEachin, J., Smith, T. i Lovaas, I.** (1993). Long term outcome for children with autism who received early intensive behavioural treatment. *American Journal of Mental Retardation*, 97, 359–372.
- Moynihan, R.** (2008). Key opinion leaders: independent experts or drug representatives in disguise? *British Medical Journal*, 336, 1402–1403.
- Ponnou, S., Briffault, X., Aragno, V., Thomé, B. i Chamak, B.** (2025). Prévalence des diagnostics d'autisme via le système national de données de santé. Analyse rétrospective de cohorte sur la période 2010–2022. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* (à paraître).
- Rapport IGAS.** (2018). *Mission relative à l'évaluation des CAMSP, CMPP et CMP-II*. Septembre 2018. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-005R_version_sept.pdf
- Rivet, T. i Matson, J.** (2011). Review of gender differences in core symptomatology in autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 957–976.
- Sandbank, M., et al.** (2023). Autism intervention meta-analysis of early childhood studies (Project AIM): Updated systematic review and secondary analysis. *BMJ*, 383, e076733.
- Smith, T. i Lovaas, I.** (1997). The UCLA young autism project: A reply to Gresham and MacMillan. *Behavioral Disorders*, 22, 202–218.
- Venkataraman, A., Duncan, J. S., Yang, D. i Pelphrey, K.** (2015). An unbiased Bayesian approach to functional connectomics implicates social-communication networks in autism. *NeuroImage: Clinical*, 8, 356–368.
- Warren, Z., McPheeters, M., Sathe, N., Foss-Feig, J., Glasser, A. i Veenstra-VanderWeele, J.** (2011). A systematic review of early intensive intervention for autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 127, e1303–e1311.
- Waterhouse, L., London, E. i Gillberg, C.** (2016). ASD validity. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 3, 302–329.
- Wilson, H. L., Wong, A. C. C., Shaw, S. R., Tse, W.-Y., Stapleton, G. A., Phelan, M. C., Hu, S., Marshall, J. i McDermid, H. E.** (2003). Molecular characterisation of the 22q13 deletion syndrome supports the role of haploinsufficiency of SHANK3/PROSAP2 in the major neurological symptoms. *Journal of Medical Genetics*, 40, 575–584.

El mètode d'observació de nadons aplicat a infants amb autisme a una institució



– Andrea Podzamczar Michalewicz –

Psicòloga Sanitària. Psicoanalista Coordinadora de l'Equip Clínic del CEE Vil·la Joana de Barcelona. Sant Joan Despí

El terme observació ha estat molt utilitzat en diversos àmbits i ha quedat sovint poc definit. Segons el Gran Diccionari de la Llengua Catalana, l'observació és *"l'acció d'observar"* i distingeix diferents tipus d'observació, segons l'àmbit o context on s'utilitza (per exemple: filosofia, ciències militars, nàutica...). Observar es defineix com: *"Mirar alguna cosa o a algú amb molta atenció i deteniment per adquirir algun coneixement sobre el seu comportament o les seves característiques"*. Però què és l'observació clínica? L'observació clínica és un instrument de diagnòstic mèdic fonamental, no només per l'aclariment diagnòstic, terapèutic i pronòstic, sinó també per la seva utilització en sistemes preventius i rehabilitadors. Està en el fonament del mètode clínic, és un aspecte essencial i de gran rellevància per obtenir informació sobre aspectes vitals que permeten establir el diagnòstic acurat i decidir el tractament més adequat en cada cas.

I per anar entrant en una manera particular d'observar clínicament, crec important conèixer qui era Esther Bick i d'on parteix el seu mètode.

ESTHER BICK: TEORIA I MÈTODE

L'Esther Bick (1902 a Przemyśl, Polònia - 1983 a Londres) era una psicoanalista que va tenir una infància i una adolescència difícils ja que va passar els primers anys lluny de la seva mare i va patir molts canvis de domicili i de cuidadors; va patir la pèrdua de successius

membres de la seva família, l'annexió d'Àustria a l'Alemanya nazi, l'*Anschluss*, la ruptura del seu matrimoni, la Segona Guerra Mundial, l'Holocaust... Probablement, va anar processant totes aquestes vivències i les va anar sublimant amb la dedicació a l'observació i l'exploració de les relacions dels nadons i infants amb el món que els envolta. Va estudiar psicologia infantil a la Universitat de Viena i va fer la formació psicoanalítica a Manchester i Londres, on va realitzar la seva anàlisi personal amb Michael Balint (1896-1970), i va supervisar amb James Strachey (1887-1967), Hedwig Hoffer (1888-1961) i Melanie Klein (1882-1960).

Bick (1968) va treballar profundament l'observació dins de la teoria psicoanalítica, diferenciant-se de l'observació "objectiva", donant pes a les emocions de l'observador (contratransferència) com a una eina més per a connectar amb l'inconscient del subjecte observat (el nadó). A partir d'aquí, construeix tot un mètode, l'any 1948, dos anys després de començar a treballar amb Bowlby (1907-1990) a la Clínica Tavistock de Londres. I el 1960 aquest mètode és afegit al pla d'estudis de l'Institut de Psicoanàlisi de Londres.

Alguns anys més tard, Núria Abelló i Manuel Pérez Sánchez introdueixen aquesta tècnica al nostre país, després de supervisar amb Esther Bick a Londres. Més endavant, Núria Abelló va coordinar un seminari de tres anys (1991-1994), adaptant el mètode d'observació de nadons d'Esther Bick a institucions amb infants autistes amb professionals del Centre Carilet (amb la par-

ticipació de Vicky Subirana, Lúcia Viloca i Balbina Alcácer) i el Centre Terapèutic Bellaire (amb la participació de Dolors Cid i Josep M^a Brun).

El mètode d'observació de bebès consisteix en observar un lactant durant una hora setmanal (sempre la mateixa) els seus dos primers anys de vida en el seu entorn familiar. Consta de tres fases: la primera és l'observació del lactant, la segona és el registre de l'observació i la tercera, l'anàlisi i discussió grupal sobre l'observació. *"L'observació inclou allò observat, els sentiments, pensaments i associacions de l'observador. És indispensable que aquest últim desenvolupi quelcom semblant a l'atenció flotant de la psicoanàlisi, és a dir, que mantingui una atenció equilibrada sense privilegiar una escena observada en detriment d'una altra"* (Izzedin-Bouquet, 2009). El registre no es fa durant l'observació, per tal de no distreure's del què va succeint, i cal fer-lo just després de la sessió o a les següents dotze hores màxim per tal de que aquest sigui el més acurat possible. I en quant a la discussió grupal requereix d'una trobada setmanal amb *"un grup d'observadors i un coordinador per llegir i discutir les observacions de cadascú i, d'aquesta manera, anar construint els patrons de comportament significatius"* (Izzedin-Bouquet, 2009). Cal dir que, tot i que es diu mètode d'observació de bebès, en realitat l'observació acaba sent del **vincl** **mare-fill**, de la relació que es crea entre ambdós i on acaba incidint és precisament en aquest punt.

A partir de les observacions de nadons, Bick elabora una sèrie de conceptes teòrics que complementen la teoria kleiniana i ajuden a comprendre la construcció de l'aparell psíquic i el funcionament de la patologia mental greu.

Ens parla de la **funció pell** en les relacions d'objecte primerenques, la necessitat de la **funció contenidora** (i de *rêverie* de la mare-funció materna) per tal d'anar construint la capacitat d'unir les diferents parts de la personalitat, ja que de forma espontània o innata no succeeix. Bick (1968) ens diu que, per anar construint aquesta funció contenidora, l'objecte òptim és *"el mugró del pit matern dins la boca, juntament amb la mare que sosté el nadó, li parla i de la qual emana una olor familiar"*. Així es van afegint els diferents sentits i a poc a poc, olor, tacte, visió, sons i sabors es van integrant. El nadó introjecta un objecte extern (per exemple, aquest objecte òptim del què ens parlava) per tal de construir l'objecte intern i la identificació amb aquest donarà lloc a la funció interna, la diferenciació entre allò intern/allò extern i la capacitat de contenció i d'integració mental. En altres paraules: la repetició de l'experiència plaent en les cures, la presència i absència de la mare, en una distància propera, però no invasiva (la mare suficientment bona, segons Winnicott), serà l'objecte extern amb el què identificar-se per tal d'anar generant un objecte intern que calmi i contingui. En aquest procés, Anzieu (2002) ja ens parlava del concepte del Jo-pell i Pérez i Fernández-Miranda (2020) ens ho expliquen: *"La metàfora del Jo-pell es compon del jo corporal i d'un jo psíquic incipient. El primer Jo és corporal, sensorial i, sobre aquest, s'estructurarà un Jo psíquic que permetrà accedir a la identitat, al sentit de si mateix i a la realitat"*.

Quan aquest procés no succeeix, pot aparèixer la necessitat de crear-se una **"segona pell"**, una mena de pseudo-independència (o, millor dit, una autosuficiència) com una manera de substituir la capacitat de contenció. Quan l'infant queda atrapat, per exemple, buscant la sensació a través d'un estímul (com una llum o un moviment repetitiu), es genera aquesta segona pell, quelcom que el protegeix de la no integració, però que el desconnecta de l'altre i l'aïlla, com passa amb els infants amb autisme o amb d'altres trastorns mentals greus.

APLICACIÓ DE L'OBSERVACIÓ EN INFANTS AMB PATOLOGIA MENTAL GREU

Quan es tracta d'infants i adolescents amb patologia mental greu, que sovint tenen poc llenguatge, molta actuació i una lògica particular, l'observació clínica és fonamental per tal de comprendre què els passa, què fan i poder ajustar la nostra intervenció. En qualsevol infant o adolescent (de fet, en qualsevol persona) hi ha dos missatges en la seva actuació o verbalització: l'explícita (allò conscient) i la implícita (allò més inconscient). Quant més neuròtic sigui el funcionament, més distància tendeix a haver-hi entre allò implícit i allò explícit; doncs la repressió actua. Quan parlem d'infants amb patologia mental greu, no hi ha (o hi ha poca) repressió i, per tant, aquesta distància disminueix o directament no hi és. Sovint fan o diuen coses "incomprendibles" des del nostre pensament neuròtic i hem de buscar maneres d'entendre (i alhora d'acceptar que no sempre podrem fer-ho); prendre distància i observar pot ajudar en aquest sentit.

D'una banda, ens desangoixarà als professionals que treballem amb ells ja que augmentarà la nostra comprensió sobre la situació concreta del moment i sobre el funcionament de l'infant en general. I de l'altra, com veurem més endavant, podrà tenir un efecte terapèutic sobre ell mateix. Com deia Bleger (1962), en l'observació de lactants la presència de l'observador ja determina canvis per si mateix.

No és fàcil entendre què fan o diuen i, sobretot, entendre el per què en els infants amb autisme o psicosis. Ens trobem moltes vegades davant d'uns comportaments peculiars, infants totalment "hipnotitzats" per una llum o fent voltes sobre si mateixos o generant cert moviment rítmic sense fi. Són escenes que poden fer-nos desconnectar, doncs el que projecten aquests infants és una terrible buidor, o angoixar-nos, sigui per la mateixa buidor o pel gran malestar que de vegades procuren tapar. Com ens recorda Pérez Sánchez, *"segons Bion, quan dues persones entren en contacte es genera una tempesta emotiva"* i els infants amb autisme procuren tapar o buidar d'afectes precisament aquest encontre. Com poder treballar amb ells per a generar-lo? Aquest és un dels majors reptes amb aquests infants. L'observació clí-

nica en aquest sentit ajuda tant a **connectar-nos amb l'infant** com alhora prendre suficient distància com per no angoixar-nos ni angoixar-los excessivament i poder treballar tant **la comprensió sobre el cas** com **la trobada entre els dos**. Una posició activa, però no invasiva.

Quan l'observador pot analitzar no només el que veu i mira, sinó també el que sent, pot arribar a connectar directament amb l'inconscient de l'infant i la seva mirada es torna **sostenidora i contenidora**, generant un **efecte terapèutic** directe en l'infant.

Posaré alguns exemples del possible ús de les observacions i dels efectes beneficiosos que pot tenir en el treball institucional amb infants amb autisme, des d'observacions puntuals, normalment a demanda de la tutora o terapeuta, fins a observacions sistematitzades i enquadrades.

"L'A. és un alumne de 9 anys, amb autisme, sense llenguatge i amb un moviment continu de tot el seu cos que recorda als titelles de fil. En una observació realitzada a l'hora del pati es pot veure com busca activament la mirada de la seva tutora, sense paraules, amb gestos i mirades subtils, però suficientment explícites per a ser captades per l'observadora. La tutora, totalment aliena al reclam de l'A., es dirigeix cap a un altre alumne i és en aquest moment que l'A. passa corrents prop d'ella, "deixant caure" el braç sobre la cara d'ella, propinant-li un cop que, en aparença podria semblar no intencionat. Quan ella fa un crit de queixa, l'A. somriu i s'allunya".

Analitzant l'observació a posteriori, vam poder entendre la demanda que l'A. feia a la seva tutora i el fet de poder atribuir intenció i, per tant, voluntat al seu acte, va permetre treballar la mirada de la tutora cap a ell; el podia veure com algú amb unes emocions que el movien a fer quelcom: construir subjecte. Meltzer (1975) ja parlava d'aquesta qüestió: *"sembla més que possible que, en descriure la funció continent-contingut (Bion) i la funció pell-continet (Bick), aquests dos autors hagin fet una profunda incursió en el problema, important i misteriós, de la força del jo (i de la construcció d'aquest jo)"*. Com deia Winnicott (1962), no hi ha subjecte fins que no hi ha un jo: *"existeix un jo des del principi? La resposta és que el principi està*

en el moment en què comença el jo". D'aquí la importància de que la tutora el comenci a mirar com un "jo constituït" o, si més no, en construcció.

