

eipea

*escoltant i pensant els autismes*

Revista número 2, maig 2017



- 3** Editorial  
Equip *eipea*
- 4** Salutació  
Llúcia Viloca
- 6** Articles  
José Luís Pedreira. *Diagnosticant l' (els) autisme(s): d'allò expert a l'ètica*
- 14** M<sup>a</sup> Teresa Miró. *Psicofàrmacs i autisme: un difícil encaix*
- 18** Mònica Recio. *Els beneficis del procés creatiu en la teràpia de nens amb Trastorn de l'Espectre Autista*
- 30** Marta Rabadán i Joaquim Serrabona. *L'abordatge psicomotriu en infants amb autisme*
- 38** Experiències  
Mónica de León. *La psicomotricitat d'ajuda en el treball amb infants amb TEA*
- 42** Documental *Unes altres veus*  
Iván Ruiz. *Fer del trauma un objecte bell*  
Sílvia Cortés. *Troballa inesperada*  
Marc Barceló. *Perdut al laberint*
- 48** Associacions i centres  
Equip *eipea*. *TEAdir: L'aferrissada reivindicació de la singularitat*
- 56** Ressenya Biogràfica  
Equip *eipea*. *Hans Asperger*

- Revista digital de periodicitat semestral  
- ISSN 2462-6414

- Edició: Josep M<sup>a</sup> Brun Gasca, Susanna Olives Azcona i Núria Aixandri Rotger - Disseny de revista: Sonja Albertin Azcona  
- Imatge corporativa: Pau Brun Carrasco - Web: [www.eipea.cat](http://www.eipea.cat) - Contacte: [eipea@eipea.cat](mailto:eipea@eipea.cat)

- Obra de portada: Cinta Vidal - Títol de l'obra: "Together alone"

## Editorial

**E**stem contents d'adreçar-nos de nou a vosaltres per presentar-vos aquest segon número de la revista *eipea* i poder confirmar l'objectiu de la seva periodicitat semestral. Volem agrair a tots els autors la seva resposta positiva a la nostra demanda de col·laboració i les seves interessants aportacions: la Cinta Vidal, la Dra. Llúcia Viloca, el Dr. José Luis Pedreira, la Dra. Maria Teresa Miró, la Mònica Recio, la Marta Rabadán i el Dr. Joaquim Serrabona, la Mónica de León, l'Iván Ruiz, la Sílvia Cortés i el Marc Barceló (tots tres presentant-nos el documental *Unes altres veus*) i les mares, pares i professionals de les associacions TEAdir de Catalunya, Aragó i Euskadi.

Hem volgut en aquest exemplar parlar sobretot d'interès i d'interessos. Dues paraules que semblarien només separades per una qüestió de nombre, però que tenen implicacions profundes en el món relacional. Els infants amb autisme, fins i tot aquells més afectats, sovint descrits com a mancats de la capacitat d'entendre el món que els envolta, capten de manera immediata i encertada si la persona que tenen al davant *s'interessa* per ells o si, "tant sols", *té interès* en ells.

Com apuntava l'Anne Alvarez, pot ser que el nen amb autisme no estigui preparat per interessar-se pels altres, però sí per interessar-se per l'interès dels altres per ell. I aquest interès, si és legítim, signi-

fica voler-lo conèixer sense idees preconcebudes, sense el desig d'enquadrar-lo en categories preestablertes o d'esperar en ell certes conductes que tocarien. Com també diria en Bion, "sense memòria ni desig". Sent capaços d'adreçar-nos a la seva unitat, oblidant la temptació del confort de la uniformització.

Se'ns dibuixen, doncs, aspectes relatiu a actituds, acostaments, mirades, escoltes; però, també, qüestions ètiques, de drets, de bones o males praxis, que influeixen en els abordatges i en la seva prescripció i que afecten a una població vulnerable a certs interessos, amb freqüència angoixada per trobar solucions màgiques al seu gran patiment.

De patiments, de mirades globals, de calidesa terapèutica, d'esperança en la millora, de la importància de les relacions properes en parlà Hans Asperger, una persona "que s'interessava pel que li deies" i al què hem volgut dedicar la ressenya biogràfica d'aquest número. Però, també, i els hi estem especialment agraïts, ens en van parlar les mares i pares de les associacions TEAdir que hem visitat a Barcelona, Zaragoza i Bilbao. El seu exemple resumeix l'esperit que hem volgut donar a aquest número que us fem a mans. ●

Josep M<sup>a</sup> Brun,  
Susanna Olives i Núria Aixandri



– Lluïcia Viloca i Novelles –

**Psiquiatra, psicoanalista (SEP-IPA). Fundadora del Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet. Barcelona**

## Salutació

**A**graïxo als editors que m'han ofert la possibilitat d'escriure la salutació del segon número de la revista *eipea* i també de fer la presentació d'aquesta en el Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya el passat dia 17 de març.

Crec que és un encert la iniciativa de publicar una revista on-line dedicada a l'Autisme-TEA en aquest moment en què la prevalença del TEA és tan alta i alhora qüestionada, com s'expressa en un dels articles d'aquest número. I amb l'afegit que el format és molt engrescador en transmetre un aire obert, multidisciplinari i interdisciplinari. Afavorint una comprensió global, emocional i relacional que ajuda a connectar amb el patiment i la comprensió del funcionament mental de les persones amb TEA i les seves famílies, en tots els llocs en els que quotidianament estan i viuen. Segurament, tot això va influir en que l'acte de presentació de la revista fos un èxit; amb una afluència nombrosa de públic, que va donar lloc a un debat molt interessant de diàleg i intercanvi d'experiències, manifestant molta esperança amb la publicació de la revista.

Tal com ja he dit, em sembla molt interessant que la revista possibiliti l'expressió

de diferents veus, des d'angles diversos, com en aquest número: psiquiatres, reflexionant sobre la prevalença, el diagnòstic amb els seus pros i contres, així com de les dificultats, limitacions i necessitat de complementarietat amb altres abordatges de les indicacions de medicació; dels aspectes creatius dels autistes, arteteràpia, i dels abordatges sensoriomotors, psicomotricitat, i artístics que són tan beneficiosos per aquests nens.

És entranyable i valuosa l'aportació del treball endegat per les associacions de mares i pares i expressat de diferents maneres en aquest número, així com dels professionals que han intervingut en la realització de les iniciatives conduïdes per aquestes associacions i que els hi ha permès conèixer el que realment és una persona amb TEA.

En llegir els articles de la revista he experimentat sentiments de llibertat, coratge, empatia, rigor científic, honestedat, sinceritat i molt compromís.

També, en fer-ho, he reviscut la força que he sentit i que moltes persones amb autisme i les seves famílies m'han transmès per seguir investigant i acollint el dolor incomprensible que viuen i vivim en tant que professionals compromesos al seu costat. ●

# DIAGNOSTICANT L' (ELS) AUTISME(S): D'ALLÒ EXPERT A L'ÈTICA<sup>1</sup>

– José Luis Pedreira Massa –

Psiquiatra i Psicoterapeuta de nens i adolescents. Màster en Qualitat de Serveis Sanitaris. Professor Tutor de UNED

## INTRODUCCIÓ



Periòdicament hi ha un trastorn o grup de trastorns mentals que passen del més absolut anonim, quan no marginació, a primera pàgina dels diaris i les converses. Al final, tothom en sap sobre els trastorns en qüestió, qualsevol alligona, no importa com sigui de difícil la comprensió o l'abordatge del trastorn: des del "Dr. Internet" fins al "Dr. diuen que..." tothom en parla i esdevé una xerrameca sense fi.

Però aquesta situació es transmet als professionals. Ara tots, sigui quina sigui la seva titulació, realitzen diagnòstics, per complexos que aquests siguin. Tothom, professionals o no, fan servir el DSM de torn, el fan amb el "Breviari" i n'interpreten els criteris i les categories a conveniència. Aquesta situació no és una democratització del saber, sinó una "populització", em permetran el neologisme, de coses, però no del saber ni del coneixement. Perquè es tractés d'una democratització haurien de conèixer els límits i els significats de cada terme i de cada concepte.

Diagnosticar per DSM podria estar bé, aprendre per DSM és una opció, creure que es domina una ciència per utilitzar el DSM és, com a mínim, agosarat si no una

aberració. El DSM és una taula diagnòstica d'agrupament estadístic dels símptomes, però no és un manual de psicopatologia ni de clínica.

Darrerament estan apareixent treballs en què els nens estan perdent el diagnòstic d'autisme, treballs que ens diuen que 3-25% dels casos diagnosticats als 2 anys perdien el diagnòstic amb posterioritat (Fein i cols (2012), Sutera i cols. (2007).

Davant de tant despropòsit, sovint incommensurable, no queda més remei que recórrer als principis ètics de l'exercici professional i de la deontologia en la pràctica clínica quotidiana. En moltes ocasions, com més clara creiem tenir una qüestió potser és perquè no ens hem fet prou preguntes al respecte.

## PRINCIPIS GENERALS DE BIOÈTICA

Segons autors com L. Beauchamp & James Childress (1994) i Diego Gracia (1994), destaquen quatre principis bàsics: 1) Principi de beneficència: l'acció terapèutica que es proposa proporciona beneficis suficients que compensin els possibles riscos que poguessin produir-se o provocar. 2) Principi d'autonomia: respectar la capacitat de prendre la decisió de les persones autònomes. 3) Principi de justícia: imparcialitat en la distribució de beneficis i riscos. 4) Principi de no maleficència: evitar que allò que es fa causi més dany que el deixar la lliure evolució o emprar un remei ja conegut.

Els continguts de cadascun d'aquests principis els sistematitzem de la següent manera:

1. Principi de beneficència: consisteix en no perjudicar més al pacient amb la investigació o la tècnica terapèutica que

es proposa que deixant la lliure evolució dels processos. La possibilitat de risc ha de minimitzar-se, en proporció als suposats beneficis que es podrien obtenir. Cal saber, en l'obtenció de dades clínic-epidemiològiques, que no s'han de fer estudis epidemiològics si no existeixen els recursos assistencials per donar cobertura als possibles casos detectats en el mateix.

2. Principi d'autonomia: consisteix en la protecció dels subjectes més vulnerables. Com a instrument s'ha desenvolupat el consentiment informat, que no consisteix només en la signatura d'un document, sinó que implica que s'obtingui l'adequada comprensió adaptada al nivell cognitiu d'aquell a qui se li sol·licita.

3. Principi de justícia: consisteix en l'equilibri entre els beneficis que es pretenen obtenir per al pacient i els efectes desagradables (col·laterals i/o secundaris) que es puguin desencadenar. El gran cavall de batalla d'aquest principi ètic consisteix en cuidar els possibles efectes iatrogènics.

4. Principi de no maleficència: consisteix en millorar allò ja existent, com tècniques terapèutiques. Sospesar el ja existent, els beneficis d'allò nou i que aquests siguin més grans que els presumibles perjudicis en relació a allò ja existent. Aquest principi representa un compromís de l'investigador per tal que els avenços beneficiïn als pacients.

## ÈTICA EN LA PSIQUIATRIA DE LA INFÀNCIA

En l'atenció psiquiàtrica de la infància i l'adolescència existeix un conflicte de

principis: tendir al benestar superior de l'infant implica buscar el benefici més ampli possible i intentar incloure a l'adult/cuidador d'aquest infant. El grau de cronicitat de les situacions clíniques ens obliga a assenyalar que potser la responsabilitat sigui no haver intervingut amb anterioritat, però no sempre esdevé així. És precís especificar els beneficis possibles que es derivaran de la intervenció psiquiàtrica i considerar l'actitud de la parella parental.

Un segon punt a considerar en l'ètica de l'assistència psiquiàtrica de la infància està en la participació del subjecte infantil en la presa de decisions, ja que es manté l'autonomia del nen en la mesura que es respecta la seva competència per emetre judici. Tenir aquest punt en compte millora la comunicació professionals-família, fa que els infants i adolescents cooperin millor en el tractament, millora la sensació d'autocontrol i el respecte del professional cap a les aptituds de la infància i possibiliten oportunitats per al seu efectiu desenvolupament social.

Quant als problemes ètics del diagnòstic: la gran dificultat que entranya la necessitat d'avaluar amb multi-informants (figures parentals, professors, metges pediatres, companys...), per tal d'inferir si assenyalen condicions de la infància o bé són senyals del propi funcionament d'aquestes institucions; l'impacte de les informacions aportades per figures parentals, donat que solen ser informacions molt dominants. Després apareix la relació, sempre complicada, entre diagnòstic i "etiqueta" social i, per fi, el gran valor de la confidencialitat.

La importància del diagnòstic radica en què, segons sigui aquest, així es prenen les decisions clíniques en ordre a l'abordatge. Per exemple, segons el diagnòstic es permeten ingressos involuntaris a les unitats d'aguts. Així mateix, el diagnòstic determina la població que és subsidiària de ser tractada i segons aquest diagnòstic es prescriuen unes o altres mesures terapèutiques de forma precisa.

En ocasions poden donar-se diagnòstics erronis, que des de la perspectiva ètica poden ser de dos tipus: intencionats, amb els que es produeixen danys a persones o per la integritat de la professió i

els errors no intencionats que solen ser subtils i insidiosos i no són meres "equivocacions". En aquest darrer cas, es reconeixen les limitacions pròpies del procés diagnòstic:

- Facilitat per equivocar-se en el procés diagnòstic: escassa o dubtosa fiabilitat de les tècniques diagnòstiques, sobretot perquè no existeixen molts símptomes i signes patognòmics, sinó que la gran majoria són inespecífics.

- Inconsistència i tendència al canvi: la pròpia inespecificitat dels símptomes i signes clínics els fa escassament consistents, doncs també depenen de la gran mutabilitat que s'esdevé en aquests símptomes i signes segons quina sigui l'etapa del desenvolupament i l'edat del petit pacient, però també aquesta mutabilitat afecta a l'evolució del propi quadre clínic:

- Biaixos en l'avaluació simptomàtica: un d'aquests biaixos és degut a la recollida de la clínica per part del professional, però també cal assenyalar el fet de confondre una forma d'expressió simptomàtica d'acord a l'edat del pacient amb la reactivitat pròpia de l'etapa de desenvolupament. En altres ocasions, el biaix prové de la utilització d'escala o tests que, sent només proves complementàries, els seus resultats són considerats com un diagnòstic clínic, sense tenir en compte els falsos positius (elevada sensibilitat en la detecció) o els falsos negatius (especificitat d'alt rang) a què dona lloc la seva aplicació.

- Utilització de criteris subjectius: atès que el professional atorga un valor determinat a cada símptoma que detecta o li relaten i li atorga un pes diagnòstic determinat, per exemple actualment les rebequeries infantils passaran a ser trastorns per rebequeries, segons el DSM-V, ¿quin serà el llindar que l'assenyali com una forma d'expressió davant dels límits o com a trastorn?

- Els sistemes diagnòstics categorials pretenen minimitzar el concepte de procés patològic, confonent en moltes situacions símptoma amb procés, tal és el cas

assenyalat en el punt anterior. Però no ho aconsegueixen totalment i és necessari conèixer també les limitacions dels instruments diagnòstics i estar disposats al canvi, ja que els criteris categorials es fan en base a la "S" de "statistical", molt allunyada del veritable sentit del valor "clinical".

La teoria nosològica, tant de moda en l'actualitat, sobretot amb el nou DSM-V, fa que haguem d'assenyalar la necessitat d'incloure la base social i cultural per l'avaluació d'un comportament, per la qual cosa l'aplicació de sistemes de classificació NO poden ni han de ser èticament aplicats de forma directa, àmplia o estricta. No oblidar que aquests sistemes categorials són descriptius i no teòrics, almenys així es presenten; l'etiologia dels processos clínics no és comunicable en termes científics; els criteris categorials estan dirigits a la fiabilitat, però en el cas dels infants aquesta fiabilitat queda versionada per les informacions de les figures parentals.

Tampoc podem oblidar la temptació d'utilitzar el diagnòstic com a solució pels problemes humans, perquè s'utilitza com a explicació, mitigació i exculpació dels resultats concrets, perquè un diagnòstic té un efecte tranquil·litzador en tant que realitza una transformació humanitària de la inadaptació social en un procés mèdic (delinqüents juvenils processats per drogues amb diagnòstic de sociopatia, TLP, esquizofrènia...), però també pot produir, de fet produeix, exclusió i deshumanització per l'estigma del diagnòstic d'un trastorn mental. El diagnòstic en ocasions actua com una hipòtesi autoconfirmada que origina descrèdit i càstig ("Aquell individu és...autista, deficient, hiperactiu...), originant veritable reflex de les tendències socials.

Per Water Reich (2001), en el camp del diagnòstic optar per una posició ètica implica adonar-se de les limitacions que posseeix el procés diagnòstic, ja que les teories, perspectives i escoles psicopatològiques influeixen i modelen la percepció psiquiàtrica o psicològica del comportament. El fet de realitzar un diagnòstic comporta temptacions que conviden a la utilització d'aquests matei-

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

xos límits i empenyen cap a la realització de l'esmentat diagnòstic. És precís prendre màxima atenció per part dels mestres i cal realitzar un esforç per part dels professionals per no deixar-se dominar per la temptació del diagnòstic, fins i tot per adonar-se de què aquesta temptació existeix.

La gran difusió en la utilització dels criteris categorials de la sèrie DSM no ens ha de fer oblidar que no només tenen criteris d'inclusió diagnòstica, sinó que també cal conèixer els criteris d'exclusió: quan un trastorn mental té una causa mèdica com a responsable d'algun o tots els símptomes; quan un trastorn mental generalitzat inclou a símptomes definitoris o associats els d'un trastorn parcial i que, atenent a la disparitat, complexitat, dificultat o subtilesa en els límits diagnòstics, cal primar l'experiència i el judici clínic sobre el criteri descriptiu de categoria (Manual DSM-IV, 1994, pàgines introductòries 6; Manual DSM-IV-TR, 2002, intr.7). De la mateixa manera no ens cansarem d'assenyalar, des de la perspectiva ètica, les advertències a la utilització d'aquest tipus de sistemes de classificació i de criteris categorials perquè els criteris són directrius i la seva utilització requereix un entrenament especial per la recopilació i la interpretació clínic; aquest tipus de sistemes suposen un consens i no inclouen la totalitat de les situacions clíniques possibles (no oblidem que el consens de professionals, segons la psiquiatria basada en l'evidència, obtenen una qualificació D o E, que són els de menor pes científic) i, a més, els criteris diagnòstics específics han de servir com a guies i fer-se servir amb judici clínic, **sense seguir-se al peu de la lletra com un llibre de cuina** (Manual DSM-IV, 1994, pàgines introductòries XXII; Manual DSM-IV-TR, 2002, ús XXXI).

**DIAGNOSTICANT L'AUTISME: TGD, TEA**

El Prof. Allen Frances, exdirector del Sistema DSM-IV i DSM-IV-TR, va dimitir del càrrec i va afirmar que "Crec que la psiquiatria americana ha perdut molta credibilitat perquè el DSM s'ha fet molt

malament". Puntualitza dient que "Les petites diferències en les definicions i com s'apliquen aquestes definicions poden donar com a resultat taxes variables dels trastorns. Cada vegada que hi ha un augment molt ràpid en un diagnòstic concret significa que darrera hi ha una moda passatgera. Això no significa que la gent estigui més malalta. Les persones són iguals, però els hàbits diagnòstics són molt canviants...**No hi ha més autistes que els que hi havia fa vint anys, però està sent diagnosticat cinquanta vegades més freqüentment perquè les criteris van canviar i aconseguen més serveis escolars amb un diagnòstic d'autisme**".

Aquest paper de predomini d'un sistema de classificació ha resultat ser una trampa, doncs prenent clarificar i unificar el procés diagnòstic dels trastorns mentals, el que aconseguen és crear confusió amb els límits dels processos mentals, donant com a resultat un llistat, més o menys ordenat, de símptomes, però amb escassa relació entre sí per matisar diferències subtils. La conseqüència és la creació d'un nou constructe: la «co-morbilitat», que no aclareix res conceptualment i incrementa la imprecisió diagnòstica.

En el cas de TGD/TEA hem de plantejar-nos si resulta correcte en castellà<sup>2</sup> la terminologia emprada. TGD en anglès és PDD: *Pervasive Developmental Disorder Pervasive* en la nostra llengua es refereix a perforar, aprofundir, dirigir-se al fons, per la qual cosa resulta més adequada la traducció de DSM-III y DSM-III-R: Trastorns Profunds del Desenvolupament, ja que TGD es pot confondre amb el significat literal: trastorn que afecta al conjunt general del desenvolupament, és a dir, confondre's amb la discapacitat intel·lectual. De fet, el 80% dels diagnòstics de TGD es refereixen a la categoria de "TGD no especificat", però la norma diu que aquesta categoria s'ha d'utilitzar només en casos excepcionals i quan no es compleixi cap altre criteri o cap altra categoria, per la qual cosa ens hem de demanar: és el 80% una excepcionalitat? Més aviat és la gran generalitat, per tant o falla el sistema de classificació o fallen

els classificadors (desconeixement? falta de formació? iatrogènia?).

Una cosa semblant passa amb el concepte d'«espectre» que en els diferents diccionaris en llengua castellana (Diccionario de la RAE i María Moliner) ens remet a *Aparició, Fantasma, Visió*: figura irreal generalment horrible, que algú veu en la seva imaginació, de vegades com si fos real. *Aparegut*: difunt que s'assembla als vius; persona que ha arribat a un grau extrem de magror o decadència física. *Física*: sèrie de les freqüències d'una radiació dispersada, que resulten en ordre creixent. A l'hora de consultar el Collins Cobuild (English Language Dictionary, 1987) ens aclareix que «espectre» és banda matisada dels colors de l'iris, que resulta de la descomposició de la llum blanca a través d'un prisma o d'un altre cos refractor; distribució de la intensitat d'una radiació en funció d'una magnitud característica (longitud d'ona, energia, freqüència, massa); opinions, emocions, objectius de rangs diferents, especialment quan un dels extrems del rang és considerat com a oposat a un altre dels extrems. «Espectre», per tant, resulta ser un anglicisme que utilitzem amb el significat d'aquesta tercera accepció del mot *spectrum* en el diccionari anglès. És evident que amb aquesta varietat espectral no es pot ni s'hauria de parlar de constructe científic, perquè no respon als principis generals per ser denominat així.

Amb el què acabo d'expressar anteriorment, faig referència a la importància de la terminologia utilitzada i a l'especial cura que cal tenir en la traducció, que no pot ser una traducció literal que origini aquest tipus de confusions, sinó que és precís fer una traducció més conceptual amb la terminologia utilitzada en castellà que, en no poques ocasions, resulta ser més precisa.

Aquests trastorns són un dilema diagnòstic i pronòstic. No és fàcil fer un diagnòstic de confirmació, però sí que és més senzill realitzar un diagnòstic d'exclusió. És a dir, resulta més senzill diagnosticar el què no és TGD i és més difícil afirmar el què sí és TGD, en el paràmetre dels criteris diagnòstics i les categories clíniques

que l'integren. Diagnosticar TGD no especificat, tal i com es fa en la actualitat, no és científicament acceptable perquè és una categoria molt imprecisa i un calaix de sastre que ha passat a ser un calaix desastre.

Una dada important consisteix en apropar-nos a saber quants nens afectats existeixen, si en realitat ha augmentat la taxa i en quant ho ha fet, o bé si es tracta de, tal i com afirma Allen Frances, un increment fictici basat en una modificació dels criteris diagnòstics i en la conducta diagnòstica dels professionals. Per apropar-nos a aquest dilema ens hem de basar en les publicacions i en les revistes científiques, acceptant les seves dades per, amb posterioritat, realitzar una lectura crítica de forma constructiva.

Quant a la prevalença del diagnòstic, la figura 1 mostra el resultat en diversos països al llarg del temps i es poden extreure algunes conseqüències: 1) en primer lloc, que les taxes són molt variables, per la qual cosa els criteris no resulten homogenis i la fiabilitat de les dades disminueix; 2) on més variabilitat ha existit és en els països europeus i Amèrica del Nord i, sobretot, des de la dècada dels noranta que s'ha incrementat de forma tan evident que, com a mínim, resulta sospitosa; 3) en els Països Escandinaus l'evolució és interessant: apareix un increment parell a l'anteriorment citat, però a partir de l'any 2000 hi ha una disminució molt important, degut a una bona política epidemiològica i de reconceptualització; i una cosa semblant té lloc a Austràlia, on la taxa resulta sensiblement inferior a les citades amb anterioritat, mentre que als països asiàtics roman constant. És a dir, a Europa i Amèrica del Nord la influència del canvi de criteris diagnòstics resulta ser una raó de pes per comprendre el suposat increment de la taxa, sobretot pel fet d'emprar de forma ambigua i àmplia els esmentats criteris.

Figura 1



Font: F. Allen (2013)

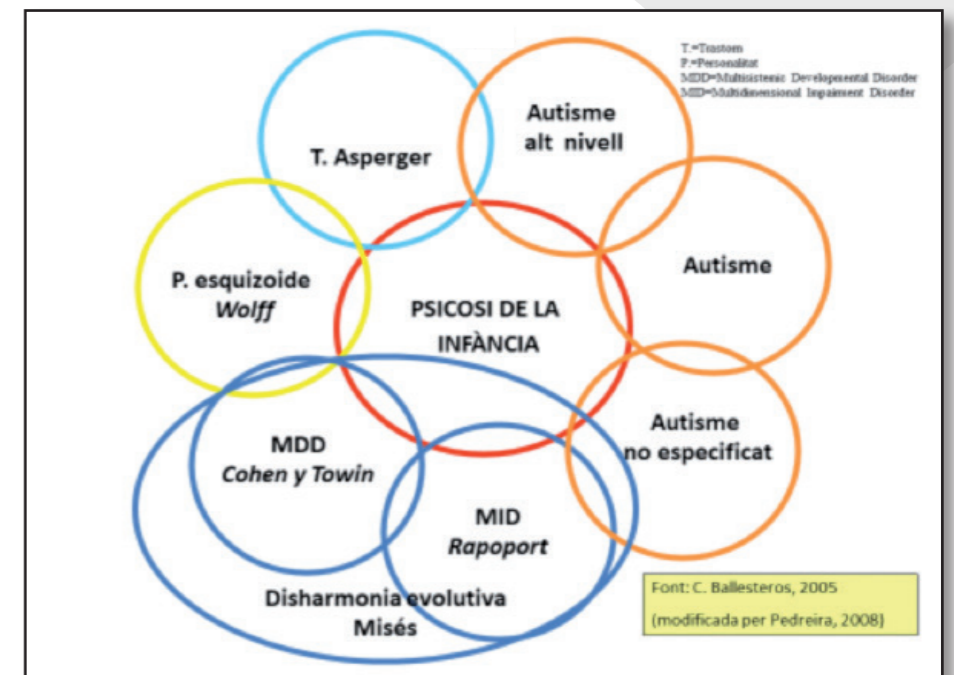
**PROPOSTA DIAGNÒSTICA PER TGD/TEA BASADA EN PRINCIPIS ÈTICS I DE QUALITAT**

Des de la perspectiva clínic és precís ser molt rigorosos. En la Fig. 2 transmetem

una visió de la complexitat de quadres clínics involucrats en aquest diagnòstic.

Per ser pragmàtics i oferir, a banda de la crítica, una via de sortida basada en criteris científics (Fig. 3 i fig. 4).

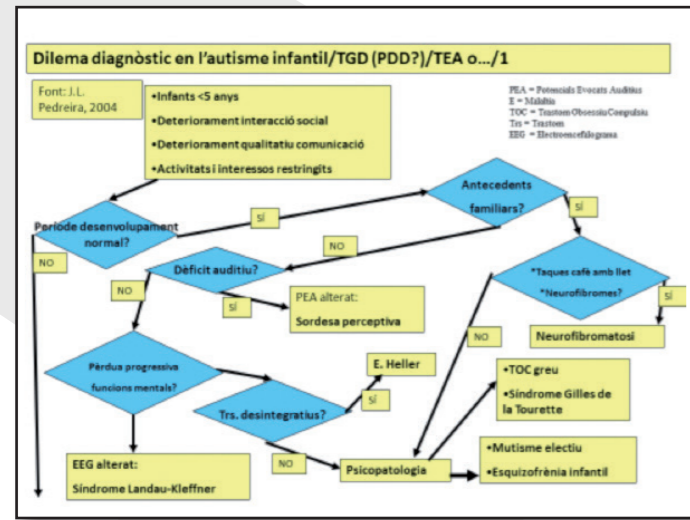
Figura 2



Font: C. Ballesteros, 2005 (modificada per Pedreira, 2008)

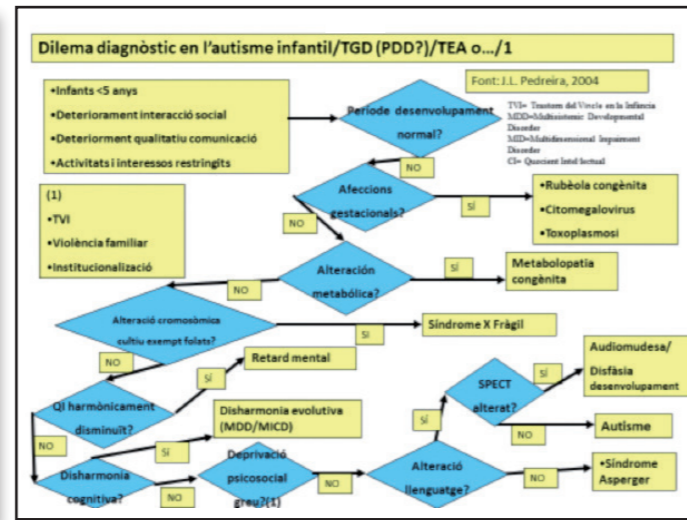
<sup>2</sup> Aquests aspectes terminològics que en el text original es refereixen a la llengua castellana són equivalents en el cas del català (nota de l'autor).