"En R. es mostra sovint desconnectat, fent girar objectes de manera compulsiva, però de vegades permet a l'adult acostar-s'hi i d'altres se sent molt envaït i manifesta un gran malestar. Es realitza una observació en la que estan en una activitat amb titelles i el R. està desconnectat de l'activitat, fent girar un pot; la mestra s'hi acosta traient-li suaument l'objecte i mostrant-li el titella; el R. es neguiteja, pessiga i crida. Torna a agafar un altre objecte rodant i la mestra s'hi acosta amb un titella traient-li el nou objecte amb aquest".

Vam poder observar dos factors: d'una banda, semblava que havia estat molt diferent la vivència que havia tingut el R. quan la mestra li treia (amb la pròpia mà) l'objecte que quan era el titella qui ho feia; i, d'altra banda, el temps que havia estat fent

rodar l'objecte (i desconnectat) també havia estat fonamental per tolerar o no l'entrada de l'altre.

"Una mestra demana observar un grup d'alumnes (amb TEA) a l'hora del menjador perquè estan totalment descontinguts; tot i que hi ha poc llenguatge, es genera excessiu soroll, moviment i acaben amb un gran malestar. Quan es fa una observació clínica del grup sencer i es va observant cada membre, però també la dinàmica en sí, es va veient com el grup (i la mestra) pot tranquil·litzar-se, es manté contingut i gaudint del moment del menjador".

La mirada sosté i ajuda a integrar les diferents parts de la personalitat dels alumnes, així com de la pròpia dinàmica grupal, tornant-se quelcom que conté.

"A les sessions de psicoteràpia a la sala sensorial, en B. està totalment enganxat al cos de la terapeuta, necessita sentir-la

per sentir-se, queden fusionats en una abraçada continua. Són tan intenses que decidim incorporar una observadora que ajudi a contenir la díada terapeuta-infant i alhora generi quelcom de la terceritat. Després de dues sessions amb observadora, el B. inicia certs jocs separat del cos de la terapeuta; d'amagar-se a les cortines i sortir, gronxar-se a l'hamaca i, especialment, comença a experimentar amb l'aigua: a posar i treure aigua, com si alguna cosa del naixement es posés en joc".

"En M. és un infant físicament més petit del que correspondria per l'edat, que ha estat poc estimulat en els seus primers anys de vida i que busca contínuament la relació amb l'adult. De fet, li genera un gran malestar la no mirada de l'altre, com si caigués sense aquesta. Presenta una clara descoordinació motriu que el fa caure físicament, en molts moments, i anar amb un cordill llarg de la mà no l'ajuda, perquè ensopega i s'espanta contínuament. Les sessions de psicoterà-



Quan l'observador pot analitzar no només el que veu i mira, sinó també el que sent, pot arribar a connectar directament amb l'inconscient de l'infant i la seva mirada es torna sostenidora i contenidora, generant un efecte terapèutic directe en l'infant.

pia a la sala sensorial amb en M. són sempre amb una observadora, però quan aquesta no hi és (per motius aliens a les sessions) o arriba una mica tard, podem veure com en M. torna a caure: apareix un M. altra vegada més descoordinat, ensopega més per la sala i, per tant, s'espanta i apareix una part d'ell més poruga, sense animar-se a jocs de saltar o de córrer, com quan sí que hi ha l'observadora".

I és que Pérez Sánchez (1981), en la observació del nadó que descriu en el seu llibre, ja ens parlava de la importància de la capacitat de la introjecció i la relació amb la coordinació psicomotriu, "l'efecte de la introjecció li ha possibilitat una millor coordinació psicomotriu (...), reacciona d'una forma més articulada, connectant-se i comunicant-se amb totes les parts del seu cos (...). Després de la incorporació d'una relació viva, aquest respon d'una forma coordinada..."

Com dèiem, l'observador no és només per l'infant, sinó per la relació amb aquest infant i la importància del seu efecte en la trobada mútua. Si la professional se sent més acompanyada i segura, aquesta entra en relació d'una altra manera amb l'infant i aquest mateix també respon diferent: "és com si, recíprocament, es fessin quelcom o, prenent el model de l'alimentació per exemplificar-ho, com si l'un estigués alimentant a l'altre amb tota la seva atenció i afecte. La mare (o la mestra/terapeuta) pren més força i confiança en ella per la introjecció del seu "bon bebè" (o alumne/pacient) i incrementa a la vegada la confiança i seguretat de l'infant" (Pérez Sánchez, 1981).

Podem veure que l'objectiu de les observacions canvia segons siguin **observacions puntuals o sistematitzades**. Pel què a fa a les primeres, l'objectiu principal és augmentar la comprensió del funcionament de l'infant i de la relació amb l'entorn i, a partir d'aquesta, poder millorar l'atenció i el tractament cap a ell. I en quant a les segones, forma part del tractament terapèutic de l'infant, ja que aquesta mirada enquadrada, repetida, va generant un espai sostenidor i contenidor (tant per a l'infant com per a l'adult) que afavoreix el vincle amb la persona referent, cuida la dupla i, per tant, el procés d'integració psíquica tan necessari per al seu desenvolupament. Tal i com sabem de la importància de la importància

de la contenció de la mare per tal que aquesta pugui contenir al seu fill i aquest vagi introjectant aquesta funció, la mestra o terapeuta d'un infant amb autisme ha de poder fer aquesta mateixa funció (materna). Pérez Sánchez (1981) ens diu que "en el moment que la mare s'ofereix com un continent millor, es faciliten els processos d'introjecció i projecció d'una forma activa; processos que, a la vegada, incrementen la capacitat contenidora de l'objecte". El nadó i l'infant amb autisme necessiten tant la funció materna (algú amb qui connectar-se i que pugui anar fent la *rêverie*), com la funció paterna (algú que contingui la funció materna per a que aquesta pugui exercir-se i alhora faci de terceritat per tal que la fusió no quedi eternitzada). **L'observador sovint fa aquesta funció paterna.**

Cal tenir en compte algunes condicions necessàries per tal que aquesta funció esdevingui positiva i no entorpeixi la relació. Quan una professional se sent observada, es poden despertar moltes fantasies, algunes d'elles persecutòries; per tant, és important poder treballar aquestes qüestions abans o durant el procés, per tal de minimitzar-les i que distorsionin el menys possible la relació amb l'infant. És important que no se senti jutjada ni criticada, sinó compresa i continguda. Si això succeeix, la mestra o terapeuta es recol·loca de forma molt conscient i connectant activament amb l'infant.

Veiem com la mirada d'un observador, amb formació i molta cura, genera alguna cosa més que el mirar, l'acompanyar; ho podem pensar també com una **pre-pell psíquica** que conté (una pell-continent, en paraules de Bick), no només a l'infant, sinó també a la relació amb l'altre, a partir de la qual pot construir-se el veritable vincle i a partir d'aquest el propi subjecte. Bick (1968) parlava de la **segona pell** i "la seva funció mitjançant la qual la dependència respecte de l'objecte és substituïda per una pseudo-independència i per l'ús inadequat de certes funcions mentals o, potser, de talents innats, utilitzats ara amb la finalitat de crear un substitut d'aquella funció de contenció que hauria de fer la pell". Però veiem com l'observador pot fer aquesta funció, sense que impliqui un aïllament i, per tant, un obturador del desenvolupament de la relació i de l'infant, sinó el contrari, un **element afavoridor de la millora relacional i de l'evolució de l'infant.**

BIBLIOGRAFIA

- Anzieu, D.** (2002). *El Yo-piel*. París: Biblioteca Nueva.
- Bick, E.** (1963). Notas sobre la observación de lactantes en la enseñanza del psicoanálisis. Treball presentat a la Sociedad Psicoanalítica Británica. *The International Journal of Psycho-Analysis*, XLV,4.
- Bick, E.** (1968). La Experiencia de la Piel en las Relaciones de Objeto Tempranas. *International Journal of Psychoanalysis*, XLIX, 2-3.
- Bleger, J.** (1962). *La entrevista psicológica*. Buenos Aires: Eudeba.
- Botero, H.** (2008). ¿Qué es la observación de bebés? Algunas consideraciones. *Psicoanálisis XX*, 2.
- Houzel, D.** (1993). El tratamiento muy precoz del autismo y de las psicosis infantiles por medio de una aplicación de la observación de bebés. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 15-16.
- Izzedin-Bouquet, R.** (2009). El método de observación de bebés de Esther Bick. *Revista Perinatología y reproducción humana*, 23(4).
- Meltzer, D. et al.** (1979). *Exploración del autismo*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Pérez, V. A. i Fernández-Miranda, S. R.** (2020). El Yo-piel: modelo teórico y aplicación práctica. *Clínica e investigación relacional* (revista electrónica de psicoterapia).
- Pérez-Sánchez, M.** (1981). *Observación de bebés. Relaciones emocionales en el primer año de vida*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Pérez-Sánchez, M.** (1986). *Observación de niños. Una comprensión psicoanalítica del segundo año de vida*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Tizón, J. et al.** (2009). ¿Vidas paralelas?: Observación de un bebé en su familia y de uno coetáneo acogido en institución (I parte). *Revista Psicopatología y salud mental*, 13.
- Winnicott, D.** (1962). La integración del yo en el desarrollo del niño. A D. W. Winnicott, *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 55–63). Buenos Aires: Paidós.

El programa “Mirar i prevenir en el vincle primerenc” i el desafiament de la clínica en comunitat¹



– Nora Woscoboinik-Scheimberg –

Psicòloga. Psicoanalista. Societat Psicoanalítica de París. Associació Psicoanalítica Argentina². Buenos Aires (Argentina)

*“Quina és la diferència entre els ulls que tenen una mirada i els ulls que no la tenen? Aquesta diferència té un nom: la vida. La vida comença quan comença la mirada”. Amélie Nothomb. *Metafísica de los tubos*³.*

La tasca de la clínica psicoanalítica s'ha forjat en la profunda trama dels símptomes ja instal·lats. No obstant això, per a aquells que treballem amb la primera infància, hi ha un imperatiu ètic que precedeix la cura: el de la prevenció. La pregunta que ha guiat la meua trajectòria professional durant dècades no és només com guarir, sinó com evitar la cristallització del dolor i la patologia. I, en particular, com una mirada entrenada en la subtil semiologia del desenvolupament del nadó pot interceptar una trajectòria de patiment abans que es converteixi en un trastorn sever.

Aquest és l'esperit que ha animat la meua pràctica, impulsat per una visió humanista de la prevenció que, lluny de ser predictiva, es basa en la convicció que l'esdevenir no resta escrit per endavant.

ELS AUTISMES: UNA TRAJECTÒRIA MODIFICABLE?

La nostra visió s'oposa al reduccionisme biològic i al fatalisme que postula que una persona “neix amb autisme” i, per tant, no pot ser tractada. Autors com **Ami Klin**⁴ han demostrat amb evidència científica que l'autisme no està predeterminat, sinó que es desenvolupa: factors de risc innats, siguin genètics o orgànics, pertorben els esquemes d'interacció entre el nadó i el seu entorn, i aquestes interaccions alterades, en un tercer temps, condueixen a una organització de tipus autístic.

La plasticitat cerebral és el fonament científic de la nostra esperança. Ja als anys 70, el Professor **Serge Lebovici**, amb qui vaig tenir l'honor de treballar, repetia que la tra-

jectòria autística podia ser evitada si s'hi intervenia abans de l'any. Aquest enfocament encara és més encoratjador en considerar l'**epigenètica**. **Eric Kandel**⁵, Premi Nobel de Medicina, emet la següent hipòtesi: el plaer activarà un sistema de regulació al cervell com la dopamina i la serotonina i aquest plaer allibera un neurotransmissor que reforça la connexió sinàptica i augmenta el nombre de connexions neuronals; si el nadó sent un fort plaer, aquest record pot llavors imprimir-se definitivament (*Long Term Potentiation*: L.T.P.) i actuarà fins i tot sobre l'expressió dels gens a les neurones.

LA SEMIOLOGIA PRIMERENCA: LA RECERCA DE LA VULNERABILITAT EN EL VINCLE

Per intervenir a temps, primer cal entrenar

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

² Membre fundadora i ex presidenta de la *Societat Argentina de Primera Infància* (SAPI). Membre de la CIPPA (coordinació internacional de psicoanalistes psicoterapeutes i membres associats que treballen amb persones autistes) i fundadora de la CIPPA Ilatinoamericana.

³ Nothomb, A. (2001). *Metafísica de los Tubos*. Barcelona: Ed. Anagrama.

⁴ Chawarska, K., Volkmar, F. R. i Klin, A. (2008). *Autism Spectrum Disorders in Infants and Toddlers: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. New York: The Guilford Press. https://www.ted.com/talks/ami_klin_a_new_way_to_diagnose_autism?utm_campaign=tedspread&utm_medium=referral&utm_source=tedcomshare

⁵ Kandel, E. (2013). *Principles of Neural Science*. New York: McGraw.

la mirada dels professionals en la semiologia del desenvolupament primerenc. L'origen del nostre enfocament es remunta al projecte **PREAUT** (Prevention-Autisme) a França el 1998, una iniciativa de **Marie Christine Laznik**⁶ en la qual vaig participar des de la seva concepció. Vam dissenyar una investigació que va incloure 15.000 nadons i més de 600 pediatres a França per detectar dos signes clínics primerencs que poguessin indicar una evolució cap a l'autisme. Els resultats d'aquest estudi, publicats a la revista *Plos*⁷, continuen sent un pilar fonamental en el camp de la detecció precoç.