Figura 3



PEA=Potencials Evocats Auditiu, E.= Malaltia, TOC= Trastorn Obsessiu Compulsiu, Trs.= Trastorn, EEG= Electroencefalograma

Figura 4



TVI= Trastorn del Vincle en la Infància, MDD=Multisystemic Developmental Disorder, MID=Multidimensional Impairment Disorder, CI= Quocient Intel·lectual

En la Fig.3 es sistematitza el recorregut per quan ha existit un període, variable quant a durada, de desenvolupament normal en el subjecte, és a dir, quan l'autisme és simptomàtic, un símptoma propi dels quadres generals que es descriuen, un autisme-símptoma o expressió simptomàtica en el sentit que ho va descriure Bleuler. Mentre que a la Fig. 4 apareix el recorregut diagnòstic per quan el trastorn adaptatiu i del desenvolupament ha esdevingut des de les primeres etapes i no ha existit un període de desenvolupament normal, seria el diagnòstic d'autisme primari, en ell s'enquadra l'autisme com a procés autònom més holístic per al desenvolupament que descriu Kanner.

En aquest sentit, Paul Offit afirma quelcom clarificador: "Síndrome de Rett, esclerosi tuberosa, síndrome X fràgil i síndrome de Down en els nens poden també presentar clínica autística. A més, les reminiscències clíniques de l'autisme són evidents amb retards cognitius profunds; però aquestes similituds són superficials i els seus mecanismes causals i influències genètiques són diferents a les de l'autisme clàssic". Rotunda i precisa matisació.

Èticament, el diagnòstic diferencial ha de realitzar-se:

**Quadres genètics:**

- Causa metabòlica (fenilcetonúria, glicogenosi)
- Síndrome X fràgil

**Quadres congènits:**

- Víriques (rubèola congènita, citomegalovirus)
- Afeccions infeccioses (toxoplasmosi)

**Causes neurològiques:**

- Neurofibromatosi
- Afeccions neurodegeneratives (Síndrome de Landau-Kleffner)

**Retard mental o discapacitat intel·lectual**

**Dèficits sensorials:**

- Sordesa perceptiva

**Trastorns del desenvolupament del llenguatge:**

- Audiomudesa o disfàsies del desenvolupament
- Mutisme electiu precoç i sever

**Trastorns psiquiàtrics:**

- Síndrome d'Asperger
- Síndrome de Rett
- Trastorn desintegratiu (Heller, demència infantil, malaltia de Leonhard)
- Esquizofrènia infantil
- TOC
- Síndrome de Gilles de la Tourette

**Deprivació psicossocial greu:**

- TVI: trastorn del vincle en la infància, sigui inhibid o desinhibid.

Cadascun d'ells té les seves característiques clíniques específiques, encara que hi hagi una base de símptomes similars, tal i com ha expressat Offit.

No hem d'oblidar que TGD/TEA són quadres inespecífics i, en moltes ocasions, lligats al propi procés del desenvolupament i amb una base clínica comuna: l'afectació del grau de desenvolupament general del subjecte tant en el aprenentatge social com en l'aspecte comunicatiu i afectiu. És ben cert que existeix un grup de nens en els que aquestes característiques són persistents i s'exacerben, arribant a dificultar-los la vida en gran mesura, però no és menys cert que en menor quantitat de la que se'ns pretén fer creure.

Per un bon diagnòstic, de forma consistent i fiable, és molt necessari per realitzar un correcte tractament i per evitar iatrogènia i, per tant, la manera de dur a terme una correcta prevenció quaternària.

La presa de decisions en medicina se sustenta en un càlcul de probabilitats, en el què hem de considerar la probabilitat d'emmalaltir, el grau de versemblança del diagnòstic i la incerta utilitat del tractament. El bon judici clínic permet un equilibri entre el risc que comporta tota intervenció diagnòstica,

preventiva i/o terapèutica i el benefici esperable de l'esmentada intervenció en el pacient concret, la qual cosa obliga a combinar ciència i art, doncs no és fàcil treballar amb la incertesa, coexistir amb la iatrogènia ni admetre les limitacions del coneixement mèdic.

La medicina basada en l'evidència intenta resoldre, de la millor manera possible, l'equació entre «allò desitjable, allò possible i allò apropiat» en un entorn sembrat d'incerteses, variabilitat en la pràctica clínica, sobrecàrrega d'informació, augment de demanda i limitació de recursos. I perquè «la infància no és un problema psiquiàtric» és on la contenció ha d'adquirir un valor essencial en l'ètica mèdica. Perquè més enllà de la prevenció primària, secundària i terciària... hem de tenir en compte la prevenció quaternària, que consisteix en evitar l'excés de cura en intervencions diagnòstiques, terapèutiques i preventives que podrien provocar un efecte oposat al desitjat.

Els nostres nens, nenes i adolescents esperen el millor de la nostra presa de decisions clíniques com a sanitaris, i el millor és, de vegades, "no res" (explicar, tranquil·litzar, esperar i veure). Tan errònies són les actuacions de tipus 2 (acceptar una hipòtesi falsa) com les de tipus 1 (rebutjar la hipòtesi que és certa), els errors de comissió (fer de més) com els d'omissió (fer de menys). Cal evitar ambdós tipus d'errors a través de la presa de decisions clíniques assenyades, que avui es troben molt esbiaixades a favor de l'intervencionisme tecnològic i de l'etiquetat diagnòstic. El clínic pot sentir-se temptat per la comoditat dels algoritmes o protocols, per la corrent quasi unànime de l'intervencionisme a ultrança i pels fantasmes de les reclamacions judicials per justificar d'aquesta manera una conducta agressiva respecte al procés diagnòstic-terapèutic. El metge no pot ser espectador passiu del patiment del pacient, però tampoc actor que empitjori l'evolució natural amb la seva intervenció.

Una cosa és presentar símptomes i una altra és com es realitza l'agrupament d'aquests símptomes per establir un diagnòstic, a aquest mètode se'l de-

nomina semiologia i això, precisament, és el què no s'ha de fer en els processos de TGD/TEA en una gran majoria dels casos. Segons actuem, millors resultats obtindrem i ens apropem al més alt nivell d'evidències en el tractament.

Berrios ens planteja amb gran encert que "pràcticament res es coneix sobre les causes dels trastorns mentals, la idea de que és possible crear sistemes d'avaluació basats en etiologies especulatives és ridícula, perillosa i poc ètica. Atès que al llarg de la història tots els tractaments proposats en psiquiatria han semblat funcionar d'acord a la Llei dels Terços de Black (un terç es recupera, un terç es recupera parcialment i un terç no es recupera, això és un percentatge gens desdenyable de recuperació del 66%, que és el que avui dia s'obté amb els tractaments psiquiàtrics), i atès que sabem molt poc sobre la naturalesa i el rol de l'efecte placebo, és, per tant, irresponsable ocultar tot això a partir de meta-anàlisis i tècniques afins, que presenten poca sensibilitat matemàtica per detectar diferències en els nivells més baixos (ex.: al nivell de les persones que prenen la medicació)".

I continua Berrios, "és també una perversió epistemològica per als psiquiatres perquè se'ls demana que acceptin la MBE sense altra evidència que el xantatge moral sustentat per la proclama de que la matemàtica representa la forma més elevada de la ciència i, per tant, tot allò que sigui "matemàticament demostrable" triomfa sobre tota la resta. Cap defensor de la MBE ha explicat mai perquè els assajos clínics a gran escala, dissenyats per demostrar que la prescripció i la presa de decisions basada en la MBE, és significativament superior que la presa de decisions basada en el saber i l'experiència dels metges. És una perversió moral que, a efectes de quantificar, determinar els costos i manejar la "prescripció" - que hauria de ser considerada un component menor de la relació metge-pacient-, la MBE necessita implementar una massiva cosificació dels continguts de l'esmentada relació, incloent les profundes negociacions emocionals i l'esquiva resposta placebo intersubjectiva".

**A TALL DE CONCLUSIONS**

Atès que "l'exercici de la medicina romandrà per sempre com un art imperfecte, una indústria defensiva ha nascut per "protegir" als metges de la venda de béns defectuosos i això ha incrementat el ja elevat pressupost sanitari. La MBE creix amb força en aquest context, en tant que ven "evidència" als advocats, tant dels venedors com dels compradors de salut. Enmig d'aquest voraç frenesí, en què tots volen fer una "diferència monetària honesta", la vella relació metge-pacient i el vell pacient sofrent van desaparèixer per sempre. Això és allò veritablement equivocat amb la MBE" (Berrios, 2010).

Per evitar la iatrogènia cal tenir clars els criteris de la nostra intervenció i A. Frances ens recomana realitzar una bona comprensió diagnòstica dels nostres pacients, més encara en els casos d'autismes:

1) Com menor és la gravetat que presenta el cas, més difícil és de diagnosticar. No hi ha una línia que separi clarament la frontera entre allò normal i allò patològic dels trastorns mentals en la infància i l'adolescència. Els problemes més moderats sovint es resolen espontàniament, sense necessitat de diagnòstic ni tractament.

2) Quan tinguem dubtes, és més ètic, més segur i més encertat infra-diagnosticar. Ja que resulta més fàcil incrementar la gravetat del diagnòstic que reduir la gravetat d'un diagnòstic ja realitzat.

3) Els nens i adolescents són especialment difícils de diagnosticar. El seu historial vital és breu, tenen diferents nivells de maduració, poden consumir substàncies d'abús de forma clandestina i són molt reactius a estressors familiars i ambientals. El diagnòstic inicial, probablement, serà inestable i inapropiat.

4) Quan els símptomes psiquiàtrics estan causats per malalties mèdiques i neurològiques i hi ha propensió als efectes secundaris, interaccions i sobredosi dels medicaments, en el cas de nens i adolescents, l'avaluació clínica es dificulta en gran mesura.

5) Cal dedicar el temps que sigui necessari per a l'avaluació i per al tractament. Vol temps efectuar el diagnòstic correcte, per tant cal dedicar el temps adequat per cada entrevista i repetir les entrevistes al llarg del temps per veure com les coses van evolucionant. Excepte en presentacions "clàssiques", un diagnòstic ràpid és, freqüentment, un diagnòstic incorrecte.

6) Cal obtenir tota la informació que es pugui. Mai una sola font d'informació és complerta. La triangulació de les dades de múltiples fonts d'informació o multi-informants porta a un diagnòstic més fiable.

7) Considerar els diagnòstics previs, però no creure'ls cegament. Els diagnòstics incorrectes tenen una vida mitja extensa i una desafortunada capacitat de permanència, simplement per repetició. Sempre cal realitzar l'avaluació pròpia detinguda i curiosa del curs longitudinal complet del subjecte.

8) Revisar constantment el diagnòstic. És especialment necessari quan algú no s'està beneficiant del tractament basat en aquest diagnòstic que s'ha realitzat. Els clínics poden tenir "visió de túnel" un cop ja han fixat un diagnòstic, donant-lo per bo cegament mantenint-se immunes a tota informació que contradigui el mateix.

9) Hipòcrates ens deia que conèixer al pacient és tan important com conèixer la malaltia. No ens hem d'embolicar tant amb els detalls dels símptomes com per perdre'ns el context en el que esdevenen aquests símptomes.

10) "Quan se sent soroll de cascos, hom pensa en el galop de cavalls, no en el de zebres". Això vol dir: quan tinguis dubtes, tria el més probable. Els diagnòstics exòtics o els diagnòstics a la moda, poden ser atractius, però gairebé mai es veuen en la clínica. Ens hem de quedar amb els més comuns. El Prof. F. Querol de la Universidad de Salamanca ens deia: "El més corrent és el més freqüent".

11) Un diagnòstic encertat pot comportar grans beneficis, però un diagnòstic inapropiat pot ser desastrós per al nen i per a la família.

12) No hem d'oblidar el què ens recomana Hipòcrates: "Primum non nocere" o, el què és el mateix, en primer lloc, no perjudicar. ●

**BIBLIOGRAFIA**

**Allen, F.** (2013). *Saving normal*. New York: William Morrow-Harper Collins Publishers.

**APA** (1995). *DSM-IV*. Barcelona: Masson.

**APA** (2000). *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson, 2000.

**Arboleda-Florez, J. y Weiss Tub, D.N.** (1997). *Ethical Research with the Mentally Disordered*. Can. J. Psychiatry, 42, 485-91.

**Atienza, M.** (1996). *Justificar la bioètica: bioètica, derecho y razón práctica*. Claves, 61, 2-15.

**Backlar, P.** (1997). Ethics in Community Mental Health Care: Anticipatory planning Psychiatric Treatment is not quite the same as Planning for end-of-life Care. *Community Mental Health Journal*, 33, 261-68.

**Bachelard, G.** (1981). *El nuevo espíritu científico*. México: Nueva Imagen.

**Bachelard, G.** (1985). *La formación del espíritu científico*. México: Siglo XXI.

**Berrios, G.** (2010). Acerca de la (inquieta) medicina basada en la evidencia. En <http://www.psicoevidencias.es>

**Bloomberg, J. y cols.** (1992). Ethical dilemmas in Child and Adolescent Consultation Psychiatry. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 31, 557-561.

**Blue, I. y Harpham, T.** (1998). Investing in Mental Health Research and development. *Br. J. Psychiatr.*, 172, 294-5.

**Bohórquez Ballesteros, D. M., Alonso Peña, J.R., Canal Bedia, R., Martín Cilleros, M<sup>a</sup> V., García Primo, P., Guisuraga Fernández, Z., Martínez Conejo, A., Herráez García, M<sup>a</sup> M. y Herráez García, L.** (2008). *Un niño con autismo en la familia. Guía básica para familias que han recibido un diagnóstico de autismo para su hijo o hija*. Salamanca: Publicaciones del INICO.

**Cawley, R.H.** (1993). Psychiatry is more than a Science. *British J. Psychiatry*, 162, 154-160.

**Cenzano, A.** (1996). La bioètica y su estética. *Previsión* 117, 28-30.

**Cohen, R.L.** (1992) Child and Adolescent Psychiatry: Mid-course corrections. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 31, 1-5.

**Collins Cobuild** (1987): *English Language Dictionary* Oxford: Oxford University Press.

**Eaton Hoagwood, K. y Cavaleri, M.A.** (2010) Ethical issues in child and adolescent psychosocial treatment research. A Weisz, J.R. y Kazdin, A. (Editores). *Evidence-based Psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guilford.

**Fein, D. et al.** (2012). Optimal outcome in individuals with a history of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. En <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12037>.

**Gaughwin, P.C.** (1998). Ethics, duty of care and Forensic Psychiatric assessment: A legal perspective. *Australian and New Zealand Journal Psychiatry*, 32, 722-7.

**Gonzalez de Rivera, J.L.** (1996). *La ética del diagnóstico: aspectos clínicos*. *Psiquis*, 17, 15-32.

**Gracia, D.** (1989). *Fundamentos de bioètica*. Madrid: Eudema Universidad.

**Gracia, D.** (1991). *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema Universidad.

**Gracia, D.** (1994). Ciencia y ética. En VV.AA.: *Humanismo y ciencia*. La Coruña: Paideia.

**Graham, Ph.** (1984). Ethics and Child Psychiatry. A Bloch, S. y Chodoff, P. (Editores). *Psychiatric Ethics*. New York: Oxford University Press, 235-253.

**Jamoulle, M.** (1986). *Information et informatisation en médecine générale, Les informagiciens* 193-209, Brusel-les: Presses Universitaires de Namur.

**Martínez González C., Riaño Galán I., Sánchez Jacob M. y González de Dios J.** (2014). Prevención cuaternaria. La contención como imperativo ético. *A An Pediatr*, 81, 396.e1-396.e8.

**Messerschmitt, P. y Chadeville-Prigent, M.** (1992). *Ethique en Psychiatrie de l'enfant*. Paris: PUF.

**Moliner, M.** (2010). *Diccionario de uso del español*. Madrid: Gredos.

**Munir, K. y Earls, F.** (1992). Ethical Principles governing research in child and Adolescent Psychiatry. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 31, 408-414.

**Ortiz Lobo A. y Ibañez Rojo V.** (2011). Iatrogenia y prevención cuaternaria en Salud Mental. *Revista Española de Salud Pública*, 85, 513-523.

**Pedreira, J.L.** (1998). Bioètica en las investigaciones en Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. *Anales de Psiquiatría*.

**Pedreira, J.L.** (2003). Diagnóstico diferencial del autismo infantil. En J. Tomás i

Vilaltella (Editores). *El spectrum autista: Evaluación, diagnóstico, neurobiología y tratamiento del autismo*. Barcelona: Laertes, 135-48.

**Pedreira, J.L.** (2009). Trastornos generalizados del desarrollo: Autismo y psicosis. En Palomo, T., Jiménez Arriero, M.A., Fernández Liria, A., Gómez Beneyto, V. y Vallejo, J. (Editores). *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Grupo ENE, 567-592.

**Pedreira, J.L.** (2010). *Habilidades de comunicación en la consulta pediátrica. Los temas de todos los días*. Madrid: Enfoque Editorial, 47-51.

**Pedreira, J.L.** (2012). Prevención cuaternaria e iatrogenia. A Hidalgo, A. i Martín, L.P. (Editores). *Salud Pública, dependencia y Trabajo social*. Madrid: Académica-UNED, 63-64.

**Pedreira Massa, J.L. y González de Dios, J.** (2017). Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). Evaluación diagnóstica e intervención para Pediatras de Atención Primaria con criterios de evidencia científica. *Revista de Pediatría de Atención Primaria* (en prensa).

**Posada de la Paz, M.** (2009). La evaluación de las intervenciones en los Trastornos del Espectro del Autismo. *Evidencias en Pediatría*, vol. 5 Número 2.

**RAE** (2014). *Diccionario de la lengua española*. Madrid: RAE.

**Rusell, B.** (1961). *Science and Ethics, Religion and Science*. New York: Oxford University Press, 223-243.

**Stagno, S.J. y Agich, G.** (1997). Consent in patients with mental illness. *Current Opinion in Psychiatry*, 10, 423-26.

**Sutera, S., Pandey, J., Esser, E., Rosenthal, M., Wilson, L., Barton, M. y Fein, D.** (2007). Predictors of optimal outcome in toddlers diagnosed with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 98-107.

**Pedreira, J.L.** (1983). Office of the Secretary: Children involved as Subjects in Research: Additional Protections. Federal Register, 46, 9814-9820.

**Weiss-Roberts, L.** (1998). The Ethical Basis of Psychiatric Research: Conceptual Issues and Empirical Finding. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 99-110.

**Weiss Tub, D.N. y Arboleda-Florez, J.** (1997). Ethical Research with the Developmentally Disabled. *Can. J. Psychiatry*, 42, 492-96.

**White, R.** (1992). Confidentiality and privilege: Child abuse and Child abduction. *Child Abuse Review*, 1, 60-64.

**Wing, J.** (1984). Ethics and Psychiatric Research. En Bloch, S. i Chodoff, P. (Editors). *Psychiatric Ethics*. New York: Oxford University Press, 277-294.

**Wirshing, D.A., Wirshing, W.C. Marder, S.R., Liberman, R.P. y Mindtz, J.** (1998). Informed Consent: Assessment and Comprehension. *Am. J. Psychiatry*, 155, 1508-11.

# PSICOFÀRMACS I AUTISME: UN DIFÍCIL ENCAIX

– M<sup>a</sup> Teresa Miró i Coll –

**Psiquiatra. Psicoanalista (SEP-IPA).  
Professora titular de la Universitat  
de Barcelona. CSMIJ Gràcia,  
Barcelona (FETB)**

## INTRODUCCIÓ



L'ús de psicofàrmacs en la infància està sotmès a una certa polèmica, no només basada en la discussió sobre la seva utilització sinó també sobre els efectes esperats i els efectes no desitjables, la preocupació respecte a una possible afectació del desenvolupament del nen i de quina forma, etc.

L'any 1986 vaig escriure conjuntament amb Mercè Mitjavila un article sobre la medicalització del desenvolupament infantil on ja mostràvem la nostra preocupació per la creixent aplicació del model mèdic no sempre adient a l'objecte que pretenem estudiar en la psicologia i la clínica psicopatològica infantil.

Algunes famílies quan consulten, habituades als codis de conducta en el món mèdic, ja apliquen unes expectatives que segueixen l'esquema: símptoma = malaltia = aplicació d'un tractament sovint farmacològic encaminat a la supressió del símptoma. Aquest, que és un mètode propi de la medicina, no és aplicable a la psicologia. Dèiem en l'article esmentat que, en el moment en que apareix un obstacle que dificulta o trastorna la relació de l'individu amb l'entorn, la medicalització de l'evolució sovint esdevé una intrusió. Entenem doncs que, en el nostre camp de treball, el símptoma hauria de ser avaluat en un context global que inclogui la consideració del desenvolupament propi del nen i la influència de l'entorn. I en tot cas, considerar si l'objecte

d'estudi és el símptoma o creiem que ho és la organització mental que promou i està en la base del símptoma.

Quan podem abandonar la posició encarada a focalitzar en la fenomenologia i adoptem una actitud reflexiva, podem dirigir la nostra atenció a la totalitat de les diferents formes en què un objecte o una experiència són percebuts pel subjecte i podem adonar-nos de què en tota experiència real rebem més inputs dels que aparentment ens sembla. Això va ser formulat per Goethe quan va dir: «L'experiència és només la meitat de l'experiència» (citada per Otto Dörr, 1996), volent dir que experimentem no només el què la nostra consciència enregistra -seria només la meitat de l'experiència- sinó, alhora, altres impressions i emocions que tenen molt valor com a experiències vitals i també com a dades per avaluar l'estat mental dels nostres pacients. Vull dir amb això, que el símptoma molt sovint és la part visible d'un conflicte, la primera que ens arriba. Però per sota d'aquest, podem trobar molts elements experiencials sense enregistrar conscientment, però que es mantenen actius, que acompanyen a la vida i donen sentit a la conducta i al símptoma. Atendre només al símptoma com a únic senyal, intervenir sobre ell per suprimir-lo, ens fa perdre la gran riquesa del psiquisme humà al mateix temps que entenem que eliminar un símptoma o una conducta no representa la resolució de la causa que el provoca, que és el conflicte psíquic subjacent. Aquest raonament està relacionat amb el que diré després sobre el diagnòstic estructural.

Moncrieff (2013) fa una revisió personal i crítica de la utilització dels psicofàrmacs i diu que el model centrat en el fàrmac, que posa l'èmfasi en la prescripció de psicofàrmacs, ens planteja sempre un equilibri delicat en el què hi participen beneficis i perjudicis. Comenta que els efectes útils d'aquests fàrmacs formen

part d'un «estat induït» pel medicament, com un estat d'intoxicació. La qüestió és plantejar-nos en cada cas si els utilitzem perquè és preferible aquest estat al patiment degut al trastorn que pateix el nostre pacient. Penso que aquesta és la nostra finalitat quan afrontem una possible prescripció farmacològica, poder aconseguir una millor qualitat de vida i que el balanç sigui a favor de reduir el patiment i millorar dinàmiques. La posició que defenso aquí no consistiria en renunciar a l'ús dels psicofàrmacs -que han evitat molt sofriment als pacients i a les seves famílies i han fet tolerable la vida per molta gent-, sinó en que el seu ús s'emmarqui en una estratègia terapèutica global en la què hi participin variats elements en un tractament combinat, en el què el fàrmac i la psicoteràpia del nen i de la família, etc. es vagin trenant, entreteixint i potenciant mútuament. Que el psicofàrmac, disminuint les ansietats, permeti que el nen progressi en el seu procés de separació/individuació i el treball psicoterapèutic, en aquestes condicions, pugui dur-se a terme i sigui més efectiu.

## ELS PSICOFÀRMACS EN ELS CASOS DE TEA

Com assenyalen Vaimberg i Viloca (a González et al., 2014) citant a Kaplan i McCracken (2012), no tenim evidència científica respecte als tractaments farmacològics específics per tractar els dèficits principals dels TEA. No obstant, sí que tenim evidència sobre l'ús de fàrmacs en el tractament de simptomatologia comòrbida en els TEA. Estaríem parlant, doncs, de conductes agressives, irritabilitat, hiperactivitat, conductes repetitives i autolesives, i/o clínica de caire obsessiu. El seu valor i utilitat radiquen en què el psicofàrmac, actuant sobre aquests símptomes, disminuint-los, facilita l'adaptació d'aquests nens i adolescents i, a la vegada, pot modificar la resposta



*"Entenem que eliminar un símptoma o una conducta no representa la resolució de la causa que el provoca, que és conflicte psíquic subjacent."*

de l'entorn, disminuint cercles viciosos. Per últim, també pot possibilitar abordatges psicoterapèutics (Gabbard, 2016) i psicoeducatius. Aquestes reflexions són igualment aplicables no sols a nens amb TEA, sinó també a altres situacions psicopatològiques en les quals el psicofàrmac estigui indicat.

En qualsevol d'aquests casos, la prescripció d'un psicofàrmac per part del/la psiquiatra ha d'estar lligada no sols al necessari coneixement dels fàrmacs disponibles, sinó que, segons la meua opinió, és imprescindible l'establiment d'un diagnòstic ja no diguem fenomenològic, sinó també i, sobretot, un diagnòstic de la organització estructural del pacient. No cal esmentar la importància de considerar l'entorn familiar (comprensió del diagnòstic, acord i acceptació de la prescripció, sense els quals aquesta no seria possible) i de l'entorn escolar. Quan parlo de diagnòstic estructural o d'estructura psíquica, m'estic referint a un concepte basat en la comprensió psicoanalítica de la organització de la personalitat del pacient. Tracta de definir una organització que es va formant des

de l'inici de la vida en total interacció entre les característiques del nen i la influència de les relacions significatives a la seva vida. A mesura que es va formant, constitueix un conjunt d'ansietats, defenses i relacions d'objecte organitzades entre sí de manera singular per a cada individu i que té la característica d'establir pautes de continuïtat i permanència que fan que no s'hagi de crear de novo una resposta quan l'individu s'enfronta a semblants situacions vitals, sinó que respongui de manera similar cada cop que es presenta una experiència també similar (Schwartz, 1981; Miró, 1995). Al llarg de la infància, del que podem parlar és d'estructures mentals en formació. Al coneixement d'aquestes hi podem accedir mitjançant eines indirectes i projectives de diagnòstic, com l'observació del joc, el dibuix, i altres proves establertes com a projectives. Ens proporcionen un coneixement valuós sobre el funcionament psíquic, de forma que el podríem comparar amb la informació que ens pot donar el desplegar un mapa a sobre la taula, metàfora del mapa de l'estructura i l'organització mental.

Segons Díaz-Atienza i cols. (2004) i Kaplan i McCracken (2012), els psicofàrmacs més usats en el tractament dels nens amb TEA són, per ordre de freqüència: neuroleptics, psicoestimulants, ansiolítics, anticonvulsivants i, en menor mesura, antidepressius. En aquests estudis, les indicacions de psicofàrmacs més freqüents van ser en casos de trastorns de conducta i trastorns cursant amb manca d'atenció i hiperactivitat. Com ja hem dit, els psicofàrmacs s'utilitzen preferentment per tractar simptomatologia comòrbida amb la intenció de facilitar les relacions del nen, disminuint conductes disruptives que poden complicar-li les relacions amb els altres, per tal de beneficiar al pacient en el seu creixement.

Tinguem en compte que estem parlant d'una població vulnerable, amb un diagnòstic que engloba característiques psicopatològiques comuns, però d'altres molt heterogènies. En funció d'això, avaluar la indicació i l'eficàcia d'un psicofàrmac esdevé una tasca que s'ha de fer de forma personalitzada en cada cas i en funció de la seva estructura, de les característiques diferencials, de l'estructura i de la resposta al tractament.

## A continuació, revisarem breument els psicofàrmacs més utilitzats:

### NEUROLÈPTICS:

Són fàrmacs associats al tractament de la psicosi. També coneguts com «antipsicòtics», encara que Moncrieff (2013) evita utilitzar aquest terme per considerar que pot portar a entendre equivocadament que aquests fàrmacs tenen la capacitat de revertir la psicosi. Però sí que s'indiquen i poden ser útils en el tractament de conductes agressives i repetitives o alterades en nens amb TEA. Diversos autors, com Vaimberg i Viloca (a González et al., 2014) i Kaplan i McCracken (2012), mencionen la *risperidona* i l'*aripiprazol* com els «antipsicòtics» atípics més utilitzats. Altres neuroleptics són l'*olanzapina* i la *ziprasidona*. Tots els neuroleptics tenen el risc dels seus efectes secundaris en nens, com la síndrome neuroleptica maligna, galactorrea, discinèsies, encara que, ben administrats i ben controlats, aquests efectes no acostumen a ser freqüents.



**PSICOESTIMULANTS:**

Són un grup de fàrmacs que es designen pel tipus d'efecte que produeixen. La principal indicació de la seva prescripció són els símptomes característics del Trastorn per Dèficit d'Atenció amb o sense Hiperactivitat. El diagnòstic de TDAH en pacients amb TEA és un tema molt controvertit, per això he optat aquí per parlar de símptomes i de la hiperactivitat com a símptoma i no com a trastorn. El *metilfenidat* d'alliberament ràpid o retardat és el fàrmac més utilitzat, però també existeixen altres formes i preparats. En alguns casos de TEA, poden associar-se símptomes relacionats amb el TDAH, especialment en TEA d'alt rendiment (Vaimberg i Viloca, a González et al., 2014) i en aquests casos s'indica el *metilfenidat*, sempre amb un control acurat, ja que s'han descrit més efectes adversos que en la població general.

Quintana et al. (1995) publiquen un estudi que investiga sobre l'ús del *metilfenidat* com a tractament d'alguns símptomes seleccionats en TEA. Els autors, encara que consideren que l'ús dels psicoestimulants en trastorns autístics no ha tingut massa avaluacions, inclús s'ha considerat contraindicat, fan un cribratge seleccionant nens amb TEA amb símptomes relacionats amb hiperactivitat i manca d'atenció i els administren *metilfenidat*. Conclouen que van trobar millores en els símptomes ja esmentats. De totes formes, els resultats de l'administració de *metilfenidat* pel què fa als nens amb TEA no té la mateixa resposta positiva com la que es pot observar en la població TDAH sense TEA.