En base a aquesta conceptualització, ens centrem en dos signes fonamentals per a la graella PREAUT:

- **Absència de mirada recíproca:** la mirada es distingeix com una funció psíquica de la visió, que és una funció de l'òrgan. La mirada és el mirall on el nadó es veu a si mateix, com ens ensenya **Winnicott**. L'angoixa que es genera quan aquest reflex falla, com es demostra a l'experiment de la *still face* de **Tronick**, és un senyal d'alarma. Si el rostre de la mare no reflecteix el nadó, aquest es pot replegar i el mirall deixa de ser un lloc on mirar-se.
- **Absència d'intencionalitat:** fa referència a la incapacitat del nadó per buscar i provocar el contacte amb l'altre a través del somriure, el joc o els gestos. Metapsicològicament, es tracta d'una falla en la constitució del circuit de la pulsio freudiana, fonamentalment la no instal·lació del tercer temps, que és el temps de "fer-se" mirar, escoltar, "menjar". El temps del sorgiment d'un nou subjecte (Freud, 1915), temps en què el nadó s'ofereix com a objecte de plaer a l'Altre.

Per a una semiologia més completa, seguint **Graciela Crespin**⁸, privilegiem l'observació de cinc registres clau, entenent que cap no té un valor absolut, però junts són orientadors de la qualitat del desenvolupament:

Per a una semiologia més completa, seguint **Graciela Crespin**, privilegiem l'observació de cinc registres clau, entenent que cap no té un valor absolut, però junts són orientadors de la qualitat del desenvolupament:

- **Oraltat:** És la primera zona d'intercanvi entre el dins i el fora, el primer registre de la diferència entre el món intern i l'extern. És susceptible de donar plaer i l'intercanvi alimentari es fa complexa per la relació "amor-proteïnes".
- **Mirada:** es distingeix de la visió com una funció psíquica. Poder investigar la presència o absència de la mirada el primer any de vida és fonamental, ja que la seva absència és signe patognomònic de patologies greus. En la mirada que la mare dirigeix al nadó és on es forma la seva imatge.
- **Veu:** Aquest indicador és molt important per al nadó, que pot jugar i experimentar amb la veu. En el vincle, el crit del nadó és escoltat com una crida i la mare, o la persona que se n'ocupa, li contesta. Els psicolingüistes parlen de protoconversa per descriure aquest diàleg.
- **Son:** És un regulador fisiològic i psicològic de la relació entre la vigília i el descans. És un moment en què el nadó ha d'acceptar separar-se del seu entorn, per això ha d'experimentar la permanència i sentir una confiança en la presència dels altres.
- **Registre tònic-postural:** És el primer indicador d'una organització psicomotriu que corporitza el vincle a través de les regulacions del diàleg "cos a cos" entre el nadó i els que se n'ocupen.

Els signes observables en aquests registres són la traducció clínica d'una dificultat entre el nadó i el seu entorn. Es classifiquen de la manera següent:

- **Signes "sorollosos":** Aquells que alarmen l'entorn i provoquen la consulta, com ara rebutjos alimentaris o plor inconsolable.

- **Signes "silenciosos":** Els més greus, que passen desapercebuts i encobreixen una retracció libidinal, com insaciabilitat sense demanda, insomni o hipersomnïa, moviments estereotipats o un diàleg tònic-postural desorganitzat.

L'EXPERIÈNCIA ARGENTINA: DEL CONSULTORI AL TERRITORI

De retorn a l'Argentina, aquesta valuosa experiència es va transformar en el programa **Mirar i Prevenir en el vincle primerenc**, una iniciativa que, amb la impagable col·laboració de la Dra. **Marcela Armus** i la Llic. **Marisa Factorovich**, vam adaptar a les característiques del nostre país. El projecte va ser acceptat pel Ministeri de Salut del Govern de la Ciutat Autònoma de Buenos Aires l'any 2005. A partir del 2007, i amb el suport de la **Fundación Kaleidos** i **Johnson & Johnson**, el programa va ampliar el seu abast a altres províncies, com Neuquén, Rosario, Mendoza, Santa Fe, San Juan, Mar del Plata i diferents punts de la Província de Buenos Aires.

Mirar i Prevenir va ser concebut com un programa de salut, un pla de sensibilització per a la prevenció dels trastorns del vincle primerenc, de les alteracions severes de la comunicació en el lactant, de l'autisme infantil i d'altres trastorns generalitzats del desenvolupament adreçat al conjunt d'actors que interactuen amb la primera infància: metges pediatres, docents d'educació inicial, cuidadors primaris, agents de salut i educació, etc. Ens incentiva el convenciment que la comunitat pediàtrica i educativa té una oportunitat privilegiada com a integrant actiu en el procés de criança per a la detecció i la intervenció de qualsevol interferència en el desenvolupament, en els primers anys de vida.

Si bé aquest programa està centrat en la prevenció dels trastorns de la comunicació i de l'espectre autista, contribueix també a la prevenció i al tractament d'altres patologies del nadó, dels cuidadors i/o del vincle (depressió, maltractament, psicosi, etc.) ja que està destinat a millorar la identificació d'aquests trastorns permetent-ne un abor-

⁶ Laznik, M. C. (2021). *A voz da sereia, o autismo e os impasses na constituição do sujeito*. São Paulo: Ed Amalgama.

⁷ *Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid*. Par Bertrand Ollic, Graciela Crespin, Marie-Christine Laznik, Oussama Cherif Idrissi El Ganouni, Jean-Louis Sarraudet, Colette Bauby, Anne-Marie Dandres, Emeline Ruiz, Claude Bursztejn, Jean Xavier, Bruno Falissard, Nicolas Bodeau, David Cohen, Catherine Saint-Georges. A PLOS ONE.0188831 December 7, 2017.

⁸ Crespin, G. (2007). *L'Épopée symbolique du nouveau-né : de la rencontre primordiale aux signes de souffrance précoce*. Paris: Ed. Erès.

datge terapèutic el més precoç possible, el resultat del qual serà millorar la qualitat de vida dels infants afectats i les seves famílies, evitar la deriva terapèutica d'aquests infants i disminuir els costos directes i indirectes d'aquesta patologia mitjançant un programa prioritàriament preventiu i de control sobre les situacions de risc.

En constatar que la investigació epidemiològica a gran escala era inviable en poblacions vulnerables de Buenos Aires (manca de continuïtat a les consultes, absència d'històries clíniques en molts serveis, etc.), vam optar per una estratègia de formació i prevenció comunitària. Ens vam proposar capacitar tots els actors en contacte amb la primera infància (pediatres, agents de salut i educació), entrenant-los per sensibilitzar la seva mirada i detectar els signes de patiment precoç. Inicialment, ens vam enfrontar a la resistència dels professionals, que argumentaven manca de temps o temien un augment de la demanda. La nostra resposta va ser simple i clara: la detecció primerenca permet "rejovenir" la demanda, cosa que millora el pronòstic i és més econòmic per a les famílies i per al sistema de salut. A partir d'aquestes experiències, vam aprendre que era fonamental treballar durant els tres temps de la salut mental: promoció, prevenció i assistència. Havíem d'incloure el desenvolupament emocional a cada consulta, afavorir els factors protectors del desenvolupament i, sobretot, "cuidar el cuidador".

EL CESAC 24: UN MODEL DE PREVENCIÓ COMUNITÀRIA

"Aquesta capacitat poc comuna... de transformar en terreny de joc el pitjor dels deserts".

Michel Leiris, citat per Pontalis

(Prefaci de *Realitat i Joc* de Donald Winnicott, 1971).

L'aplicació d'aquesta estratègia es va posar a prova de la manera més contundent al **Centre de Salut i Acció Comunitària (CeSAC) 24** de Villa Soldati. Aquest barri, que va néixer el 1990 per relocalitzar habi-



Carrers de Villa Soldati.



Entrada al Centre de Salut.

tants que vivien sota l'autopista 25 de mayo, va créixer de 3.500 a 25.000 habitants en una dècada i presentava un context d'alta vulnerabilitat socioeconòmica. Va ser aquí on els desafiaments logístics del nostre programa es van fer més evidents i, alhora, on vam trobar les solucions més innovadores.

El principal obstacle era la impossibilitat de les famílies d'assistir als controls pautats als 4, 9, 12 i 18 mesos, a causa de motius econòmics i la manca de registres clínics a les institucions. En comptes de rendir-nos, vam entendre que no podíem esperar que la comunitat s'ajustés als nostres protocols; el programa s'havia d'ajustar a la comunitat.



Passejant pel barri amb Bernard Golse.

La Dra. **Marcela Corin** i el seu equip, demostrant una creativitat sense precedents, van trobar una solució que va transformar l'obstacle en una oportunitat: van vincular el lliurament d'una ració de llet a la participació als grups de criança. Aquesta estratègia no sols va resoldre un problema pràctic, sinó que va convertir un recurs bàsic en un pont cap a la salut mental i emocional.

Un cop les famílies van començar a assistir-hi, els grups de criança van esdevenir en espais de suport mutu i de transmissió de sabers. A través d'ells, els pediatres van poder examinar els nadons durant la mateixa sessió, cosa que va escurçar significativament les llistes d'espera i va permetre derivar els casos que realment necessitaven atenció especialitzada. La sinergia de l'equip es va manifestar en la

capacitació de tots els treballadors del CeSAC, des de secretàries fins a agents de seguretat, en la detecció de signes de patiment.

Motivats per la frase de **Nelson Mandela**, "cal tota una comunitat per criar un infant" i per l'experiència de la "Setmana del Nadó" de Salvador Celia al Brasil, l'equip va organitzar "La Setmana de les Criances". Aquest esdeveniment comunitari va mobilitzar tots els sectors per assegurar el dret a la salut dels nadons, oferint activitats lúdiques i culturals, així com serveis de vacunació i informació. A través de la capacitat de Promotores de Salut -dones del barri-, el programa es va arrelar a la comunitat, i els professionals del CeSAC van començar a fer "el mirar i prevenir" per assegurar que cap nadó quedés sense l'atenció que necessitava. Aquest model és un exemple viu de com el treball interdisciplinari i intersectorial pot escurçar la bretxa d'accés als serveis de salut i educació.

CONCLUSIÓ

El programa Mirar i Prevenir és un testimoni de que la prevenció és un acte ètic. La nostra praxi ens ha demostrat que una mirada primerenca sobre la constitució



Grup de criança.

de la subjectivitat és la base rectora de la clínica dels primers anys de vida. Per això, **prevenir no és predir**; detectar no és diagnosticar. La detecció primerenca ens dona l'oportunitat de donar suport a allò imprevisible, de sostenir una "il·lusió anticipadora" que ens permeti, com a professionals, actuar sobre la subjectivitat i canviar una trajectòria que altrament portaria a un trastorn.

Acceptar que hi ha factors orgànics i genètics no impedeix al psicoanalista treballar amb les seves eines. La culpabilització dels cuidadors primaris perd tot sentit i només entorpeix un procés que requereix el seu amor de transferència perquè puguin convertir-se en coterapeutes.

Al llarg dels deu anys d'efectivitat del programa, els beneficiaris directes van ser **3.587 agents de salut i educació**, així com les famílies de la Vila Soldati (més de 200 famílies). Els resultats observats van mostrar que es va avançar l'accés a la consulta en salut mental, ja que els professionals capacitats per observar els signes de patiment precoç van poder intervenir i derivar a l'atenció especialitzada.

Mirant cap al futur, la feina d'un programa com Mirar i Prevenir s'enriqueix amb les investigacions contemporànies. Noves troballes en àrees com l'anàlisi dels **moviments generals** i el dolor als nadons confirmen la nostra tesi central: la trajectòria autística no és immutable i pot ser modificada per una intervenció molt precoç. La integració de la nostra mirada psicoanalítica amb eines de detecció més actuals enforteix un enfocament **transdisciplinari** que inclou psicoterapeutes, osteòpates i especialistes en sensoriomotricitat. Aquesta sinergia ofereix l'esperança que, amb una mirada entrenada i una intervenció a temps, un camí de patiment es pot convertir en un camí de vida.



Autisme i Psicoanàlisi Contemporània. Vincles transformadors: Projecte Autisme¹



– Maria Claudia Bagatin Pismel –

Psiquiatra especialitzada en Psiquiatria i Psicoteràpia de la Infància i l'Adolescència. Fundadora Projecte Autisme. Maringà (Brasil)



– Tânia Massaro Faustino Carneiro –

Psicòloga especialista en Psicoanàlisi Contemporani. Fundadora Projecte Autisme. Maringà (Brasil)

La idea d'aquest article és presentar el Projecte Autisme (*Projeto Autismo* en portuguès): com va sorgir, els seus objectius, el que s'està fent i com es porta a la pràctica amb el col·lectiu assistit. Per això, hem organitzat aquest article de la manera següent: començarem per parlar de la importància dels vincles, els impactes i les transformacions que poden sorgir a partir de la trobada de dues o més persones. A continuació es relatarà la trobada entre una psicòloga, un pacient autista i la seva família, en què la mare és psiquiatra. I finalment presentarem el Projecte Autisme, tota la seva estructura, el llançament i com es va organitzar i dur a terme la primera intervenció amb un grup de mares i pares d'infants autistes.

En totes les relacions, la qualitat del vincle és fonamental i influencia directament la qualitat de vida de les persones. Dins de la psicoanàlisi, molts autors ja han estudiat, desenvolupat i ampliat la noció de vincle al·ludint a les seves implicacions en l'estructuració, el desenvolupament i la dinàmica de funcionament del subjecte. Wilfred Bion pot ser considerat l'autor que més s'ha dedicat a aquesta temàtica, tot creant noves concepcions que han enriquit immensament la pràctica psicoanalítica (Zimmerman, 2010).

El concepte de vincle en Bion, de manera resumida, segons Zimmerman (2010), es defineix com els llaços que uneixen dues o més persones, com també pot unir parts d'una mateixa persona; es planteja a través del model d'interrelació (continent-contingut); els vincles sempre són de naturalesa emocional; són polisèmics; impliquen les dimensions inter-, intra- i transpersonal i són potencialment transformables i transformadors. Bion va explorar i desenvolupar a fons aquesta temàtica, la qual cosa va portar a una construcció teòrica sobre els tres tipus de vincles: d'amor, d'odi i de coneixement, i tots tres es poden donar de forma positiva (+), negativa (-) i interrelacionats.