L'*atomoxetina* és un altre fàrmac aprovat per la FDA<sup>2</sup> que s'indica en el tractament dels símptomes del TDAH. No hem trobat estudis consistents en aquests casos.

**ANTIDEPRESSIUS:**

Kaplan i McCracken (2012), basant-se en diversos estudis, consideren els ISRS (Inhibidors Selectius de la Recaptació de la Serotonina) com els an-

tidepressius d'elecció en aquests casos. Les indicacions d'aquests fàrmacs són la clínica depressiva i ansiosa i també són útils en reduir conductes repetitives i símptomes obsessius.

Aquests autors, Kaplan i McCracken (2012), reporten diversos estudis basats en tractaments amb ISRS en nens i adolescents en els què les edats estaven compreses entre els 5 i els 17 anys. Els símptomes obsessius i les conductes repetitives van ser, potser, la problemàtica en la que observen majors beneficis amb aquests fàrmacs. No obstant, també es van constatar en 1/3 d'aquests pacients efectes secundaris, com increment de l'activació, canvis d'humor i insomni. No oblidem que, com dèiem abans, aquest tipus d'organitzacions presenten característiques psicopatològiques comuns, però d'altres molt heterogènies que poden fer que les indicacions farmacològiques útils en altres nens i situacions no TEA, en aquests casos tinguin un percentatge més alt de fracàs o d'aparició d'efectes secundaris.

**ANTICONVULSIVANTS:**

Comorbiditat o coexistència entre TEA i epilèpsia: l'epilèpsia és una malaltia més comú del què ens pensem i que es presenta de forma molt habitual com una comorbiditat en les persones amb TEA. Sovint la detecció de l'epilèpsia en un nen amb TEA ens planteja una dificultat afegida, ja que alguns dels símptomes poden ser confosos amb conductes vinculades a l'autisme. Segons Fuentes-Biggi et al. (2006), el percentatge d'epilèpsia en l'autisme oscil·la entre el 8 i el 30%. Els medicaments antiepilèptics habituals (*àcid valproic, lamotrigina, topiramata, carbamacepina* i altres) han de ser administrats per l'especialista en neurologia en funció dels criteris i protocols existents.

**Per finalitzar, destacaria uns punts principals com a resum:**

1. No hi ha fàrmacs específics pel tractament de l'autisme, ni estudis empírics consistents sobre el seu ús. Això con-

trasta amb el fet de l'ús de psicofàrmacs en aquesta població. Probablement, s'ha infravalorat la comorbiditat psiquiàtrica en aquests pacients.

2. Els fàrmacs més utilitzats són aquells destinats a tractar símptomes i/o patologia associada.

3. L'ús d'aquests fàrmacs tendeix a facilitar la convivència, disminuir simptomatologia i facilitar desenvolupament.

4. Pensem que els psicofàrmacs mai han de substituir altres mesures com les psicoterapèutiques i educatives, sinó facilitar-les per tal que siguin més efectives i es potenciïn mútuament.

5. És aconsellable comptar que el diagnòstic inclogui, a banda de l'imprescindible diagnòstic fenomenològic, un estudi estructural del funcionament psíquic del nostre pacient, que ens orientarà en tots els àmbits del tractament en el llarg camí del treball terapèutic.

6. Plantejar-se cada cas com a únic amb les seves característiques pròpies i tipus de resposta particular al tractament. ●

**BIBLIOGRAFIA**

Díaz Atienza, F., García Pablos, C., Martín Romera, A., i Mercado Sabalote, E. (2004). Patrón de uso de psicofármacos en los trastornos del espectro autista. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del adolescente*, 4-1 i 1-9.

Dörr, O. (1996). *Espacio y tiempo vividos. Estudios de antropología psiquiátrica*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

Fuentes-Biggi, J., et al. (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*. 43, 425-438.

Gabbard, G.O. (2006). The rationale for combining medication and psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 36 (5), 315-319.

González, S., Monreal, N., Morral, A, Reicio, M., Vaimberg, T. i Viloca, I. (2014). El tratamiento de niños con trastorno del espectro autista. Aportación multidisciplinar del Centre Terapèutic-Educatiu Carrilet. *Temas de Psicoanálisis*. 7, 1-38.

Kaplan, G. i McCracken, J.T. (2012). Psychopharmacology of Autism Spectrum Disorders. *Pediatric Clinics of N.A.* 59, 175-187.

Miró, MT. i Mitjavila, M. (1986). La medicalización del desarrollo infantil en la práctica clínica. *Informaciones Psiquiátricas* 103, 73-81.

Miró, MT. (1995). Importancia del diagnóstico de estructura psíquica en la indicación de psicoterapia. *Rev. de la Sociedad Española de Rorschach y Métodos Proyectivos*. 8.

Moncrieff, J. (2013). *Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Barcelona: Herder.

Quintana, H., Birmaher, B., Stedje, D., Lennon S., Freed, J., Bridge, J. i Greenhill, L. (1995). Use of methylphenidate in the treatment of children with autistic disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 25 (3), 283-294.

Schwartz, F. (1981). Psychic Structure. *Int. Journal Psycho-Anal.*, 62, 61-72.



"No hi ha fàrmacs específics pel tractament de l'autisme, ni estudis empírics consistents sobre el seu ús."

<sup>2</sup> Food and Drug Administration (Administració de Medicaments i Aliments, als Estats Units d'Amèrica).

# ELS BENEFICIS DEL PROCÉS CREATIU EN LA TERÀPIA DE NENS AMB TRASTORN DE L'ESPECTRE AUTISTA

– Mònica Recio Crespo –

Psicòloga Sanitària. Màster en Artteràpia. Servei de Tractaments, Formació i Recerca Carrilet, Barcelona

## PROCÉS CREATIU I TEA



Sovint en el treball amb pacients amb Trastorn de l'Espectre Autista, ens trobem immersos en un món força repetitiu i poc imaginatiu, on les dificultats simbòliques i creatives queden paleses de forma clara.

Només en ocasions puntuals, ens trobem davant de pacients que poden tenir unes grans habilitats artístiques i que, atesa la seva dificultat per contenir les idees, poden donar lloc a produccions amb un bon nivell intel·lectual i amb unes especials habilitats viso-espacials.

El meu article es centrarà més en els infants amb TEA amb dificultats simbòliques; proposo ajudar als nostres pacients amb greus dificultats per a la simbolització i la creativitat mitjançant el treball d'aquest aspecte, ja que considero que la creació té una implicació global per al desenvolupament, generant beneficis a nivell sensorial, motriu i cognitiu, que aniré explicant al llarg de l'article.

## QUÈ ÉS LA CREATIVITAT?

L'interès per l'art i per la creació està en la base del nostre desenvolupament com

a éssers intel·ligents. La capacitat per crear és la que ens ha permès evolucionar i anar desenvolupant-nos amb nous recursos i noves estratègies. Des de la creació de les eines per a la caça fins a la creació de les més innovadores tecnologies actuals.

Héctor Fiorini<sup>1</sup>, psiquiatra i psicoanalista, ha tingut molt interès en l'estudi dels processos psíquics implicats en la creativitat artística. En el seu llibre *El Psiquisme Creador*, ens diu que crear és transformar allò possible en actual, és a dir, permetre bussejar en allò que encara no està constituït, allò desconegut i inexistent, per trobar una forma que el pugui fer real i actual. Explica que qui crea planteja un conflicte entre la realitat externa i la interna, cosa que implica una diferenciació i una consciència del jo; ningú no crea del no res sinó a partir d'un món. Es parteix d'aquesta realitat per aventurar-se a un estat de despersonalització i desidentificació que molts artistes descriuen com un buit, un abisme, per ressorgir amb una nova creació, amb un nou sentit, que ha hagut de transgredir l'ordre donat.

Si això és el que passa en el psiquisme, serà doncs impossible o, fins i tot contraproductiu, plantejar la creació artística en els pacients amb TEA?

Bé, si entenem la creativitat com un procés no exclusivament vinculat a l'art, ens podem apropar a definicions com la d'Alonso Monreal<sup>2</sup> que considera que és la capacitat d'utilitzar la informació de forma nova, trobant solucions diferents pels problemes. Els estudis sobre la creativitat

són molt extensos i detallats i queden fora de l'abast d'aquest escrit. Però fins aquí podem entendre que la creativitat és un procés que no només va lligat a la vessant artística sinó també a la vida quotidiana i a la resolució dels conflictes quotidians que, com ja sabem, són aspectes ben conflictius en les persones amb TEA.

## PSICOTERÀPIA: UNA EXPERIÈNCIA ARTÍSTICA

Si entenem la creativitat com una manera de canviar les coses donades per altres de noves, podem pensar que el treball terapèutic té molt de creatiu, ja que el que es pretén en la psicoteràpia és que el pacient aconsegueixi trobar noves formes de relació i comprensió de les seves experiències tant internes com externes.

Fiorini considera l'espai psicoterapèutic com un espai creador, on els pacients són "escultors dels terapeutes". Em sembla especialment interessant aquesta descripció perquè dóna una importància cabdal al pacient, a la seva activitat com a agent i motor de canvi i, d'altra banda, entén la figura del terapeuta com algú flexible, modelable, atent a les necessitats i disposat a potenciar una relació amb una forma nova, desconeguda.

Describeix l'activitat del psicoterapeuta com quelcom amb una alta creativitat que només pot aconseguir-se amb la implicació amb el pacient. "La psicoteràpia es dóna en la superposició de dues zones de joc: la del pacient i la del terapeuta. [...] quan el joc no és possible, la tasca del terapeuta s'orienta a portar al pacient, d'un estat en què no es pot jugar

a un en el què és possible fer-ho." (Winnicott pàg. 61, 1999)<sup>3</sup>. Serà gràcies a la relació creativa amb la psicoteràpia on es pot donar la reparació dels objectes transicionals.

Per tant, podem entendre el treball psicoterapèutic com una experiència artística, on ens hem de deixar portar per la nostra pròpia creativitat, per la possibilitat de fer possible allò impossible, transformant allò donat en un nou possible. Sentint amb els nostres pacients el caos, la desesperació i la incapacitat per, finalment, trobar que tot aquell caos desemboca en quelcom diferent, en un petit canvi, un nou joc, una nova mirada o una nova possibilitat.

Winnicott ens va fer aportacions molt valuoses per a la intervenció en els nens. Ell considerava que per poder accedir al món extern, per poder accedir al símbol, hi ha d'haver una actitud activa de l'infant, ha d'haver un "fer" i que en aquest fer és com s'existeix. També ens apropa a la importància del joc i afirma que jugar és fer, per tant, per un infant el joc serà una manera d'existir.

Si els pacients amb TEA tenen moltes dificultats per jugar, també tindran dificultats en tot allò que implica "ésser": integració del món exterior, ponts interns de connexió amb l'exterior, existir de forma plena i diferenciada...

L'activitat plàstica i creativa és una de les maneres de jugar dels infants. S'ha vist com, quan no hi ha dificultats, els infants tenen un impuls irrefrenable per guixar amb un llapis, guix, retolador o per explorar amb farina, aixafar plastilina... és un llenguatge espontani i proper, que desvetlla interès i on se senten segurs.

Proposo fer servir amb els infants amb TEA el procés creatiu com una manera d'apropar-nos a la possibilitat de jugar, de crear, de fer, per tant, d'existir i diferenciar-se.

## L'ACCÉS A LA SIMBOLITZACIÓ A TRAVÉS DE LA CREATIÓ

La simbolització és necessària per al desenvolupament psíquic i bàsica per a la

representació del món, l'accés al pensament i al llenguatge. Per tant, haurem de treballar molt en aquest aspecte per ajudar als pacients amb TEA a accedir-hi.

Segons Winnicott, la manca de l'objecte o l'amenaça d'una privació és la que mou al subjecte a crear un objecte que, encara que no el pugui representar de forma complerta, constitueix un objecte jo i no-jo alhora, que permeti acceptar la realitat de forma no amenaçadora. Aquest objecte el va anomenar "objecte transicional", el qual estaria en una zona intermitja d'experiència, entre la realitat externa i la interna, com el somni, i que necessita de l'intercanvi d'aquestes realitats.

Aquests objectes transicionals serien objectes creats per l'infant, uns presímbols que permetrien el pas cap a la simbolització. La creació d'aquests objectes es dóna a l'espai potencial, que és aquest espai de confiança entre el bebè i la mare, on el món no és persecutori. La confiança serà la base necessària per a què l'infant explori el món i creï aquests objectes que, un cop interioritzats, representaran la realitat i permetran el funcionament de l'aparell psíquic. Winnicott diu que "la tasca d'acceptació de la realitat mai queda finalitzada, cap ser humà queda lliure de la tensió de vincular la realitat interna amb l'externa" i que l'alleujament d'aquesta tensió el proporciona una zona intermitja d'experiència que no és objecte d'atacs (les arts, la religió, etc.). Aquesta zona és una continuació directa de la zona de joc del nen petit que "es perd" en els seus jocs." (pàg. 31, 1999)

Com he dit abans, per Winnicott, jugar és ser. Per tant, jugar està a la base del desenvolupament, la individuació i la percepció del món, és un anar sent. I és just aquí on trobem la creativitat. En el mateix origen del ser en desenvolupament que s'estableix a partir del fet de jugar un viure creador i una vida enriquida.

De la mateixa manera, per Piaget la imitació i el joc imitatiu seran les eines d'aprenentatge bàsiques en l'etapa sensorio-motriu. Després, el joc imitatiu

s'anirà interioritzant fins a arribar al joc simbòlic. Considera el joc com el principal procés de simbolització i inclou l'expressió plàstica en aquest.

Proposo jugar a través de la plàstica, dels materials plàstics, per apropar i portar als infants amb TEA a l'experiència creadora, al desig per explorar i investigar. El resultat d'aquest procés, l'obra artística, es pot entendre com "l'objecte transicional" que permet l'absència de l'objecte i la creació del símbol, del pensament. La teràpia artística hauria de permetre tornar al punt on va quedar esgarrat aquest procés de creixement mental saludable per a restaurar, en la mesura del possible, aquesta angoixa de separació de l'objecte que no va permetre la internalització d'aquest i, per tant, la seva possibilitat de ser simbolitzat.

## NIVELLS D'UTILITAT DE L'ARTTERÀPIA EN ELS INFANTS AMB TEA

Ara us proposaré entendre al pacient amb TEA que tenim a la sessió com un petit artista. Entendre que està en un context terapèutic artístic, on els dibuixos són quadres, on els xurros de plastilina són escultures i la pintura sobre les mans i el paper una performance.

L'artteràpia és una tècnica terapèutica que utilitza el procés creatiu, la transformació de materials plàstics i artístics per expressar-se i comunicar-se (amb o sense la paraula).

Un dels aspectes diferencials en l'artteràpia respecte d'altres psicoteràpies és el que Shaverien<sup>4</sup> denomina el "triangle terapèutic", on a cada vèrtex trobem pacient, obra i terapeuta i els costats del triangle són fletxes bidireccionals que indiquen o representen que els tres elements del triangle estan interconnectats i on es donen transferències i contratransferències.

## Exemplificaré aquest fet:

Posem el cas d'un nen amb TEA amb certes dificultats de coordinació i motricitat fina, que té el desig de fer un bonic quadre amb pintures. S'esforça i sembla

<sup>1</sup> Fiorini, H. (2007). *El psiquisme creador*. Vitoria: Colección música, arte y proceso. Vitoria: Producciones Agruparte.

<sup>2</sup> Alonso Monreal, C. (2000). *¿Qué es la creatividad?* Madrid: Biblioteca Nueva.

<sup>3</sup> Winnicott, D. (1999). *Realidad y juego*. Barcelona: Editorial Gedisa.

<sup>4</sup> Shaverien, J. (1991). *The revealing image: analytical art psychotherapy in theory and practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.

haver-hi una voluntat per fer-ho bé, el nen està concentrat, atent als traços, a les línies del pinzell, als colors... El terapeuta sent que és un moment d'intimitat positiu. El quadre va guanyant protagonisme, els colors comencen a barrejar-se i regalimar, sembla que l'obra està perdent sentit i el nen comença a inquietar-se. El resultat final no ha agradat al nen i s'enfada, generalitzant el seu enuig cap al terapeuta qui, d'altra banda, veu un quadre ple de colors brillants, però també sent la decepció profunda del nen.

És a dir, la producció ens comunica, no sempre, el que volem i ens transmet coses diferents a cadascú. El valor de l'artteràpia serà no perdre de vista la part comunicativa de l'obra, tant pel creador com per l'espectador. De la mateixa manera que una obra en un museu, la qual serà interpretada de formes diferents en funció de l'espectador que tingui al davant, sense oblidar-nos (a diferència del què passa en un museu) del què el pacient/artista ens comunica en el procés de creació, que pot ser coherent amb l'obra o no. L'artteràpia s'ha d'entendre com una intervenció global que té en compte els aspectes mentals, corporals i estètics. Que té implicacions a nivell cognitiu, motriu i cognitiu-emocional.

A continuació, intentaré profunditzar en les implicacions en aquests tres factors que he comentat, sabent que tots tres estan íntimament interrelacionats.

## 1. Nivell sensorial

Sabem que els pacients amb TEA tenen unes qualitats diferents en la percepció. Ens podem trobar persones hipersensibles als estímuls auditius o visuals o olfactius o tàctils..., tant per excés com per defecte. Persones que no toleren les llums intenses o que s'autoestimulen amb les llums. N'hi ha que no suporten el soroll i altres que criden constantment i

n'hi ha, també, que tenen un sentit musical extraordinari.

En qualsevol dels casos plantejats, trobem dificultats per a la integració sensorial dels diferents canals sensorials i dificultats per discriminar i diferenciar entre els estímuls importants i els què no ho són (forma/fons). També dificultats per poder captar la coherència global i una tendència a maximitzar els detalls, quedant abromats per l'excés d'informació.

L'artteràpia ofereix la possibilitat d'un ampli ventall de sensacions, des de la duresa de la fusta a la delicadesa del paper de seda o el cotó, des dels colors neutres com el blanc del full a les cartolines brillants metal·litzades, des dels materials modelables humits com el fang fins a la plastilina dura, des de materials que s'enganxen a les mans com altres que són difícils d'agafar com la sorra.

Serà un repte trobar la via sensorial d'accés més oberta o disponible. Per connectar amb el sistema del plaer perceptiu, perquè això ens obrirà un canal cap a la comunicació plaent, cap a la percepció que el món no és tan hostil.

Biederman i Vessel<sup>5</sup> (2007) proposen uns circuits cerebrals implicats en el plaer perceptiu. Asseguren que els sers humans som infodevoradors, ens encanta conèixer coses, l'adquisició d'informació no és un costum sinó una necessitat i un plaer. L'absorció d'informació es relaciona amb l'activitat dels sistemes cerebrals de recompensa i circuits de plaer perceptiu. Lewis i col.<sup>6</sup> (1981) descobriren que la densitat de receptors "mu" (implicats en l'anestèsia i efectes psicoactius dels opioides) era especialment alta en les regions cerebrals implicades en el processament de la informació. La seva densitat augmenta a l'àrea visual ventral que intervé en el reconeixement de formes i escenes. L'habitació sensorial desactiva els receptors, per tant, la recerca de

nous estímuls visuals es fa per mantenir el plaer.

En els pacients amb autisme, ens podem trobar o bé aquells que recerquen constantment aquest plaer perceptiu, però de forma aïllada, o bé els que senten agressives aquestes percepcions. Tant en un cas com en l'altre, el nostre treball serà ajudar o bé a connectar amb el plaer o bé a poder-lo compartir, acceptant als altres en les seves experiències de forma tranquil·la.

L'espai artteràpèutic ens ha de permetre tenir temps, hauria de ser un espai que tingués la funció de zona intermitja proposada per Winnicott. Un espai potencial per investigar, per recrear-nos en els detalls, en els elements visuals i tàctils. En la descripció detallada d'aquests i en la conscienciació de les diferències. La definició del jo parteix de la noció de no-jo. Quan la pell s'acaba, comença una altra cosa, amb sensacions diferents, que puc notar com quelcom no-jo, sense que encara sigui una cosa diferent de mi, estímulant la diferenciació.

Seguint l'esquema psicopedagògic de la Dra. Júlia Coromines<sup>7</sup>, podem anar integrant les sensacions amb les emocions i més tard la cognició. Desenvoluparíem primer un nivell descriptiu del què fa, d'allò que té al davant, d'allò que fa amb el material, després el suggeriment de la sensació que sent o hauria de sentir, per després connectar l'experiència sensorial i el reconeixement d'aquest sentiment i finalment estimular el record d'allò viscut.

Segons Streri<sup>8</sup> (1990), un objecte no pot ser percebut com exterior a un mateix sinó és après a la vegada per almenys dos canals sensorials. En l'artteràpia, podem estimular la percepció dels objectes de forma multimodal, afavorint el reconeixement global d'aquests i ajudant a la integració de les percepcions que entren per vies diferents.

Així, si intentem fer en volum un cargol o una casa, estem aportant més elements perceptius per afavorir la integració sensorial.

La variabilitat dels materials plàstics pot ser tanta com vulguem, tot pot esdevenir artístic: un tub de cartró, un botó, unes puntes de llapis, trossets de paper, robes... Podem decidir els materials en funció de les necessitats que observem, ens podem adequar al nivell de desenvolupament del nen o pacient que tenim al davant. També ens podem ajustar a l'edat, ja que l'expressió plàstica no coneix d'edat. Els materials plàstics no tenen qualitats simbòliques per sí sols, els hem d'investir d'aquesta qualitat i ho podem fer en la mida que els nostres pacients estiguin preparats.

## 2. Nivell motriu

Sovint, els infants amb TEA tenen dificultats motrius acompanyades, de fet les dificultats motrius són un dels signes d'alarma en els primers mesos de vida (Mestres i Busquets, 2016<sup>9</sup>).

Les dificultats per percebre el cos d'una manera integrada, les dificultats per planificar els moviments per a l'execució d'accions concretes i la recerca de sensacions motrius, fa que sovint facin un ús estrany del cos, amb descoordinació general, dificultats en l'autopercepció o propiocepció corporal, lateralitat...

Amb el treball artteràpèutic podem potenciar aquestes mancances entenent el cos com un agent actiu per a la realització d'accions, utilitzar el cos per fer moviments amplis, treballar en el pla vertical, drets i no asseguts, o al terra, fer servir papers grans, etc., ens permetrà treballar la conscienciació del cos, la integració de les parts i ajudarem a una planificació dels moviments per executar allò que realment volem fer.

Les dificultats visuals també són habituals. Els ulls són els òrgans que estímu-

len més al cervell (recordem els estudis sobre el plaer perceptiu), per això, el bon ús d'aquests influirà de forma decisiva en el desenvolupament cognitiu, ja que d'ells depèn en gran mesura la percepció. Sovint, mostren dificultats en la coordinació ocular, dificultats en la convergència i divergència, eines fonamentals per al bon enfoc i la percepció de la profunditat, així com la relació dels objectes en l'espai.

Quan fem plàstica estem estímulant els sentits i la vista principalment.

Igualment, la coordinació mà-ull està en molts casos compromesa i sovint la mà no aconsegueix allò que l'ull vol, per tant, el treball dels ulls i de les mans serà necessari.

Les mans són la primera part del cos desplaçable de l'organisme que entra en relació amb l'objecte i obeeix la intencionalitat del subjecte, segons Coromines<sup>10</sup>, l'ús de la mà és una renúncia a l'omnipotència<sup>11</sup>, és a dir, és acceptar que he de moure'm cap a l'exterior per aconseguir allò que necessito.

Les mans dels infants amb TEA acostumen a tenir un to poc adequat, poden ser mans toves, poc útils, que toquen poc o mans massa tenses que no permeten treballar bé (Morral, 2016)<sup>12</sup>. Ajudar a prendre consciència de les mans i poder ser més flexibles, serà un treball cabdal.

Amb l'artteràpia podem fer jocs d'estrènyer i deixar anar, de fort-suau, fem servir materials tous i durs, on necessitem mans actives i fortes o, tot el contrari, mans delicades. Igualment, treballarem de forma lúdica la pressió del llapis, del pinzell, dels retoladors... anirem parlant de les diferències i, al no treballar directament sobre aprenentatges, sinó en la recerca del plaer, podem estimular el seu ús en altres contextos menys lúdics, com pot ser l'escolar.

Molts dels pacients que portem tenen un recorregut vinculat a l'escola i, en moltes ocasions, es mostren resistents als

aprenentatges i qualsevol cosa que recordi a escola la poden rebutjar; les famílies sovint comenten aquestes experiències a casa. L'artteràpia pot fer de pont o de retrobament amb aquests materials com quelcom que també pot ser divertit i lúdic.

Amb el treball amb materials plàstics també haurem d'estimular la coordinació bimanual i la conscienciació de les mans, com a globalitat i també com a conjunt de parts independents, canell, palmell, dits, i sobretot l'ús independent dels dits.

Si recordem l'homuncle de Penfield, que és una representació pictòrica de les divisions anatòmiques de l'escorça motora primària i l'escorça somatèsica primària, podem observar que les mans, juntament amb la boca són les parts del cos que més ocupen.

Precisament per aquest fet, trobarem en els nadons una intensa interacció entre la mà i la boca fins que, mica en mica cada part es va diferenciant. La Dra. Coromines va donar especial importància a les mans i a la seva funció en el desenvolupament psíquic i en l'adquisició de la simbolització. Com he comentat abans, segons Coromines, l'ús de la mà pressuposa que hom pot agafar un objecte, tenir-lo a la mà, sense que passi a formar part del subjecte, és a dir, conservant les seves característiques, per tant, representaria la renúncia a l'omnipotència. Quan això no es pot donar, com passa sovint en l'autisme, trobem funcions de la mà que han quedat enclavades en estadis primitius. Els nadons, en els primers dies de vida, estan en una etapa de fusió de la boca amb el pit, les mans no existeixen i el moviment d'aquestes està lligat a un reflex de la succió, donant-se una unitat mà-boca, fent servir les mans com a boca. Sovint, això ho trobem en els nostres pacients. Per exemple, només poden menjar si toquen i desfan el menjar amb les mans o l'exploren tot amb la boca sense fer servir les mans per aquesta funció. En aquests casos, no es tenen en compte

5 Citats a Gándara, J. de la (2008). "Psico-neuro-biología de la creatividad artística". *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. Vol. 8, nº 1, pp. 29-46. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/psicologia/psico-neuro-biologia-de-la-creatividad-artistica/#>

6 Idem.

7 Coromines, J. (1991). *Picopatología i desenvolupament arcaics*. Barcelona: Espax..

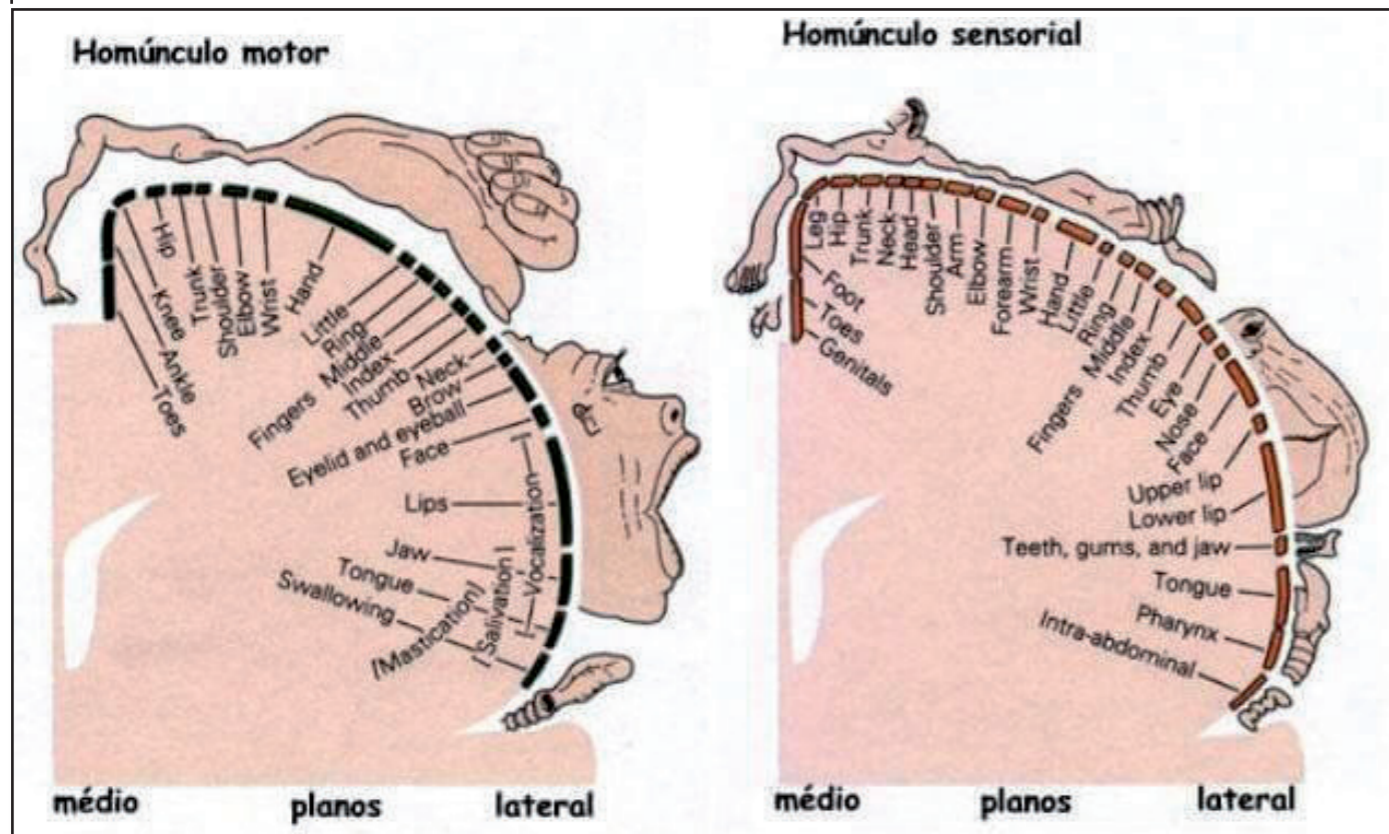
8 Streri, A. (1990). *Relations between vision and touch. Perception and motor activity*. A Bloch, H. Bertenthal, B. I. (Eds.). *Sensory-Motor Organizations and Development in Infancy and Early Childhood*, pp.337-344. Recuperat de [https://www.researchgate.net/profile/Arlette\\_Streri/publications/3](https://www.researchgate.net/profile/Arlette_Streri/publications/3)

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

10 Coromines, J. (1984). Oralització i altres aspectes de la funció primitiva de la mà. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol 1, nº1, pp. 49-74.