La capacitat de transformació que un vincle pot exercir s'expandeix més enllà del vincle analista-pacient dins de la psicoanàlisi, atès que impregna totes les relacions socials d'amistat, família i professió.

Treballar en l'atenció a infants autistes requereix molta obertura, continença, acolliment i afecte, no sols per al pacient, sinó també per a la família. Moltes persones arriben devastades, desesperades, perdudes, sense saber què fer o com fer, de vegades

sense cap esperança que alguna cosa pugui canviar, millorar i arribar a estar bé. Per això és tan important treballar també amb la família i tenir-ne cura, perquè ha de ser la base de suport per al pacient i, si aquesta base no és prou sòlida i reforçada, serà molt difícil que el pacient es pugui beneficiar d'una manera significativa del seu procés de tractament.

El proverbi africà "Cal una aldea per criar un infant" destaca la importància del fet que la família i la comunitat siguin presents i participin en la tasca de criança. Si trasl·ladem aquest concepte a la cura de l'infant autista, el psicòleg o psicòloga, la família, l'escola i altres professionals que hagin de formar part d'aquesta xarxa de cures, hauran d'estar ben coordinats per poder acollir, sostenir i contribuir al desenvolupament global de l'infant i al benestar de la família.

Winnicott (1975) afirma que la funció de l'entorn és sostenir, manejar i presentar objectes al nadó, la qual cosa engloba una cura pràctica i emocional alhora. El paper de mirall de la mare i la família confereix al nadó la condició de ser i existir, obre un espai potencial que, si és prou favorable, contribuirà al fet que aquest infant es desenvolupi satisfactòriament.

¹ Traduït de l'original en portuguès per Matias Mulet Truyols.

Dins de l'espectre autista hi ha una dificultat en el procés de construcció de la percepció, ja que aquesta no es desenvolupa ni es va tornant més complexa. Aquesta retracció provoca un tancament del jo i l'impedeix de percebre's a si mateix i a l'entorn; no hi ha un investiment pulsional vers l'objecte i no s'incita ni es convoca el món exterior, la qual cosa comporta greus conseqüències per al desenvolupament psíquic i social (Sverdlik, 2024).

Així doncs, podem pensar com n'és de difícil i dolorós per a la família d'un infant autista sostenir l'investiment libidinal, ja que no es produeix el contrainvestment per part de l'infant a causa de la seva retracció. Si un nadó passa a existir a través de la mirada dels pares, com podran els pares sentir-se pares i existents si no hi ha una mirada, una trobada o investiment per part d'aquest fill? Aquí s'obre una ferida que també s'ha de cuidar perquè la família pugui seguir invertint en aquest nadó/infant i en ella mateixa.

La constatació de fins a quin punt una família d'un infant autista pot caure en el sofriment i emmalaltir, i de tot el que ha de fer per l'infant i que fent-ho l'ajuda molt és el que ens va portar a crear un projecte que pogués ampliar la intervenció més enllà de l'atenció al pacient autista.

LA HISTÒRIA

El Projecte Autisme: Psiquiatria i Psicoanàlisi Contemporània és un projecte social que va néixer principalment del desig de divulgar que la psicoanàlisi contemporània també és una opció per al tractament del pacient autista. Aquest desig va néixer de la trobada entre una psicòloga i una família amb un fill autista.

Dins de la psicoanàlisi contemporània, André Green representa una reinvençió del llegat freudià, davant la crisi identitària de la mateixa psicoanàlisi i de les noves formes de patiment psíquic que ultrapassen la neurosi clàssica. Els seus pacients no presentaven un conflicte que es pogués interpretar i donar-li un sentit a través de l'associació lliure i una atenció fluctuant. Aleshores, com es podia comprendre aquest subjecte i tractar aquesta nova patologia? Green, reprenent la base freudiana de la psicoanàlisi, reunint el que els postfreudians havien construït i sumat a la psicoanàlisi, juntament amb les seves discussions amb col·legues que també romanien curiosos i interessats a expandir la psicoanàlisi, va poder arribar als pacients límit.



La capacitat de transformació que un vicle pot exercir s'expandeix més enllà del vicle analista-pacient dins de la psicoanàlisi, atès que impregna totes les relacions socials d'amistat, família i professió.

La proposta d'una nova mirada, una nova comprensió i nous dispositius per al treball clínic va fer possible l'anàlisi d'aquells que semblaven no ser analitzables (Urribarri, 2022).

A "Orientacions per a una psicoanàlisi contemporània", Green (2008) proposa que es reprengui i es reorganitzi la metapsicologia freudiana, a fi de respondre a les configuracions clíniques marcades per falles precoces en el vicle amb l'objecte, com exemplifica el seu concepte de "complex de mare morta". Alhora, introdueix en el camp psicoanalític la centralitat de la "terceritat" (l'obertura d'un espai triangular que sustenta la simbolització i la funció de la mediació entre el self, l'objecte i la llei) i fa palès que la psicoanàlisi, per tal de ser contemporània, ha

de ser fidel a la seva essència freudiana, però prou plàstica per acollir allò inèdit que vagi sorgint en la clínica actual.

Aquesta plasticitat ofereix noves possibilitats de feina, permet que s'estructuri la relació terapèutica a partir del que sigui necessari i del que contribueixi terapèuticament a les necessitats de cada pacient concret. Com a resultat, es va poder fer el que es va fer en l'experiència que relatem a continuació.

El mes d'abril de 2020, la psicòloga Tània Carneiro va tenir el primer contacte amb la família, a través de la mare, Maria Claudia, que també estudiava i treballava des de la psicoanàlisi a la seva consulta de psiquiatria. El pare, André, empresari, va assistir amb la mare

a l'entrevista inicial. Després d'unes primeres entrevistes amb els pares, el pacient, Gustavo (que tenia llavors 6 anys), va començar a ser atès per la professional. La família tot just havia tornat dels EUA, a l'inici de la pandèmia, després de passar sis mesos en aquell país, on creien que trobarien un tractament més específic i de més qualitat per a en Gustavo. En aquesta fase, la psicòloga Tânia va poder observar l'estat de dol, desesperança i esgotament en què es trobaven els pares, com també, en aquella ocasió, la segona filla de la parella, Aurora, que aleshores tenia 3 anys. La família tenia una sobrecàrrega de pèrdues per elaborar: la mare, el dol per la mort de la seva pròpia mare (el desembre de 2018) i el fet d'estar en tractament per una afecció cardíaca molt greu sense etiologia definida. El pare, André, també de dol per la pèrdua del seu pare (el març de 2020) i passant per conflictes greus amb la família d'origen. Tots dos progenitors estaven força decebuts amb la temptativa frustrada de trobar tractament a l'estranger, que no va resultar ser superior ni diferent dels tractaments per a l'autisme que es practiquen al Brasil.

Quan aquesta família arriba buscant un acompanyament psicològic, després de ja haver passat per tot un pelegrinatge de professionals i centres diferents, portava el cansament, el patiment i la desesperança escrits a la cara. Anades i vingudes que no van mostrar cap horitzó que semblés viable i que despertés el desig, la força i la fe per seguir en aquella direcció. Tot el que havien provat fins a aquell moment els feia sempre tornar enrere i buscar una nova direcció. Aquesta era la situació i el sentiment predominant quan es va iniciar l'acompanyament amb en Gustavo i els seus pares era de: "tornem a provar un altre tipus de tractament". Era comprensible que estiguessin cansats i desanimats, però també estava clar que malgrat tot el que ja havien fet i buscat, no havien claudicat i continuarien insistint en la cerca de condicions millors per al Gustavo. Allò que necessitaven, sobretot els pares, en aquell moment era una treva, un descans, un temps per poder respirar, recompondre les energies, revitalitzar-se i així retirar la boira que els havia embolcallat, per tal de poder veure i viure aquest nou procés amb més claredat, nitidesa i esperança. Això es va assolir a través de molta escolta i acolliment de les pors, els dubtes, les angústies de tota una vivència que també provocava una malaltia familiar.

Aquest doble front d'intervenció, amb el Gustavo i els pares, va ser fonamental perquè es poguessin tranquil·litzar com a família i reorganitzar-se psíquicament i emocional, això era primordial perquè tornessin a somiar i poguessin reconèixer els canvis que el fill anés assolint en el procés terapèutic.

Quan vam iniciar l'acompanyament amb el Gustavo, ell tenia una forta retracció, era un infant amb un jo molt tancat i per això disposava de pocs recursos motrius, emocionals i psíquics. Vam començar amb tres sessions setmanals de cinquanta minuts cadascuna, amb l'enfocament de la psicoteràpia psicoanalítica contemporània. L'avaluació inicial va indicar que Gustavo necessitaria disposar d'un jo més obert per poder identificar les dificultats reals que tindria i així poder-se beneficiar d'altres tipus de teràpies, si calgués. Aquesta dinàmica que es va establir d'entrada va donar a la família i al Gustavo un temps de descans molt ric i important, atès que podien fer "res" o coses diferents que no fossin teràpies. Van sortir així d'aquell sistema frenètic d'anar corrent d'una teràpia a l'altra i de suportar una càrrega horària molt feixuga cada dia, que era molt desgastador per a tots. Les bones condicions de treball que es van establir van permetre restaurar els vincles familiars, la rutina familiar es va tornar més lleugera, tranquil·la i agradable; tot això va crear un entorn molt favorable perquè el Gustavo es pogués anar desenvolupant bé de manera gradual. Avui té un jo capaç d'expressar-se, desitjar i fer moltes coses que abans eren impensables i cada dia ha anat avançant en l'estructuració d'un jo independent i complex.

Sverdlik (2023) ens explica que, des dels primers dies de vida del nadó, és fonamental que s'estableixi entre ell, els seus cuidadors i l'entorn un ritme i una oferta heterogènia, amb una bona regulació de l'absència-presència, per a una bona constitució i desenvolupament de l'aparell psíquic. El model d'observació i intervenció de Fort-Da (Freud va observar el seu net al bressol jugant amb un rodet que llançava i estirava diverses vegades i va constatar que aquest joc implicava tots els nivells que generen la creació de sentit), possibilita al nadó crear i sustentar cada etapa per anar assolint els marcs de desenvolupament del jo. En el decurs de tot el desenvolupament infantil, el joc s'ha d'establir de manera que abasti els diferents nivells

(motriu, perceptiu, fonemàtic, de gust-disgust, metafòric); a més, és necessari que l'adult pugui sustentar aquest joc de manera prou bona perquè no es doni una fixació ni un predomini en un nivell determinat. Així, si un infant juga molt tot sol i no té un altre amb qui interactuar, que és el que porta a l'intercanvi i la regulació, es pot quedar fixat en una forma de jugar que activa molt més un nivell en detriment d'un altre. Per exemple, si el nivell motriu s'estimula molt, això pot causar un dèficit en algun dels altres nivells, fet que pot provocar falles i mancances en el procés d'estructuració del jo.

Per això, en la feina amb Gustavo, com també amb altres infants, cal estar atent i buscar d'equilibrar i integrar, a través del joc, els diferents nivells que són fonamentals per a l'estructuració i el desenvolupament del jo. A la vista de l'èxit que s'havia aconseguit amb aquest procés, tant la psicòloga com la família van voler fer alguna cosa que pogués arribar també a altres famílies i així va néixer el Projecte Autisme: Psiquiatria i Psicoanàlisi Contemporània.

EL PROJECTE

Aquesta rica vivència va anar despertant una inquietud en aquestes professionals, una d'elles, a més, mare d'un fill autista. Davant aquestes experiències pròpies, sentien que s'havien d'unir encara més i fer alguna cosa que permetés arribar i beneficiar a més pacients i les seves famílies. Així van començar a gestar aquest projecte i amb el suport, l'incentiu i l'orientació de la Dra. Mara Sverdlik van fundar el Projecte Autisme: Psiquiatria i Psicoanàlisi Contemporània, on van establir com a objectius:

- Divulgar que la psicoanàlisi contemporània també és un enfocament capaç de tractar el pacient autista.
- Formar grups perquè els pares o la família de persones autistes tinguin un espai d'escolta i acolliment.
- Capacitar professionals perquè puguin treballar amb aquest enfocament.
- Treballar en col·laboració amb els pediatres, atès que són els primers a rebre la criatura, i amb els pares i així poder actuar en la prevenció i intervenció precoç.
- Promoure el joc en els pares (*Pares que juguen*): té un caràcter preventiu i busca

busca orientar les famílies sobre la importància del joc en l'estructuració del subjecte, a través de conferències i tallers de jocs i activitats als centres de preescolar.

- Organitzar un llibre sobre l'experiència de ser mare d'un fill autista, en què l'objectiu sigui donar veu a les mares i oferir l'escriptura com una possibilitat de trobada intrapsíquica i interpersonal.
- Crear un front d'actuació juntament amb famílies amb algun membre amb TEA i amb major risc i vulnerabilitat social i econòmica: "Adopta una família TEA".
- Organitzar i redactar un llibre sobre la generació Z i la generació alfa, molt dependents de les pantalles i les xarxes socials.

Amb els objectius ja més organitzats i fixats i aprofitant que la Dra. Mara Sverdlik seria al Brasil i a Maringá, el dia 06/06/2024, amb total suport i participació de l'Escola de Psicoteràpia Psicoanalítica de Maringá (EPPM), es va celebrar el primer esdeveniment obert i gratuït

per a tot el col·lectiu interessat en el tema de l'autisme. L'objectiu d'aquest esdeveniment era presentar la psicoanàlisi contemporània com una bona opció per al tractament de l'autisme i explicar com treballa amb aquesta patologia. S'hi va convidar professionals de diferents àrees perquè cadascú parlés del seu treball amb aquests pacients, per tal de destacar la importància de la integració de la xarxa que molts pacients autistes necessiten. Va ser un acte molt ben rebut per tot el col·lectiu.