11 Coromines, J. (1984). idem.

12 Morral, A. (2016). El cuerpo del niño con trastorno del espectro autista. Algunas ideas sobre la comprensión y el abordaje. *Revista Entre líneas*. Vol. 38, pp. 23-30.



les praxis manuals i la qualitat de les mans sinó la seva funció boca, cosa que es dona, segons Coromines, en les posicions esquizo-paranoides, on el subjecte i l'objecte estan poc diferenciats.

Hi ha una gran complexitat en la forma com les mans passen a ser símbols complets i, en molts casos, es pot veure una etapa intermitja entre indiferenciació i diferenciació, que és l'ús parcial de les mans, les mans no es perceben en la seva totalitat i poden sentir-se, per exemple, molt agressives.

Si es dona el desenvolupament correcte, finalment la mà arribarà a la seva funció simbòlica, que en la nostra societat és veu en el gest convencional de donar-se la mà, l'aliança de boda, etc.

### 3. Nivell cognitiu i emocional

S'han fet molts estudis sobre quines són les parts del cervell implicades en la creativitat. Destacaré els estudis de

neuroimatge fets per Rosa Chávez et al. (2004)<sup>13</sup>, on van descobrir que hi ha una hiperactivació cerebral, bloquejant-se el ritme alfa (el de l'estat de relaxació), en el moment de la creació i major nivell alfa en el moment de la inspiració, trobant-se un increment del flux cerebral a les àrees involucrades en el processament multimodal, processament de les emocions i funcions cognitives complexes. La creativitat és un procés dinàmic que implica la integració de tots aquests processos.

El psiquiatra Gándara (2008)<sup>14</sup>, fa un recull dels estudis cerebrals fets sobre creativitat, on s'associa la creativitat amb el funcionament de l'escorça temporo-occipito-parietal (TOP), àrees de Brodman i la seva interacció amb l'escorça prefrontal (CPF, àrees 9 i 20) que porten a terme el treball d'associació i síntesi, propis dels processos mentals complexos, com les activitats simbòliques, l'anticipació i l'abstracció. L'escorça prefron-

tal té la funció de focalitzar els estímuls importants i suprimir els secundaris, així com preveure, planejar i organitzar actes i pensaments. De manera que els intercanvis entre TOP, CPF i altres àrees serien molt grans, com les zones medials dels hemisferis cerebrals com el cingle i l'hipocamp, relacionades amb el to emocional. Finalment, la formació reticular, que té funcions vitals de l'organisme i estat de consciència, com la gestió de les respostes fisiològiques front als estímuls emocionals, es manté en una alta disposició per ser activada.

En conclusió, les àrees de major activitat cerebral durant el procés creatiu estan involucrades en el processament multimodal, en funcions cognitives complexes i en el processament de les emocions.

Si pensem en les característiques del funcionament cerebral dels infants amb TEA podem veure com justament fallen

en molts dels aspectes necessaris per a la creativitat. Algunes de les característiques cerebrals en els infants afectats de TEA, segons estudis realitzats<sup>15</sup>, demostren que hi ha un major volum cerebral i de substància blanca, que està formada principalment pels axons neuronals, els quals estan coberts de mielina i aquesta massa blanca protegeix les fibres nervioses, millora la velocitat i transmissió de les senyals elèctriques nervioses.

També s'ha vist un menor nombre de cèl·lules de Purkinje, situades al cervell, les neurones d'aquesta regió són neurones de projecció cap a nuclis cerebel·losos i fan sinapsis inhibidores que alliberen GABA, un neurotransmissor inhibidor del sistema nerviós central que regula l'excitabilitat neuronal i és responsable directe de la regulació del to muscular. També s'ha observat major connectivitat local i menor connectivitat de llarga distància. Alhora es comprova una disminució de les neurones amb funcions de connexió entre neurones receptores de les sensacions, el tàlem, processador de les emocions, i el còrtex (principalment frontal), processador de la intencionalitat i representació simbòlica. Per últim, també hi ha una reducció de les neurones mirall, que són neurones motores que s'activen davant de les accions dels altres, que tindrien una importància rellevant en l'aprenentatge per imitació i podrien ajudar a entendre les intencions i emocions dels altres.

Tenint en compte tot això i pensant en la plasticitat cerebral, proposo l'ús de la plàstica com una forma d'estimulació, de potenciament de la creativitat, que afavorirà de forma global a les persones amb TEA i promourà un desenvolupament cerebral més interconnectat entre les diferents àrees.

A més a més estem potenciant la capacitat de fer, passar a l'acció, i com hem vist anteriorment, fer és existir; per tant, serà un pas important per al procés de diferenciació i simbolització.

Tenint en compte el què abans hem citat sobre els objectes transicionals de

Winnicott, trobem una aportació propera, en Víctor Guerra<sup>16</sup>, que ens parla d'objectes tutors, que no són objectes transicionals pròpiament però que descriu com objectes que s'han investit d'una càrrega emocional pel què ha representat en la relació amb el terapeuta. En l'artteràpia, les obres creades pels nens són investides emocionalment i tenen una forta càrrega, per això és que proposo poden fer la funció d'objectes transicionals. Aquestes obres hauran de guardar-se i preservar-se, ens serviran de record i podrem treballar, entre d'altres coses, la permanència de l'objecte, primer de forma concreta per després anar cap a la interiorització d'aquest objecte en un símbol.

Treballem també amb la necessària confrontació entre el desig i la realitat, allò que vull fer i allò que realment puc fer amb els materials, els quals tenen propietats que es regeixen per la llei de la matèria. Això ajuda en el treball de la tolerància a la frustració, a la pèrdua progressiva de l'omnipotència, i al necessari re-ajust, el que fa que la persona amb TEA hagi de plantejar alternatives, possibilitats innovadores que desencallin l'obra. De manera que treballem sobre la flexibilitat i la improvisació.

Durant tot el procés de creació es generen emocions que si anem verbalitzant podem apropar a la conscienciació sobre els estats emocionals, la manera de pensar-los i gestionar-los.

Finalment, també és una eina que ens serveix per comunicar-nos sense fer servir la paraula, potenciant tots els recursos comunicatius.

### Un cas clínic:

En Jordi és un nen amb TEA nascut al setembre de 2008 i que arriba al Servei de Tractaments Carrilet al novembre de 2012, després d'uns dos anys en el CDIAP. Comenten que hi ha hagut molts avanços, però que encara li costa comunicar-se, té un llenguatge força repetitiu, té dificultats per relacionar-se amb els

altres nens i té tendència a excitar-se, no els rebutja, però pot ser molt invasiu. També la família diu que té dificultats en el joc, tot i que és capaç d'iniciar algun tipus de joc simbòlic. Pot quedar-se fixat en les rodes dels cotxes i en interessos més repetitius com els logos, el metro i els pàrquings.

Quan conec al Jordi es mostra molt inhibidit, té un to muscular molt elevat i transmet un nivell d'ansietat alt, la nova situació el bloqueja, tot i que no la rebutja. Té dificultats per mantenir un joc o una activitat amb la terapeuta i sovint queda absorbit en les sensacions que produeixen els materials. Al principi demana activitats amb fang i plastilina, amb el corró les aixafa i allisa i després passa els dits mirant molt atentament l'activitat, gaudeix d'aquestes sensacions i queda atrapat en aquest món deixant-me allunyada, quasi inexistent (foto1). Tot i així, jo des de la distància puc anar dient coses com "està mullat, passes el dit, s'embruta la mà, queda enganxat al dit, a la taula...". A vegades les meves intervencions semblen caure en un buit i d'altres semblen destorbar la seva pau. Pot respondre amb un somriure o amb alguna provocació, com intentar tacar les parets o a mi, mentre riu esperant una resposta de reprovació. Sembla tenir ben clar com funciona la relació quan ell fa quelcom que no està bé i, per tal de tenir-me sota el control del predictable, busca que jo actui d'una forma que coneix. Però és just el que nosaltres en la nostra intervenció intentarem canviar. Ajudarem al Jordi a trobar altres formes de relació, potser no tan predictibles, però més riques. La meua resposta no sempre serà igual, també dependrà del nivell de confiança, del què penso que ell pot aguantar, de com em senti jo aquell dia, però sovint actuo en tres nivells. La que és igualment descriptiva ("ara sembla que t'agradaria continuar amb aquesta sensació per les parets"), la que intenta donar un sentit a la seva acció ("ui! Quin ensurt! Tu, que estaves

13 Chávez, R. et al. (2004). Neurobiología de la creatividad: resultados preliminares de un estudio de la actividad cerebral. *Salud Mental*. Vol.27, nº3. Recuperat de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58232706.pdf>

14 Gándara, J. de la (2008). "Psico-neuro-biología de la creatividad artística". *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. Vol. 8, nº 1, pp. 29-46. Recuperat de <http://www.psiquiatria.com/psicologia/psico-neuro-biologia-de-la-creatividad-artistica/#>

15 Palau-Baduell, M. et al. (2012). Autismo y conectividad neural. *Revista Neurología*. Vol. 54 (Supl. 1), pp. 31-39. Recuperat de: <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/10/autismo-y-conectividad-neural.pdf>

16 Guerra, V. (2015). Indicadores de intersubjetividad (0-2 años) en el desarrollo de la autonomía del bebé. Recuperat de <http://ciclosdavid.com/wp-content/uploads/2015/04/INDICADORES-DE-INTERSUBJETIVIDAD-FINAL.pdf>

tan concentrat, la Mònica parla i ara et poses a tacar les parets”) i la que, si l’acció continua, intenta redreçar (“estic pensant que el paper t’ha quedat petit, mira, posaré un de gran a la paret perquè ho puguis fer sense problemes i no haguem de patir per la paret”). Aquesta tercera és la que es diferenciaria més en l’artteràpia, ja que es dona una proposta

sensorial que això li desvetllava. És a dir, que el Jordi m’ensenyava com eren d’importants per ell les sensacions, la recerca sensorial, era com una mena d’investigador-científic, descobria cada matís de la matèria, sense pressa. Poder parlar d’això i donar-li espai perquè fos ell qui mica en mica s’anés sentint segur per sortir a la recerca de l’altre, va permetre



Foto 1

creativa i activa per desencallar una acció repetitiva o perversa.

Tenia resistència a fer coses en paper, ja fos amb llapis o pintura, però quan les feia mostrava una immaduresa en la motricitat fina i en la representació (foto2). Quan ell s’adonava d’aquesta dificultat i no li sortia el què ell volia fer o, al revés, li estava sortint i notava de forma massa conscient estar fent junt amb l’altra, es posava nerviós i excitat, tallant l’activitat amb un seguit d’actuacions provocatives com les descrites abans, on quedava enredat en una mena d’actuació hiperactiva i podia mostrar-se agressiu, donant cops a la terapeuta de forma excitada i era difícil sortir-se’n.

Mica en mica, va anar guanyant en confiança, en capacitat comunicativa i també en capacitat simbòlica, va fer com un salt cap a la incipient representació que va suposar un gran avanç pel Jordi, qui semblava estar entenent el seu entorn d’una manera menys persecutòria (foto3).

Va començar a mostrar plaer per les activitats com la pintura i el dibuix, però sovint podia quedar absorbt en el plaer

que jo tingués cada vegada més espai en el seu joc, tot i que podia excitar-se quan la relació era massa intensa per ell.

Paral·lelament, va interessar-se per la representació amb plastilina, feia ninos amb boles enganxades i cada bola era una part del cos. Per una banda, hi havia una certa discriminació i diferenciació, però era poc articulada encara, era una diferenciació poc integrada, parcial i fàcil de tornar a desmembrar-se.

Vam jugar repetidament a jocs molt clàssics com amagar-se o “1,2,3, pica paret” i això ens va permetre anar parlant del què l’altre no veu però s’imagina, de la raó perquè ens troben, les pistes que donem als altres, com és de difícil aguantar fins que s’acabi la cançó per girar-se... El Jordi necessitava desgranar, cada norma, cada raó i així va anar entenent com funcionava el món i els altres, encara que no sempre podia seguir les normes.

També es va anar interessant pel joc amb ninos, tot i que era també repetitiu, però podia començar a construir històries, que al llarg de les sessions podíem anar enriquint. Primer vam cons-

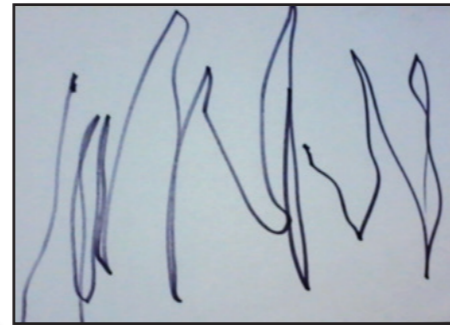


Foto 2

truir un vaixell, els ninos entraven en ell i navegaven, encara no hi havia objectiu en aquesta navegació, el joc era pujar-los, fer-los viatjar i vigilar que no caiguessin. Podíem pensar diferents maneres de fer amb els ninos perquè no els hi li caigués el cap o les cames i podíem anar pensant en com les coses no es podien ajuntar per contacte sinó que necessitaven que es connectessin internament, amb escuradents, per exemple. Això ho podíem lligar amb el nostre esquelet que unia el cap i el cos, els braços... De manera que, parlant d’una cosa concreta i externa, parlàvem també simbòlicament de com podíem fer per connectar les idees, les emocions i que no caiguessin, sinó que establíssim connexions fortes i duradores.

Aquest vaixell baixava de la taula i viatjava pel “fons del mar”, però li podíem



Foto 3

afegir més idees al joc, ja que els vaixells quan fan això és perquè s’enfonsen, no perquè naveguen. El Jordi, un dia, va tenir la idea de construir un submarí. No sabia ben bé com fer-ho i tampoc podia demanar ajuda. Com sempre des de la paraula li ofereixo ajuda, sense intervenir en les seves coses perquè no em rebutgés, només amb paraules recordant: “la Mònica està aquí per ajudar-te, pot-

ser podem mirar junts com fer-ho”. Amb espera ell podia demanar-me ajuda i col·laboràvem en la construcció conjunta del submarí (foto 4).