El segon pas que es va donar dins del projecte va ser crear un grup per a mares y pares d'infants autistes, amb la intenció d'obrir un espai d'escolta, acolliment i reflexió, ja que entenem que les famílies poden caure en el sofriment i sovint acaben aïllant-se i emmalaltint. Cuidar un jo que s'ha tancat, que no estableix contacte i que pateix davant situacions que poden provocar desregulacions i enrabiades desgasta molt. Poder compartir les aventures i desventures ajudaria aquests pares a no sentir-se tan diferents, marginats o sols, mostrant-los que la seva lluita també és la

lluita de centenars i milers de famílies. Per muntar aquest grup, es va entrar en contacte i es va presentar el projecte del Grup de Pares d'Infants Autistes a la coordinadora de l'associació Pastoral da Criança (pastoral dels infants), un òrgan d'acció social que té com a principal objectiu acompanyar dones gestants i el desenvolupament dels infants dels 0 als 7 anys. Fundada el 1983 per una metgessa pediatra i de salut pública, la Dra. Zilda Arns Neumann, juntament amb el llavors arquebisbe Mons. Geraldo Majella Agnelo, la Pastoral da Criança, en col·laboració amb el govern federal, és present a tots els estats brasilers i a altres països d'Amèrica del Sud i d'Àfrica. Com que la nostra proposta va ser molt ben acollida, vam organitzar el grup.

Vam arribar molt neguitoses a la data fixada per a la primera trobada, perquè teníem moltes expectatives posades en el projecte i s'havia format un grup de 14 persones. Malauradament només hi havia una mare entre elles; ens vam sentir molt frustrades, però vam fer l'acolliment i vam conèixer la seva



Dins de la proposta de la intervenció de la psicoanàlisi contemporània, treballar amb la família és un dels pilars que cal estructurar per tal de formar un xarxa d'empara, suport i estímul del pacient.

història. Aquesta situació ens va plantejar molts interrogants; vam repensar i ajustar la forma de divulgació, perquè al principi ens feia basarda obrir molt la convocatòria i acabar amb un nombre de persones tan gran que no les poguéssim escoltar a totes com voldríem. A la segona trobada, vam tenir un grup més nombrós de participants i vam aconseguir muntar el grup de treball.

Al llarg de les trobades, amb les històries que compartien els participants i amb les activitats que vam anar proposant com a eines de reflexió, vam anar comprovant com pateixen aquestes persones/famílies i com necessiten ajuda, però alhora com els és de difícil, moltes vegades, aconseguir un temps i un espai pel fet de no tenir una xarxa de suport, familiar o social, amb la qual poder comptar per a la cura d'aquest fill. En aquest grup hi havia mares que havien vingut sense el marit, perquè si un surt, l'altre ha de quedar-se amb l'infant; mares monoparentals que necessitaven el suport de l'àvia per poder assistir a la reunió, però que no sempre hi podien comptar. Una cosa que tothom tenia en comú era el difícil procés fins a arribar al diagnòstic; d'una banda per causa de les resistències per part dels pares davant de la possible confirmació del diagnòstic d'autisme, i d'altra banda, la deficiència en la formació dels professionals competents per fer aquest diagnòstic. Davant això, va ser molt important treballar el dol de no tenir el fill "perfecte" que havien desitjat; haver d'acceptar i tractar amb aquesta frustració no és sempre senzill per a la gran majoria de persones. Quan vam treballar amb una dinàmica que portava a reflexionar sobre sí mateixos, la majoria va tenir molta dificultat per identificar el que els agradava i quins somnis i desitjos tenien. Alguns van aconseguir rescatar i identificar que tenien desitjos, van reconèixer la importància de cuidar-se a ells mateixos i es van comprometre a tenir més cura en aquest sentit. Per a d'altres va ser més costós. Una component del grup, que té una vida molt complexa i penosa, no va aconseguir fer l'activitat, era com si estigués despersonalitzada. Malauradament, és així com acaben estant la gran majoria de persones que han de cuidar d'un fill autista, principalment en els casos més greus. Es perden a elles mateixes, no aconsegueixen tenir una vida o una rutina que els permeti tenir un espai o condicions per l'autocura. I així va anar avançant el grup, gràcies a les identificacions que anaven fent; és bonic observar fins a quin punt, a través d'un gest o un relat basat en la pròpia experiència, el grup es va emparant i enfortint. És una experiència

més que ha contribuït molt a reforçar i posar en valor aquest objectiu del projecte.

Dins de la proposta de la intervenció de la psicoanàlisi contemporània, treballar amb la família és un dels pilars que cal estructurar per tal de formar un xarxa d'empara, suport i estímul del pacient. Incloure la família en el procés mitjançant sessions del pacient amb els pares, tenir un canal de comunicació obert i lliure, ja sigui per un grup de WhatsApp o converses freqüents amb explicacions i orientacions, és fonamental perquè els pares, en el complex transcurs del tractament, entenguin el que està succeint, la fase en què estem, els objectius que volem assolir ara i el què i com ho hem de fer per arribar-hi. Quan tot això es dona en col·laboració amb els professionals que atenen l'infant i la família, tots se senten emparats i enfortits per mantenir-se fermes en el procés. És gratificant sentir que la família està implicada i que, gràcies a aquesta implicació, pot identificar i reconèixer cada nou assoliment del pacient i celebrar-lo.

El Projecte Autisme està estructurant dues altres tasques. Una és l'organització d'un llibre de relats de les històries de mares de persones autistes que donarà veu a la seva experiència per tal d'arribar a altres mares. Una altra tasca té un caràcter més preventiu, la dels *Pares que juguen*, on a través de conferències i tallers de joc, es busca conscienciar les famílies sobre la importància del joc en l'estructuració i el desenvolupament infantil. Aquest projecte es posarà en marxa per primer cop el setembre de 2025, per als pares d'una escola d'educació infantil que està donant suport a la iniciativa. Si dona un bon resultat, procurarem expandir-lo cap a altres escoles.

CONSIDERACIONS FINALS

Al Brasil, tant a la sanitat pública com a la xarxa privada de salut, quan es parla o es fa un diagnòstic d'autisme, el tractament es dirigeix cap a intervencions terapèutiques basades en el comportament; en aquesta pràctica existeix una visió profundament enquistada. L'infant que ha estat diagnosticat és traslladat a un centre d'atenció integrat, on inicia una feixuga tasca d'intervencions terapèutiques, generalment al voltant de 20/30 hores setmanals de durada, amb professionals de diferents àrees com ara: psicòleg conductual, logopeda, terapeuta ocupacional, psicomotricista i/o fisioterapeuta, pedagog i nutricionista. Quant a la psicoanàlisi, és considerada per molts com

que no té prova científica i per tant no serveix com a mètode de tractament per a l'autisme. Tanmateix, aquesta és una visió totalment equivocada. Dins de la psicoanàlisi sempre hi ha hagut professionals que s'han dedicat a estudiar i buscar comprendre aquesta patologia, així com a desenvolupar tècniques que fossin eficients en el tractament d'aquests pacients. Entre ells, podem citar Frances Tustin, Anne Alvarez i molts altres.

El laboratori del psicoanalista és la seva consulta i aquests treballs no sempre són escrits i divulgats. No obstant això, en els últims anys, amb l'adveniment de la psicoanàlisi contemporània, que ofereix un enfocament molt propi i més actiu per als pacients, sense enquistar-se en la tècnica tradicional, la tècnica per a l'atenció d'autistes s'ha actualitzat i ha adquirit un nou lloc en el procés de tractament. Per això és fonamental que els professionals que treballen amb aquest enfocament, les famílies i fins i tot els pacients que aconsegueixen un bon nivell de desenvolupament puguin informar sobre les seves experiències i presentar els beneficis i els resultats obtinguts, perquè tota la societat pugui conèixer i beneficiar-se també d'aquesta forma de treball.

BIBLIOGRAFIA

- Green, A. (2008). *Orientações para uma Psicanálise Contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago; SBPSP.
- Sverdlik, M. (2023). Las barreras autistas: un infortunio de orden sensorial. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 42.
- Sverdlik, M. (2024). Vicisitudes de La construcción del yo en la apertura de las barreras autistas: el negativismo y el cierre omnipotente. *Revista eipea*, 17.
- Uribarri, F. (2022). *Por que Green?* São Paulo: Zagodoni.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Zimmerman, D. E. (2010). *Os quatro vínculos: amor, ódio, conhecimento, reconhecimento na psicanálise e em nossas vidas*. Porto Alegre: Artmed.



La ciutat dels somnis. La construcció d'un continent que allotja un self en construcció¹



– Josep M^a Brun. –

Psicòleg Clínic. Psicoterapeuta. Director de la Revista *eipea*. Sabadell

*“Tot el que creixia requeria molt de temps per créixer.
I tot el que desapareixia
necessitava molt de temps per ser oblidat”.*

La marxa Radetzky. Joseph Roth

INTRODUCCIÓ

No sempre resulta senzill transmetre o compartir el que passa i allò que es mobilitza dins una consulta a les teràpies de caire psicoanalític amb persones de l'anomenat espectre autista. Es tracta d'un espai on són més usuals les incerteses que no pas les certeses i que demana un llarg període de temps, de disponible i atenta espera, per construir la mínima confiança que permeti l'establiment d'un vincle. Amb freqüència, aquesta confiança s'ha de fonamentar sobre prèvies i repetides situacions de frustració i de malestar que no permeten ni imperatius ni urgències. Ni dreceres ni desesperances. Tampoc falsedats. Per això, és fonamental la comprensió del funcionament mental del pacient més enllà de les seves conductes.

L'objectiu serà crear aquest vincle que faculti treballar els processos de separació, diferenciació, individuació i, en definitiva, l'accés a la pròpia identitat, afavorint la integració sensorial i emocional, de manera que aquesta consciència de separació no sigui viscuda amb ansietats catastròfiques, ben descrites per Lúcia Viloca, que el portin a ancorar-se a la sensorialitat com a defensa.

El que oferim a un nen o nena amb autisme és

una relació, per tant, una cosa intangible, que de vegades alguns necessiten cosificar i concretar per no només acceptar, sinó també entendre. I que alhora requereix moltes vegades de la presència d'objectes intermediaris que atenuïn la intensitat de la relació directa. Serà fonamental aconseguir la distància adequada que permeti tibar i sostenir un feble fil sense que aquest arribi a trencar-se. Per això, cal crear un enquadrament terapèutic on s'afavoreixi la interrelació i el joc brindant un ambient estructurat, acollidor, segur on la seqüència de pautes relacionals es repeteixi i això permeti que el nen pugui anar desenvolupant la possibilitat de confiar, recordar i anticipar, com també apunten Lúcia Viloca i Balbina Alcácer.

Ens hem de fer dipositaris del seu malestar i aportar la nostra capacitat de *rêverie* per tornar-li aquest malestar de manera que li sigui suportable, digerible. Aplicats a la màxima bioniana del *sense memòria ni desig* per contrarestar l'atac al significat de la repetició; perseverants en la nostra presència davant de la fragmentació i tolerants amb la nostra pròpia ignorància i impotència en nombroses ocasions, desenvolupant la nostra capacitat negativa, com ens aconsellava el propi W.R. Bion. En altres moments, hem de lluitar contra l'aparició del desànim mateix, contra el possi-

ble avorriment, contra el buit. Entenent que lluitar no vol dir recórrer a la negació o a l'actuació, sinó mantenir l'interès i l'esperança, valorant els moments adequats d'espera o silenci i els d'una actitud de reclamació, en la línia que apunta Anne Alvarez.

Seguint l'esquema de Júlia Coromines, proposem utilitzar la verbalització per aconseguir passar del pla de la vivència a la mentalització, per transformar allò autosensorial i sensorial en presimbòlic i simbòlic. Acompanyar l'infant a conscienciar les seves sensacions, dins el procés d'ajuda a pensar, verbalitzant progressivament les accions, les sensacions i les emocions i els sentiments per acabar en el record. Coneixent el moment evolutiu i el moment psíquic, acceptant els probables vaivens no necessàriament com a regressions o crisis, sinó com a adequacions imprescindibles i alhora resultat de la vulnerabilitat a la patologia.

Finalment, entenent que per molt aïllament que fomenti l'infant, no està sol i forma part d'un grup familiar que viu i pateix el sofriment que produeixen els desencontres entre ells i entre el fill i l'entorn. Vivències no exemptes de possibles sentiments de culpa, desànim i negativitat, però alhora d'afecte i coneixement sobre l'infant, desig de reduir la distància i el

¹ Traduït de l'original en castellà.

buit relacional i necessitat d'acompanyament i comprensió.

Aquest text és un intent d'aproximació a aquest espai íntim fruit de constants transferències i contratransferències.

MARCOS

Els pares d'en Marcos em van consultar en demanda de continuïtat del tractament que seguia al centre d'atenció precoç on assistia des de l'any i nou mesos (per retard sever del llenguatge i inflexibilitat cognitiva) i que estava a punt de finalitzar en arribar a l'edat d'alta forçosa. En Marcos, de quatre anys d'edat en aquell moment, és el menor de dos fills nois i havia estat diagnosticat de Trastorn de l'Espectre Autista. Els pares relaten un embaràs i un part sense problemes; un nadó molt *aferrat*, amb dificultats de calmar-se si no era a través del contacte o del pit matern, no reclamador, que arriba a les fites de desenvolupament amb retard. Camina a l'any i mig, triga molt a balbucejar, les primeres paraules les pronuncia cap als vint mesos. Destaquen aspectes de forta rigidesa, que acabaven en episodis de rebequeries intenses, dificultats davant les novetats i els canvis, amb poca iniciativa i imaginació i amb tendència a la repetició. Parlen d'un nen que no comparteix, que no cerca la presència dels altres, encara que els pot tolerar; amb tendència a l'aïllament i a tancar-se en ell mateix. És un nen de pensament concret, amb dificultats de simbolització i generalització; els pares mostren preocupació pel desenvolupament del llenguatge. En Marcos té fortes pors i s'angoixa en situacions sorolloses o de presència de molta gent. Poc inclinat a compartir, pot demanar ajut en cas de necessitat. Manifesta baixa tolerància a la frustració i tendeix a evitar situacions en les quals pot preveure el fracàs. La mare li dona el pit fins als dos anys i és qui en té cura fins que va a l'escola bressol, quatre mesos després. No ha aconseguit controlar els esfínters de manera completa, especialment en la micció nocturna. Es mostra gelós respecte al germà i als pares, immiscuint-se quan parlen. Juga amb cotxes, encara que el joc es limita a posar-los en fila i dramatitzar accidents. Els pares també estan preocupats pel seu nivell cognitiu i la seva repercussió en els aprenentatges. A l'últim temps al servei d'atenció precoç, han canviat a Marcos d'un treball individual a un grupal sense presència dels pares. La mare s'ha ressentit davant aquest canvi ja que ella podia assistir al tractament individual i compartir els seus temors amb la terapeuta.

Tot i estar contents amb l'evolució que havia fet en Marcos, em parlen dels seus molts dubtes, de la necessitat de consells i de la preocupació en com pot afectar el seu germà, tres anys més gran.

A les sessions diagnòstiques, entra amb la seva mare, aparentment tranquil i com avergonyit, amb dos cotxes a les mans. Aquestes mans ocupades m'evocuen una imatge de no disponibilitat per *prendre* res més. Observo un nen amb una mirada de poca durada, fugissera, però de qualitat, alhora defensiva i afable que, tot i no tenir idees a l'hora de dur a terme accions, pot acceptar-les i incorporar-les. Es fixa sobretot en els cotxes, pàrquing i semàfors que tinc a la consulta. Les seves intervencions són repetitives, però s'adona de les meves, riu i demana que les repeteixi. Quan introdueixo personatges, el seu interès disminueix. La mare lamenta no tenir més temps per a aquest tipus de jocs, però considerem també el desànim que produeix el seu joc buit, que entra en bucles i és de poc recorregut. Quan la seva mare i jo parlem, en Marcos tendeix a desconnectar i quedar enganxat a les repeticions. Durant les sessions utilitza una mica de llenguatge, en relació amb demandes o comentaris concrets, però en general roman silenciós.

Em poso en contacte amb la tutora de la seva escola que m'explica com n'és de difícil motivar en Marcos, que allà es mostra molt apàtic, que no li interessa res. Es relaciona amb els companys, però de manera estranya, amb una aproximació molt física que pot arribar a ser agressiva o, en tot cas, és molesta per a l'altre. Em relata també els seus problemes d'atenció (*qualsevol cosa li crida l'atenció*, cosa que contrasta amb la seva opinió anterior que no li interessa res) i la seva gran angoixa quan es troba davant de molta gent o soroll. En tot cas, relata millores en general durant l'últim curs quant a l'augment de vocabulari, d'autonomia i una relació més gran amb els companys que, postil·la, viuen com a destructiva.

Repassem amb els pares tots aquests aspectes a la reunió de devolució. És una trobada agradable en què, malgrat la duresa d'algunes situacions a casa, sento que podem pensar-hi i posar-nos d'acord en els plantejaments i aproximació a entendre en Marcos; els pares es mostren atents, respectuosos i participatius, il·lustrant amb exemples quotidians els aspectes que apareixen i ajudant-me a entendre amb més detall en Marcos. Decidim iniciar un treball terapèutic recolzat en tres suports: teràpia setmanal amb Marcos amb la

presència d'un dels seus pares, almenys durant un primer temps (a la llarga, mare i pare s'aniran alternant), trobades periòdiques entre nosaltres per comentar allò que apareix a les sessions i a casa i reunions meves amb l'escola amb una certa periodicitat. Durem a terme aquest treball terapèutic durant sis anys.

PRIMER TEMPS A TERÀPIA

En Marcos sembla no oposar-se a la proposta. De fet, viu amb una certa il·lusió venir a jugar a la meua consulta amb la mare o el pare. Durant els anys de teràpia, només en un parell d'ocasions mostrarà alguna petita queixa per haver d'interrompre el que estava fent per assistir a la consulta. Les primeres sessions estan plenes de jocs molt repetitius en relació als cotxes, que fan cua o tenen accidents, els semàfors, especialment quan estan en vermell, la policia que hi intervé... També apareixen comentaris de la mare sobre les seves pròpies preocupacions. Per aquella època, en Marcos mossegava de vegades els seus companys i començava a fer-se pipí a sobre. En Marcos no participa de les converses, tot i que intento incloure'l, encara que passa de desconnectar a una certa escolta passiva, de vegades, o a reclamar-me de manera més subtil perquè torni al joc i abandoni la conversa. Si apareix un tema que no li interessa o que li resulta dolorós, sembla no sentir res. En general, acompanya el joc amb un riure predominantment impostat, però que sento que en moments denota que està gaudint. Les seves mirades cap a mi aniran en un lent i progressiu augment.

Un dels primers dies de teràpia, en un intent meu d'enriquir el seu joc monòton i repetitiu amb els cotxes i d'aportar un objecte intermediari que no senti com a intrusiu, prenc dos fulls de paper, els uneixo amb cinta adhesiva, i hi dibuixo una carretera, a penes unes línies discontinües. No era gens conscient en aquell moment de la importància d'aquells primers dos fulls de paper i del valor que arribarien a tenir a la teràpia. En Marcos els acull amb alegre sorpresa. L'endemà, li proposo que dibuixem una fletxa com les que hi ha a les carreteres. Ho intenta, però no li surt i es lamenta perquè no sap com fer-ho. La mare li diu: "Fes un triangle". En Marcos ho dibuixa. "I ara un rectangle", afegeix ella. En dibuixar el rectangle i veure que ha esdevingut una fletxa, l'alegria d'en Marcos es fa notòria i conviu amb la sorpresa de la mare que m'explica que la tutora li havia dit recentment que no sabia fer triangles. Parlem de la diferència del triangle abstracte i sense sentit i

d'aquest tan interessant que ajuda a dibuixar una fletxa d'un joc que ens diverteix.

Cap als dos mesos de teràpia, la mare m'explica que en Marcos venia pel carrer parlant-li del que faria amb els cotxes i la ciutat de paper. Amb el complement d'algun full més que afegim als dos primers, el joc passa de la taula -que se'ns fa petita- a terra. Dibuixem casa seva, la meua, ens visitem amb cotxe. En Marcos segueix amb la tendència de repetir els mateixos jocs, però accepta i gaudeix de les meves aportacions. En aquell moment, i en especial, del taller mecànic que dibuixo per arreglar les avaries i els accidents dels cotxes. De la mateixa manera que els personatges tenen menys èxit que els cotxes al joc, l'hospital que proposo perd clarament l'aposta davant del taller. En el joc amb cotxes, insisteix que el cotxe que porta la seva mare vagi darrere seu i no prengui cap camí diferent.

Les situacions que apareixen al joc ens porten a comentaris de l'exterior que aporta la mare. Un dia proposo dibuixar un càmping, sabedor que hi solen anar caps de setmana i vacances. La mare explica que ara tenen un apartament, que abans anaven en caravana amb els avis paterns i que allà en Marcos hi té una "amiga". Proposo i em disposo a fer una caseta de càmping amb peces de Lego Duplo, però en Marcos vol fer-la ell i la construeix amb deteniment i cura. Col·loca una cosa semblant a dos tobogans a la casa, però el joc dura poc, fixant-se més en qüestions de disposició, com fer lloc a les maletes. Munta un llit elàstic. La mare explica llavors que uns dies enrere en Marcos havia caigut saltant entre llits. Sonaria al que ell ha reproduït, però no transmet cap senyal interrelacional. Jugo a guarir la cama al ninot, ell es mostra passiu. Només arribar, a la següent sessió, va directe als cotxes i a la casa. Com habitualment, comença la sessió silenciosa. Jo esmento jocs que hem fet altres dies i ell buscarà els fulls amb la carretera. Aleshores, m'explica que es va fer mal al cap. És la primera vegada que comparteix alguna cosa espontàniament. Portem cinc mesos de teràpia. La mare l'ajuda a relatar que va caure al càmping anant en patinet, que ells -els pares- no hi eren i que l'avi li va dir que no passava res. És una sessió bonica, on acabem tots tres jugant i parlant a terra. En Marcos molt proper a la seva mare, deixant-se caure a sobre. Comento que quan va caure al càmping, no hi havia la mare per consolar-lo del cop.

A les entrevistes paral·leles amb els pares, em

transmeten que estan contents, que a casa hi ha menys enuigs i que duren menys, que en Marcos té més ganes de compartir i explicar. M'expliquen també que un dia que jo vaig haver d'anul·lar la sessió, es va enfadar perquè tenia ganes de venir a jugar i els va dir que jo era *tonto*. Posen un altre exemple de la seva capacitat més gran d'expressar el que vol amb paraules, sense rebequeria, alhora que més dirigit: *Àvia, tinc gana*. Comenten la dificultat en incorporar-hi, encara que veiem que es deu més a la manca d'idees que per resistència.

A l'escola, el veuen més motivat, mostra interès per algunes coses. Valoren que pot verbalitzar més necessitats i problemes amb companys, tot i que no respon les preguntes que li fan. La relació amb els companys es tradueix a molestar-los, però més a través d'empentes que amb mossegades o picant com passava fins aleshores. Estan preocupats per la seva poca capacitat de fer joc simbòlic i la seva poca autonomia per treballar sol. Parlem molt de com se sent en Marcos davant les demandes de l'escola, a nivell d'aprenentatges, però també de relació, social, de tolerància a les frustracions. La tutora i les persones que l'atenen a la llavors anomenada USEE (Unitat de Suport a l'Educació Especial, dins de l'entorn ordinari), estan molt interessades a entendre el comportament i els sentiments d'en Marcos.

Un dia, poc abans de les primeres vacances d'estiu des que vam començar la teràpia fa sis mesos, de sobte diu *sushi*. La mare explica que li agrada molt i que moltes vegades quan surten de la sessió compren sushi per portar-lo a casa per sopar. Proposo fer un restaurant de sushi a la nostra ciutat la propera sessió. El dia següent, arriba i va directe a agafar la carretera i muntar un joc que durarà tota la sessió. Fa i torna a fer viatges amb el cotxe a comprar sushi al restaurant que dibuixem. Compra menjar i palets com a coberts. Muntem una taula on menja la família. Després col·loco el pare a descansar, ell vol posar també el nen. Col·loco la resta de ninots a veure la televisió i ell diu que els castiga *sense tele*. La mare explica que de vegades en Marcos i el seu germà es queden abstrerts veient la tele mentre mengen i que ells els castiguen.

El primer dia després de les vacances, en Marcos arriba content. La mare m'explica que han anat bé, que ha notat canvis en ell: més participatiu, més capaç de jugar, menys enyorat de casa seva. Ell va disparat cap a l'armari i em demana *el carrer de paper*,

recordant-me que el darrer dia jo li havia dit que el guardaria a l'armari. Comenten que al càmping van veure una competició de gossos. En Marcos va dient: *impressionant, increíble* i munta un obstacle que han de saltar uns gossos de joguina que li he posat. Més endavant, agafem un cangur. Després de molts esforços, els animals poden saltar l'obstacle. Sento que en Marcos em transmet quelcom més que un espectacle estival. Adverteixo que em parla de com és de difícil superar els obstacles i les separacions. De fet, cadascuna de les sessions després d'unes vacances, en Marcos s'ha dirigit en primer lloc a la ciutat de paper, com si necessités comprovar que hi era.

A partir d'un cert moment, la mare deixa de ser l'única que acompanya en Marcos a les sessions i s'ho combinen amb el pare. La primera vegada que ve el pare, la sessió és diferent. Sembla que en Marcos s'enganxa menys a les repeticions i es mostra més espontani i innovador. Agafa el que anomena carrer de paper. Ensenyem al pare com juguem. Durant la sessió, en Marcos parla d'*alt, fort, gran*. Es compara en alçada amb un amic (*sóc un pèl més alt que ell*), parla que el seu germà és més alt i xuta més fort, que *ja fa tercer*; es compara en alçada amb una torre que hem fet... Aquests dies, els pares demanen una reunió preocupats per l'augment de la manca de control dels esfínters d'en Marcos, coincidint sobretot amb el final de les vacances i el principi del curs; en Marcos queda bloquejat quan se li escapa un pipí i, en paral·lel, explota en forts enuigs en altres moments, trencant coses. Relacionem les dues actituds i la seva preocupació per no poder-los controlar. Aquests dies, i a la sessió, en Marcos demana sovint jugar a futbol o al bàsquet, es mostra molt més físic. Un dia que ve el pare, aquest li proposa dibuixar un camp de futbol a la ciutat. En Marcos de seguida s'apunta a la idea. Aquest camp ens aportarà una certa alternança en el joc del futbol: de vegades juguem nosaltres, amb els nostres cossos, i d'altres, amb els personatges. Està competitiu. Ataca la mare (*dolenta!*) perquè no juga bé o falla, fa trampes... També em fa trampes a mi, però com a bromes, en altres ocasions.

Quan portem un any de teràpia, es dona una circumstància que va poder suposar el seu final. Després d'anul·lar una visita sense especificar-ne els motius, el que mai havia passat abans, els pares manifesten que volen canviar la següent visita d'en Marcos per una reunió amb ells (*Volem comentar amb tu alguns temes*). D'entrada, em pregunten com

veig en Marcos. M'estranya, no la pregunta, sinó el to inquisidor, molt allunyat del cordial i respectuós que sempre han fet servir amb mi. El pare repeteix diverses vegades la paraula *evidència*. Es produeix una situació tensa. Finalment, m'expliquen que han tingut una visita al Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil de la ciutat (en el seguiment que porten amb ells) i que la psicòloga que els ha atès els ha desacreditat la meua teràpia i la meua professionalitat i que això els ha deixat insegurs. Els costa entendre que ni conec la persona de qui em parlen ni ella em coneix a mi (de fet, un parell d'anys després encara em diran en una visita posterior al CSMIJ: *ja no és aquella psicòloga que coneixies*). Els explico els diferents corrents en psicologia (em diuen que fins aleshores no havien pensat mai en diferents línies de pensament), també que per mi no és nou aquest atac perquè ja ho he patit amb anterioritat en treballar en una línia psico-

analítica i que, en definitiva, portem un any de teràpia i ells poden opinar prescindint del que aquesta persona o jo pensem. Podem parlar després de com veuen en Marcos (estan contents, en general, amb la seva evolució) i de les rebequeries que mostra des de fa unes tres setmanes amb atacs a la mare. Podem pensar possibles causes (en especial, la competència amb el germà per la mare o com es poden relacionar un control actual més gran del pipí, d'una banda, amb un descontrol emocional i conductual més gran, de l'altra) i jo puc també exemplificar la meua manera de treballar, des de la comprensió del funcionament mental d'en Marcos. La mare explica que en Marcos abans deia que es casaria amb ella i que ara diu que es casarà amb una noia que es digui com ella, però que no sigui ella. Sembla un exemple bonic de procés gradual de diferenciació. La reunió va marcar un abans i un després a la teràpia. Lluny de la pretensió

de la professional que havia desacreditat, no ja la meua feina, sinó la decisió dels pares, va enfortir l'aliança terapèutica entre nosaltres. Vaig agrair sincerament als pares la seva confiança per explicar-me el que els havien dit i com els havia afectat.

Als quinze mesos de teràpia, plantejo als pares un canvi de model, passant a treballar tot sol amb en Marcos. Decidim demorar el canvi unes setmanes perquè no coincideixi amb la tornada de la mare a la feina, després d'uns anys d'atendre en exclusiva els seus fills a partir del naixement d'en Marcos que, aquells dies, acaba de fer els sis anys. Li ho expliquem a ell, que reacciona amb una aparent indiferència. El primer dia, el pare surt a mitja sessió i ens espera a la sala d'espera. Juguem un partit de futbol que sembla gaudir. Quan acabem, veig que se li ha escapat una mica el pipí. La sessió següent no ens veiem perquè té febre. Quan



acabem, veig que se li ha escapat una mica el pipí. La sessió següent no ens veiem perquè té febre. Quan ve amb la mare, aquesta li proposa quedar-se a la sala d'espera. Ell ni s'hi oposa ni mostra cap senyal de diferenciació. Són dies d'un joc més físic, ell segueix introduint temes, però sense l'ajuda dels pares costa més donar-los recorregut. El futbol es converteix en un tema recurrent, tant pel que fa al joc com pel fet que s'ha apuntat a un club de la ciutat i em parla dels entrenaments, dels partits. Un dia, arriba content dient-me que ha marcat un gol a l'últim partit. El felicito. Juguem a futbol a la sala i insisteix a anar-me preguntant si crec que juga bé. Després, li pregunto si els partits els comença de titular o a la banqueta. Queda aturat i seriós. Em confessa que no era veritat que hagués fet un gol. Està trist, però proper.

POSANT NOM A LA CIUTAT

Quan portem poc més de tres anys de teràpia, es declara la pandèmia de COVID-19 i es produeix el confinament. Iniciem una sèrie de sessions telemàtiques que, d'entrada, són complicades. El primer dia, són presents pares, germà (que boicoteja subtilment la sessió) i en Marcos, que amb prou feines mastega monosíl·labs. De seguida, en Marcos jugarà amb el germà i els pares m'expliquen com estan de cansats i com se'ls fa de difícil conciliar estar tots a casa i haver de teletreballar, que en Marcos s'enfada molt... Podem parlar de la preocupació de tots i que potser és un moment d'autoexigir-se menys i exigir-li menys a ell també. Més endavant, en Marcos verbalitzarà el temor a que els seus pares es posin malalts i morin. Quedem que pensin com els sembla millor seguir la teràpia durant el confinament. L'endemà m'escríuen un missatge de whatsapp proposant sessions telemàtiques quinzenals. Em sembla bé. La següent sessió parlem molt amb els pares de com es pot sentir en Marcos, també dels seus pocs recursos per buscar alternatives a la nova situació i que tampoc acaba de saber què l'ajuda i què no a sentir-se millor. Proposo veure en Marcos tot sol a l'inici de la sessió i quan ell no pugui continuar, parlar amb ells. Hi estan d'acord. M'expliquen després que estan gratament sorpresos i admirats de com han vist en Marcos parlar amb mi -tranquil i sense enuig- dels seus temors, de com se sentia, de la seva mandra a fer coses, de com trobava a faltar l'escola i els seus companys.

A les següents sessions telemàtiques, les converses amb en Marcos s'allarguen fins

gairebé els 45 minuts habituals. Més enllà del contingut, valoro la forma, continuada, dialogant per torns, esperant que jo acabi de parlar o interrompent-se per escoltar-me. M'explica que té ganes de tornar-me a veure i abraçar-me (mai m'havia abraçat), em parla del seu vuitè aniversari que acaba de celebrar. Els pares estan contents, han trobat un equilibri a casa. Finalment parlem d'anar tornant a les sessions presencials, combinades amb alguna telemàtica, ja que aprofiten el treball telemàtic per desplaçar-se al càmping. Des d'allà, en una sessió en què està especialment comunicatiu, m'explica que aquell dia és l'últim del curs, que vol ser un *memories* i que *els pares n'estan feliços i orgullosos* d'ell. Li pregunto si creu que altres vegades no ho estan i, sense acabar de verbalitzar-ho, mostra que sí. M'interesso pel que estava fent abans de veure'ns i m'explica que estava fent una migdiada (*quan m'enfado, faig una migdiada*). Indago si això vol dir que s'ha enfadat i em diu que sí. Qüestiono el motiu i contesta que *pel maleït coronavirus!* Inquireixo si aquest és el motiu del seu enuig d'aquell dia i em contesta que sí, *aquests dies costen*, però després m'explica que s'ha enfadat amb el seu germà perquè, jugant amb ell, aquest l'ha trepitjat. Li demano si creu que ha estat voluntari. Em diu que *quan ha passat creia que sí, però ara segurament crec que no*. Li pregunto què ha fet quan s'ha enfadat. Abaixa el cap en silenci. Afegeixo que li ho pregunto perquè com que no s'enfada quan és amb mi, no sé com reacciona. *És clar, perquè tu ets amic... Gairebé ets el meu millor amic*, em respon i em diu que s'enfada amb la família i els companys. Raono que de vegades hi ha nens que quan s'enfaden criden o peguen o insulten o s'enfaden molt amb els pares i es queden molt preocupats. En veu baixa em diu: *jo faig molt pitjor*, amb cara afligida, *faig caps a la porta*. Li dic que crec entendre el que m'explicava abans: que els seus pares n'estan contents i orgullosos per les notes, però que altres vegades pensa que els pares no estan gens contents amb ell. Aleshores, comença a dibuixar-se cares a les mans: primer, una *content*; després, una *enfadat* i, després, una *avorrit*. Li dic que li falta la *trista*, que em sembla que és com ell se sent de vegades. Se la dibuixa també. Comença a costar-li la conversa, posa una música i, al cap d'una mica, em diu que ja els toca als pares. S'acomia de mi de manera acurada i fins i tot tendra. Parlo després breument amb els pares. El pare està especialment content perquè fa uns dies, en Marcos li va dir: *Papa, ets genial*. Ell li pregunta perquè i en Marcos contesta que

perquè m'ajudes amb els deures. A en Marcos mai no li havia resultat fàcil deixar-se ajudar.

Les sessions posteriors a l'estiu són d'una activitat febril a la ciutat. Vol incorporar un Corte Inglés, una segona benzina, altres botigues que coneix, posar els números a totes les cases, el club de natació local, el lloc on entrena a futbol i que dibuixa amb detalls curiosos. Gaudeix de tota l'elaboració. Un d'aquests dies, li dic que la nostra ciutat no té nom. Aleshores, va a buscar un full i escriu alguna cosa. Em diu: *He posat que és un poble* i m'ho ensenya: *El poble dels somnis*. Després, afegeix *Benvinguts* i un cor. En dies posteriors, dibuixarà un hotel i una llibreria que també batejarà com *l'hotel* i *la llibreria dels somnis*. Està entusiasmada amb la ciutat, encara que també mostra una certa rigidesa en certs aspectes com ara on posar-hi els fulls. Quan li suggereixo que potser hem de fer una segona ciutat atès que ja no ens caben més afegits en aquesta, nega amb vehemència. Penso llavors que en Marcos accepta millor les novetats que els canvis, però segurament m'equivoco en creure que hi pot haver una altra ciutat. Els pares m'expliquen que a casa els parla de la ciutat i de quins llocs vol afegir.

Un dia, en Marcos em diu: *És xula la ciutat. Si fos a YouTube, molta gent li posaria un like*. Després afegeix: *sobretot, els nens petits*. Un altre dia, parla de la *ciutat llegendària*. En una altra ocasió, em demana que convidem els seus pares i el seu germà a la sessió següent. Pregunto per què i em diu que per parlar. Suggerixo si no serà també per ensenyar-los la ciutat, somriu tímid i deixa anar un sí en veu baixa. Quan vénen els pares, queden impressionats i fins i tot emocionats de la ciutat i del nom que li ha posat en Marcos, que està molt pendent també de la reacció del seu germà. La ciutat ocupa tot l'espai del terra de la consulta. La sessió anterior a unes noves vacances, en Marcos em diu només arribar: *Avui vull jugar a futbol perquè vull aprofitar la ciutat*. Li pregunto què vol dir i contesta que *no vull que s'acabi, em posa trist*. Dic que encara queda espai per a un nou full i un nou lloc i li pregunto què li agradaria que fos. Contesta que *un forn de pa*. A la conversa parlem de què és el primer que recorda de la ciutat. Comença a recitar: *casa meva, casa teva, casa de la meva mare, casa del meu germà, el basar, l'hospital...* Segueix: *ho hem començat quan tenia quatre anys... o cinc?* Li recordo que quan el seu pare va veure la ciutat per primer cop, ens va dir que a aquella ciutat no hi havia persones i li pregunto si recorda què li va con-

EL PUEBLO DE LOS SUEÑOS
BIENVENIDOS



testar ell. Em diu que sí, que li va dir que és que... *sinó, s'hi quedaran i no podrem passar.*

DARRER ANY DE TERÀPIA

Amb el temps, els pares relaten que la situació a casa amb en Marcos és tranquil·la, el veuen relacionar-se bé, de bon humor, amb més tolerància, cosa que implica menys enuigs. De fet, distanciem les reunions i el tema de preocupació deixa de ser ell i passa a ser el seu germà, amb una adolescència complicada. A l'escola, a en Marcos li han retirat l'ajuda especial perquè veuen que ja no en necessita. El tutor explica que si vingués algú nou no notaria diferència entre en Marcos i els seus companys. *Perquè té un diagnòstic, que si no... afegeix.* Es relaciona bé amb els companys, treballa i està atent a classe, ha diversificat més els temes d'interès (tot i que segueix sobresortint el futbol) i té un discurs més madur.

Reflexiono amb els pares que estem a la part final de la teràpia i, sense posar data encara, que hem d'anar considerant quan és el millor moment d'acabar. Els pares reaccionen amb tranquil·litat, sense mostres de sorpresa, encara que el pare es pregunta com s'ho prendrà en Marcos *perquè sempre ha vingut molt content, sense que li fes mandra.* Quedem a seguir madurant la idea sense parlar-ho encara amb en Marcos, però tinc la impressió que, a partir de llavors, s'instal·larà en tots nosaltres de manera més o menys conscient, també a en Marcos, la idea de finalització.

Per aquella època, en Marcos tenia una mica abandonada la ciutat i preferia jugar partits de futbol contra mi. Viví les derrotes amb contenció i tolerava cada cop millor la frustració que comportaven, més concentrat en si jugava bé o no. Li comento un dia que fa temps que no juguem amb la ciutat, que *ja no és la ciutat dels somnis, sinó la ciutat adormida.* Es posa a riure i em diu: *això té gràcia!* Valoro la seva complicitat davant del joc de paraules. Un altre dia m'explica que la ciutat està adormida perquè està malalta. Com que ja ocupa gairebé tot el terra, li pregunto si està malalta perquè no es vol acabar. Contesta, seriós, que sí. Al cap de poc, es lesiona jugant a futbol i em diu que no podem seguir amb els partits a les sessions. Recupera la ciutat i hi afegeix botigues. Continua parlant del forn de pa, però mai no acaba de dibuixar-lo. Entenc que el té associat al final de la ciutat. Em demana que li dibuixi una botiga *com en 3D*, em comenta quins dibuixos li agraden més i em corregeix en un pas zebra que faig. De seguida, sembla tenir necessitat de temperar el seu comentari perquè no m'enfadi: *et corregeixo, però dibuixes molt bé.* Un dia, pot verbalitzar: *quan deixi de venir aquí, em podré endur la ciutat a casa meua per recordar-la?* I torna a repetir que *el forn de pa serà l'última botiga.* Intenta recordar quin va ser el primer full de la ciutat (tant ell com jo tenim dubtes entre dos) i comenta de passada: *crec que vaig ser jo qui va tenir la idea de la ciutat, no?* Més endavant, just després d'unes vacances, reitera que s'endurà la ciutat a casa quan acabem, però allarga aquell moment a *quan tingui*

dotze anys. En aquell moment en tenia nou. Parlem del que ell ha canviat des que ens coneixem i, amb un somriure, i la mirada fixa en mi, em diu: *gràcies a tu.* Recorda que s'enfadava molt de petit i donava cops a la paret i em diu que ara gairebé no s'enfada.

Pocs dies abans de que en Marcos faci deu anys, ens vam reunir amb els pares. Estan contents amb l'evolució i de com està en Marcos, em diuen que mostra empatia i que els enuigs han baixat molt. *Ara són com els del seu germà o els nostres.* Els enuigs d'en Marcos en el passat havien generat situacions molt virulentes i desgastants per a la família. Alhora, despertaven en els pares molts dubtes pel que fa a com actuar. Durant molt de temps, va ser un motiu de fort patiment per a en Marcos i per als pares i el germà. Plantejo marcar un calendari de finalització de teràpia. Som a l'abril. Proposo que sigui progressiu: explicar-ho a en Marcos, seguir un mes sense canvis per passar després a visites quinzenals fins a l'estiu i, després, considerar com comença el curs al setembre, reunir-nos i, si tot segueix bé, finalitzar.

Són dies en què en Marcos em parla molt del que pensa i sent, de les seves molèsties físiques (ha passat la COVID-19), que s'està plantejant deixar el futbol i fer karate, que a l'escola el fan ajudar un amic i ell n'està fart perquè aquest no li fa cas i li castiguen a ell, de les excursions que fa i de que el seu germà està pesat: *se li ha enganxat l'adolescència! No sé com seré jo quan sigui adolescent, però quatre hores al mòbil... no!* Després de la reunió amb els pares, li pregunto si no m'ha d'explicar res. Em contesta que va perdre el partit de futbol el cap de setmana. Insisteixo, però diu que no sap a què em refereixo. Finalment, li comento que a la reunió amb els pares vam parlar d'anar-nos veient menys, cada dues setmanes. Diu que sí, que li ho han dit i que li sembla bé. A partir de llavors, la ciutat torna a fer-se omnipresent a les sessions. Vol que la fotografiem i enviï la foto als pares. Li recordo que quan acabem, se la emportarà. Salta immediatament: *Quan acabem, encara no!* Poc després, en una altra sessió, em mira més trist que seriós i em deixa anar: *no vull deixar-te de veure, vull venir cada divendres.* Un altre dia, torna a recordar que *venia amb els pares i tu i jo vam pensar la ciutat... abans era el poble dels somnis.* Quan li pregunto què farà amb la ciutat a casa, em contesta que *faré més botigues, serà tan gran que serà un país.*

El primer dia després de les vacances d'estiu, em diu que ha trobat a faltar la ciutat dels

somnis. Continua pensant a fer un forn de pa. Se'ns acaba la cinta adhesiva i li dic que n'hauré de portar una altra. Aleshores, em pregunta: *som els únics que utilitzem la cinta adhesiva?* Li contesto que no. Després d'uns segons de silenci, qüestiona: *I els únics que fem la ciutat dels somnis?* Dic que sí. *Al món?*, insisteix. Responc que no ho sé, però que aquí, a la consulta, sí. Esbossa un gran somriure i fa el gest dels esportistes tirant els punys tancats i els braços cap a dins, acompanyat d'un *bé!* Pregunta llavors quants fulls portem. Els comptem. En són 52 i vol que li faci una foto amb la ciutat. Rient, em pregunta com jugarem amb els cotxes, ja que la ciutat ocupa tot l'espai de l'habitació. Li responc que igual amb un comandament a distància i es posa a riure. Li pregunto com ho farà quan se l'emporti a casa i em contesta: no ho sé, potser a la sala d'estar. En els dies següents, apareixen alguns comentaris com *jo vull seguir venint quatre anys més o vull venir fins als divuit anys* i podem

parlar de la pena que ens fa haver d'acabar, però també -apunto- que això significa que ell ja no em necessita. Em parla de les baralles entre el seu germà i els pares i que el seu germà ja no vol jugar amb ell, es queixa de la feina de l'escola, m'explica que va marcar un gol, *però va ser una porqueria, va ser de rebot*. El seu to general és més trist. Quan marquem una agenda final amb els pares, en Marcos em demana que li faci un calendari amb els dies que ens veurem *perquè em faig un petit embolic*. Un cop mira el calendari, comenta: *quins pocs dies*. El penúltim dia, diu que vol endur-se la ciutat, però *trobaré a faltar els teus dibuixos*. Fa un gest teatralitzat de plor i m'abraça, per primer cop.

Entre aquell penúltim dia i l'últim, els pares m'escriuen un missatge on m'expliquen que estaven jugant a casa a un joc on havien d'endevinar la frase que en Marcos havia escrit. Ell els va donar una pista, que la frase

tenia a veure amb mi. La frase que van aconseguir endevinar era: *no ho vull deixar*. Els pares li van comentar que els havia agradat la idea que el tema de la frase tractés d'un sentiment seu i li van preguntar si m'ho havia comentat. En Marcos va contestar que va voler gaudir del moment amb mi i per això no m'ho havia dit. En entrar a l'última sessió, em diu que *avui m'hauré d'endur la ciutat... Et trobaré a faltar*. Mira entre els llibres i n'escull un que havíem mirat temps enrere, titulat *El meu primer llibre de teràpia*, on s'expliquen situacions relacionades amb la teràpia: motius, lloc, periodicitat, confidencialitat, jugar i parlar d'emocions i, també, el final de la teràpia. Assenyala un dibuix i em diu: *jo venia per això (es veu un nen furiós), m'enfadava gairebé tota l'estona*. Li dono la ciutat plegada en un gran sobre i una foto plastificada de la ciutat. Està emocionat. Vol endur-se dos fulls en blanc *perquè siguin iguals si he d'afegir alguna cosa a la ciutat*.



DIVUIT MESOS DESPRÉS

Al cap de tres mesos, vam tenir una visita de seguiment. Acabaven de diagnosticar una malaltia greu a l'àvia paterna i els pares volien saber com tractar el tema amb en Marcos. Estaven lògicament preocupats i parlem menys de com estava ell. Relaten que el veuen bé, però tampoc no entren en detalls. Només expliquen una situació en què castiguen en Marcos a l'escola i ell reacciona bé, assumint el càstig, amoïnats i explicant-li a la mare: *t'he de dir una cosa que et farà enfadar molt*. Quan veig en Marcos, encara no li han parlat de la malaltia de l'àvia. Està content de veure'm, em recorda la ciutat dels somnis (diu que no hi ha afegit cap full), m'explica la possibilitat que es mudin de casa, però té sobretot ganes de jugar un partit de futbol.

A l'any i mig de finalitzar la teràpia, els pares es tornen a posar en contacte amb mi. M'expliquen que en Marcos ha estat molt bé, però que porten uns dies més difícils en relació amb una sèrie de canvis i al fet que està enganxat al mòbil i les pantalles. També estan preocupats perquè pensen que els nois de la seva edat o més grans que ell poden aprofitar-se de la seva ingenuïtat i que ell de vegades els amaga coses. En Marcos ha fet dotze anys i ha acabat els estudis de primària i ha començat els de secundària al mateix institut on estudia el seu germà, diferent de l'escola ordinària a què havia assistit des dels tres anys. Quan veig en Marcos li explico que els seus pares m'han parlat de molts canvis aquest any i mig des que vam acabar la teràpia. Durant 45 minuts m'explica, asseguts cara a cara a la taula, tots els canvis i com els viu. El seu discurs és fluid, complex, coherent, relacional, elaborat i... llarg, quan sempre havia estat de frases curtes. M'explica que ha canviat d'institut, de casa, a un altre poble, com a conseqüència també d'equip de futbol. Parla de la seva àvia, que està lluitant contra la seva malaltia, que va plorar quan ho va saber, que és el que més el preocupa en aquell moment. En el seu relat, valoro especialment la seva capacitat de tolerar l'ambivalència, d'estar interessat pel que és nou (institut, companys, casa, equip de futbol) sense deixar de recordar el que és antic i la pena del que ha perdut. En tot allò que explica, apareixen aspectes positius i aspectes negatius, que es complementen i relativitzen. M'explica que volia portar la ciutat dels somnis a la visita amb mi, però que amb la mudança és dins una caixa i no sap quina és. També, que no hi ha afegit res perquè ho hauríem de fer junts. Em parla dels amics. M'ensenya fotos de la nova casa seva al mòbil i m'explica les seves ganes de

fer coses sol, d'agafar tot sol l'autobús, posar el tiquet a la màquina... Em parla de les seves ganes de fer-se gran.

COMENTARIS FINALS

Tot i l'extensió d'aquest text, la seva pretensió no ha estat la de ser exhaustiu. De fet, han quedat sense explicar força situacions que considero interessants, més minuciositat i deteniment en l'evolució o aspectes particulars com l'aparició de somnis al costat de la seva sorpresa i la seva confusió d'entrada en si apareixien a la vigília o mentre dormia (això va passar uns mesos abans de posar nom a la ciutat). O més detall dels seus desmesurats enuigs a casa, del control o no dels esfínters com a element complex del seu malestar i els seus temors, de la seva relació amb els companys, de la seva creixent capacitat acadèmica, de la seva relació més simbiòtica amb la seva mare, de la utilització del futbol com a element relacional i social, entre d'altres.

El meu interès s'ha centrat a esbossar i compartir un treball basat en la comprensió del funcionament mental d'en Marcos, en el convenciment que aquesta comprensió *guareix*, en el respecte absolut per la seva singularitat, en la importància de la relació i vinculació terapeuta-pacient, en la verbalització d'allò silenciats i d'allò no pensat, en el pas de la sensació a l'emoció i de l'emoció a l'afecte, en el lligam entre el desenvolupament d'aquest món emocional i el cognitiu, en l'aliança terapèutica amb en Marcos i els seus pares i en la consideració dels agents intervinents com a part activa del procés terapèutic, sobretot pares i, també, escola. Tot plegat, juntament amb l'interès i la pretensió categòrica d'entendre en Marcos, d'oferir-li un espai lliure d'intrusió i d'urgències, d'escoltar-lo, de pensar, d'endregar el seu discurs i retornar-li de manera delicada, acompanyant-lo en tot moment en el procés.

Així mateix, l'objectiu ha estat destacar el valor de l'objecte mediador o intermediari (un cert *mediador terapèutic*; encara que no estrictament sensorial, com el proposat per Anne Brun), indispensable per accedir de manera suau, lleugera i més fiable a aquests pacients que pateixen i eviten el contacte entre ells i el món i que en dificulta en gran mesura el seu reconeixement de l'alteritat. En aquest cas, el mediador va ser la ciutat, la construcció de la qual recorre, al meu entendre, un camí paral·lel a la construcció d'un jo diferenciat en en Marcos. La construcció de la ciutat com a

metàfora de la construcció d'un continent que allotja un self en construcció i com ho permet la relació terapèutica. Un mediador construït a dos, fins al punt que en molts moments el mateix Marcos confon i dubta de qui ha estat el seu instigador. La ciutat va ser excusa i alhora incentiu per parlar, comunicar i compartir. Per triangular en converses entre en Marcos, els pares i jo mateix, per acostar la fredor del que és extern a l'escalfor i refugi del que és intern. També per fantasiejar, per imaginar, per projectar a partir del que és conegut. Per combatre la separació i la pèrdua. En definitiva, per situar-se en aquest món. Un recorregut des de la manca d'idees a la projecció, de l'aïllament al compartir, del recel a la confiança, de la rigidesa a l'acceptació de l'ambivalència.

Un recorregut, alhora, i en altres paraules, des de l'obsessió estàtica (el cotxe) a l'interès en moviment (la carretera), passant pel lloc propi i diferenciat (la casa) fins a arribar al lloc comú i compartit (la ciutat). Una ciutat amb llocs de confiança, primer, familiars i habituals, que es pot estendre a llocs de relació i sociabilització. Que pot, fins i tot, obrir la porta al que és nou i als altres i contenir un rètol amb la paraula *Benvinguts*. El nom que en Marcos dona a la ciutat, *la Ciutat dels somnis*, evoca una infinitat de connexions. En tot cas, allò que no es té i al que un vol accedir, també allò irreal o a mig camí entre la vigília i la inconsciència. O elements que no són fàcils de verbalitzar i que mostren els pares en el seu silenci emocionat quan en Marcos els explica el nom que ha posat a la ciutat. Per a una persona del segle XX, com jo, que un lloc com el forn de pa, on es guarda i s'obté l'aliment bàsic, quedés per al final i tanqués el cercle de la ciutat, té un significat altament simbòlic, en absolut aleatori. Sentia en Marcos, un nen del segle XXI, el mateix?

Deia Sheila R. Spensley, biògrafa de Frances Tustin, que *escoltar significa permetre l'entrada d'alguna cosa a dins, tant a nivell auditiu com psicològic*. Va ser un plaer escoltar en Marcos un any i mig després de la finalització de la teràpia quan podia teixir un discurs elaborat, cuidat i no sincopat. Però també ho va ser quan necessitava les paraules dels pares per comunicar-se o quan la seva mirada parlava per ell. Aquesta mirada càlida que no cridava ni reclamava l'atenció, però que va ser còmplice de la seva indestructible aposta per la teràpia. Quin millor signe de bon pronòstic! Ara, en Marcos em parla de les seves ganes de fer-se gran.

BIBLIOGRAFIA

Alvarez, A. (1992). *Una presencia que da vida*. Madrid: Biblioteca Nueva. (Edició 2002).

Bion, W. (1970). *Atención e interpretación*. Buenos Aires: Paidós. (Edició 1974).

Brun, A. (2019). Mediaciones terapéuticas y autismos: hacia el surgimiento de formas primarias de simbolización. *Revista eipea*, 6. (www.eipea.cat)

Coromines, J. (1991). *Psicopatologia i desenvolupament arcaics*. Barcelona: Espaxs.

Spensley, S. R. (1995). *Frances Tustin*. Londres: Routledge.

Viloca, Ll. (2004). Incidencia de la ansiedad catastrófica en el desarrollo emocional y cognitivo del niño autista. A J. M. Brun i R. Villanueva (Eds.), *Niños con autismo: Experiencia y experiencias*. Valencia: Promolibro.

Viloca, Ll. i Alcácer, B. (2014). La psicoterapia psicoanalítica en personas con trastorno autista: Una revisión histórica. *Temas de Psicoanálisis*, 7.