Amb el temps anava acceptant i demanant ajuda de forma més tranquil·la, de manera que jo podia sentir-me més integrada en les seves propostes. El joc anava enriquint-se. Els ninos primer anaven en vaixell, els pujava un a un i en un ordre determinat, després els col·locava dintre del submarí en el mateix ordre i els estrenyia perquè hi cabessin tots. Jo podia anar anomenant aquest entaforament de ninos, que tant sí com no havien d’entrar perquè era l’ordre que ell havia decidit. Intentava vincular-ho amb sentir dintre amb totes les coses que passen al llarg del dia, que es confonen i amuntonen. El submarí feia un recorregut pel terra de la sala i acabava a la taula, on tots els ninos baixaven i tornaven al vaixell de nou. Aquest ordre s’havia de repetir sempre i era molt angoixant si la sessió havia d’acabar abans de poder finalitzar aquest ritual, cosa que també ens permetia anar vinculant l’experiència de la teràpia amb les coses que ell necessitava fora per sentir-se tranquil.

Vaig anar proposant-li la idea de tenir un submarí que anés a algun lloc, que tingués algun objectiu i se li va ocórrer que anés a buscar un tresor a una illa. Així que ja havíem de pensar com fer l’illa i el tresor. Després va pensar en fer un coet per viatjar a la lluna. El joc era força repetitiu i ritualitzat, però anava ampliant les possibilitats, els ninos podien tenir accidents, ofegar-se, ser rescatats...

Aquest procés va anar acompanyat d’una major capacitat de simbolització que també es podia veure reflectida en els dibuixos i les produccions plàstiques (foto 5). Així com en un major interès pels companys de la classe i una millora en el llenguatge i una major flexibilitat. A casa també va anar augmentat la possibilitat de jugar i els pares comentaven que podien compartir alguna estona de joc.

Tot i que el procés llegit pugui semblar ràpid, va ser un procés lent i sovint semblava que no ens en sortiríem i podíem quedar moltes sessions repetint



Foto 4

el mateix joc sense cap tipus de variació. Per això, li anava fent propostes diferents, com fer fang o pintura, a fi de trobar alternatives que poguessin ajudar a ampliar. Una d’aquestes propostes va ser fer un mar amb pintura, pensar el què devia veure el submarí i, els dos, compartint el dibuix vam poder pintar.

Les seves produccions simbòliques van augmentar, la seva coordinació en



Foto 5

la motricitat fina va millorar i la seva capacitat per tolerar les emocions quan estava dibuixant també. Així que va poder començar a llençar-se a fer dibuixos més representatius. Eren moments molt íntims, jo no deia quasi res, pensava que qualsevol intervenció podia acabar amb el dibuix trencat. Quan ell acabava estava satisfet del què havia dibuixat i ho podia compartir amb mi, tot i que hi ha-

via poc espai per a poder parlar sobre el què havia fet (foto 6).

També van començar a aparèixer dibuixos dels llocs on anava, les coses que havia fet el cap de setmana, com anar a la platja o agafar el tren (foto 7).

Més endavant, intentant fer mapes, com a evolució de les seves aficions pels recorreguts de les línies de metro i tren, però ara més vinculat a l’experiència que havia viscut; el lloc on ell anava a la platja, la carretera per la què arribava, la sorra, les vies del tren amb què havia anat a la platja, i cada vegada ho organitzava millor.

Es va donar una temporada on la dramatització va agafar força, el joc del vaixell es podia reprendre però no era a cada sessió. Volia fer representació de contes populars. Volia fer la caputxeta i amb teles ens disfressàvem. Ell era el llop i jo la caputxeta, em feia por i jo



Foto 6

temps que necessitava per a l'exploració de les coses!). A vegades em permetia fer una estona de llop i podíem parlar de la molta por que feia i que a vegades podia semblar de veritat; sovint el joc passava la fràgil línia del "com si" i es confonia amb la realitat.

Els pares estan embarassats de nou cap a l'agost de 2014, però no serà fins a principis de 2015 que se li explica al Jordi. Comença una nova etapa de molta incertesa, al principi semblava que no entenia ben bé el que se li explicava, però a mesura que la panxa de la mare es feia grossa, en Jordi va anar agafant consciència del què significava. A les sessions volia explorar la meua panxa i, tot i que ell no podia verbalitzar-ho, vam poder preguntar-nos: com haurà arribat el germanet/a a la panxa? Per on sortirà? No s'ofegarà? De veritat que està a dintre? Havia de fer servir al màxim la seva capacitat de simbolització perquè les preguntes no tenien una resposta que poguéssim explorar i investigar de forma real (ficant-se dintre la panxa o mirant per un foradet...), les havíem de pensar i imaginar.

Aquesta experiència va significar un neguit per ell, però ara va suposar un creixement maduratiu ja que semblava que les coses s'anaven integrant, com el dibuix en ceres d'aquesta platja, on ja

no hi ha una línia recta que separa sinó que capta les variabilitats de les ones i l'aigua, malgrat encara la necessitat de control i omplir tot el blanc del full és molt clara (foto 8).

També va fer una escultura amb fang que, a diferència del què havia fet fins al moment, era en volum i s'aguantava dreta. Tenia un cap i una cara dibuixada a la panxa (que no es veu a la foto), a la base va escriure el nom dels dos, imatge ben suggeridora de com de fusionada podia viure la relació. Per fer aquesta escultura va necessitar de molta consciència ja que primer es fa, després s'asseca, després es pinta i finalment s'envernissa, i a cada sessió volia recuperar el què ja havia fet per acabar-la (foto 9).

Una vegada va néixer la germaneta va continuar en un canvi progressiu, es mostrava més ansiós, amb més activitat,



Foto 7

però ara molt més viu. El joc de les dramatitzacions va guanyar terreny. Una d'elles era la d'un "graffitero" que guixava a les parets i la policia el perseguia i una altra era la d'un lladre que robava a les cases i la policia l'havia d'enxampar, però s'amagava bé o mentia. En aquests jocs apareixien molts sentiments i matisos que havíem d'anar investigant. Podíem parlar de les coses que es podien fer i les que no, i com a vegades tenim moltes ganes de fer el què no toca, la possibilitat de dir mentides, de fer creure allò que no era, la dificultat de controlar els desitjos que no estan permesos (com agafar les coses que ens agraden dels companys o la germaneta), l'excitació de la provocació i del ser perseguits... Podíem pensar què està bé i què malament, fins a quin punt es poden saltar les normes o no.

A finals de 2015 plantejo la finalització del tractament degut a la seva bona evolució i pensem en la possibilitat de fer una parada aprofitant el bon moment. El final del tractament es fa al setembre de 2016 i durant aquest procés podem veure com les seves capacitats es consoliden i la capacitat simbòlica i de pensament també van augmentant. A l'escola va seguint els aprenentatges del curs i les seves relacions amb els iguals s'han anat ampliant.

Una mostra d'això són dos dibuixos on apareixen diàlegs entre els personatges, que confirmen que ell ja no està sol, està en relació i amb ganes de compartir (foto 10).

Finalment, i en aquest procés de tancament del tractament, el Jordi va decidir fer un llibre on apareguessin els passos de com vam fer l'escultura i va demanar-me ajuda per elaborar el pro-

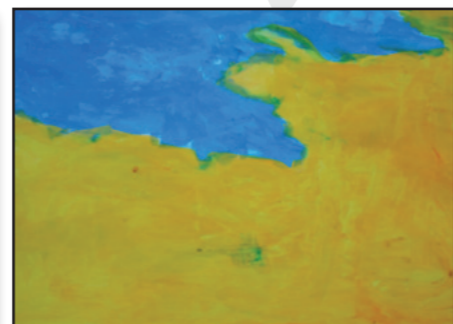


Foto 8

cess de forma escrita. A cada pàgina feia un dibuix i escrivia el procediment. Per mi, això va significar també la possibilitat d'ordenar internament allò que havíem fet junts. Les nostres experiències no eren quelcom que es podia perdre sinó que podia agafar forma i restar en el record. ●



Foto 9

#### BIBLIOGRAFIA

**Acquarone, S.** (2011). *Mens sana in corpore sano: una psicoterapia con un bebé de nueve meses de edad con parálisis cerebral*. Treball presentat a la II Jornada d'especialització Carrilet, Setembre, Barcelona.

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

**Alonso Monreal, C.** (2000). *¿Qué es la creatividad?* Madrid: Biblioteca Nueva.

**Alvarez, A.** (2004). A propósito del elemento de déficit en los niños con autismo: psicoterapia basada en el psicoanálisis y factores de desarrollo. En *Niños con autismo: experiencia y experiencias*. Valencia: Promolibro.

**Ansermet, F. i Magistretti, P.** (2007). Neurociencias y psicoanálisis. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*. 43/44, 5-16.

**Brazelton, T.B. i Cramen, B.** (1993). *La relación más temprana: padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Paidós.

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

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

**Chávez, R. et al.** (2004). Neurobiología de la creatividad: resultados preliminares de un estudio de la actividad cerebral. *Salud Mental*. Vol.27, nº3. Recuperat de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58232706.pdf>

**Coromines, J.** (1984). Oralització i altres aspectes de la funció primitiva de la mà. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol 1, nº1, pp 49-74.

**Coromines, J.** (1991). *Psicopatología i desenvolupament arcaics*. Barcelona: Espax.

**Dalley, T.** (1987). *El arte como terapia*. Barcelona: Editorial Herder.

**Fiorini, H.** (2007). *El psiquismo creador*. Vitoria: Colección música, arte y proceso. Vitoria: Producciones Agruparte.



Foto 10

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

**Gándara, J. de la** (2008). "Psico-neuro-biología de la creatividad artística". *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. Vol. 8, nº 1, pp 29-46. Recuperat de <http://www.psiquiatria.com/psicologia/psico-neuro-biologia-de-la-creatividad-artistica/#>

**Guerra, V.** (2015). Indicadores de intersubjetividad (0-2 años) en el desarrollo de la autonomía del bebé. Recuperado de <http://ciclosdavidia.com/wp-content/uploads/2015/04/INDICADORES-DE-INTERSUBJETIVIDAD-FINAL.pdf>

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

**López Mondéjar, L.** (2006). "Creación y psicoanálisis: el factor Munchusen". *Arterapia. Dinámicas y procesos terapéuticos*. Murcia: Universidad de Murcia.

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

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

**Morral, A.** (2016). El cuerpo del niño con trastorno del espectro autista. Algunas ideas sobre la comprensión y el abordaje. *Revista Entre líneas*. Vol. 38, pp. 23-30.

**Muratori, F.** (2008). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria (I parte). *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 12, 39-50.

**Muratori, F.** (2009). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria (II parte). *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 13, 21-30.

**Oromí, I.** (2008). Metàfora idiosincràtica. En *Processos primaris* (pp. 121-147). Barcelona: Fundació Orienta.

**Oromí, I., Linares, L. i Recio, M.** (2010). "Experiència en incubadora i desenvolupament mental: comprensió psicoanalítica". *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol. XXVII/2, pp. 113-129.

**Paín, S. i Jarreu, G.** (1995). *Una psicoteràpia per el arte. Teoría y técnica*. Buenos Aires: Nueva visión.

**Palacio, F.** (2008). Abordajes psicoterapéuticos de los casos difíciles (I parte). *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 11, 27-34.

**Palacio, F.** (2008). Abordajes psicoterapéuticos de los casos difíciles (II parte). *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 12, 9-18.

**Palau-Baduell, M. et al.** (2012). Autismo y conectividad neural. *Revista Neurológica*. Vol 54 (Supl 1), pp 31-39. Recuperat de <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/10/autismo-y-conectividad-neural.pdf>

**Recio, M.** (2012) Artteràpia en infants amb trastorns de l'espectre autista. *Revista desenvolupa*. Núm 34. Recuperat de <http://www.desenvolupa.net/Ultims-Numeros/Numero-34/Artteràpia-en-infants-amb-trastorns-de-l-espectre-autista-Monica-Recio-Crespo>

**Shaverien, J.** (1991). *The revealing image: analytical art psychotherapy in theory and practice*. London: Jessica Kingsley Publishers. *Comunitaria*. Vol. 8, nº 1, pp 29-46. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/psicologia/psico-neuro-biologia-de-la-creatividad-artistica/#>

**Streri, A.** (1990). *Relations between vision and touch. Perception and motor activity*. A Bloch, H. Bertenthal, B. I. (Eds.). *Sensory-Motor Organizations and Development in Infancy and Early Childhood*, pp.337-344. Recuperat de [https://www.researchgate.net/profile/Arlette\\_Streri/publications/3](https://www.researchgate.net/profile/Arlette_Streri/publications/3)

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

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

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

**Viloca, Ll.** (1998). Ansietat catastròfica: de la sensorialitat a la comunicació. En *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, Vol. XV, nº1, pàgs. 53-60

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

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

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

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

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

# L'ABORDATGE PSICOMOTRIU EN INFANTS AMB AUTISME<sup>1</sup>

– Marta Rabadán Martínez –

Psicòloga Clínica i psicomotricista.

– Joaquim Serrabona Mas –

Doctor en Psicologia. Professor en la Universitat Ramon Llull de Barcelona.

Psicòleg clínic, psicomotricista i terapeuta familiar de l'Espai de Psicologia i Psicomotricitat Luden.

## INTRODUCCIÓ



Aquest article és un intent d'exposar les possibilitats que un abordatge psicomotriu ofereix en els àmbits de la salut, l'educació i socio-comunitari, especialment en l'ajuda d'infants amb dificultats en el seu desenvolupament, concretament en infants amb TEA. Malgrat que la psicomotricitat com a disciplina ja és major d'edat, molts professionals dels àmbits esmentats desconeixen o tenen un coneixement limitat de què és i què pot aportar la psicomotricitat, des d'un enfocament integrador i holístic, en el procés de desenvolupament humà, especialment en etapes infantils ja que utilitza vies motivadores, comprensibles i ajustades a l'univers infantil, com són les sensacions, moviments i jocs, així com les estratègies d'ajuda per a afavorir l'accés al món simbòlic i representatiu.

L'article es divideix en tres apartats principals, ja que la nostra intenció no és només donar a conèixer o actualitzar

la informació relativa a la psicomotricitat, sinó també exposar les possibilitats que aquest tipus d'abordatge d'ajuda ofereix als infants amb TEA.

En el primer bloc, s'exposa un breu marc teòric de la psicomotricitat, en un intent de recollir, ordenar i clarificar la noció de la mateixa disciplina. El concepte que més la identifica: la totalitat corporal. Aquesta noció d'unitat psicosomàtica, reconeguda per tots els autors dedicats a la psicomotricitat, va obrir nous enfocaments metodològics per tractar els continguts i objectius educatius i terapèutics que es persegueixen des de l'actuació psicomotriu.

Posteriorment, entrarem en l'esquemat de l'abordatge psicomotriu en nens amb dificultats de desenvolupament, això configurarà el segon apartat, en què s'exposarà un marc metodològic que es sustenta en uns principis bàsics, i en una descripció de com s'organitza la sessió psicomotriu a nivell espai-temporal, del material i dels jocs i activitats que configuren la intervenció per després desenvolupar unes línies d'actuació psicomotriu que ens serviran per elaborar un tractament personalitzat.

Per últim, ens centrarem en la psicomotricitat i l'autisme per descriure les alteracions en l'expressivitat motriu dels infants amb TEA i exposar un sistema d'actituds i unes capacitats de comprensió i actuació psicomotriu.

En definitiva, amb aquest treball busquem visualitzar una resposta per a aquells professionals que busquen una via d'intervenció d'ajuda terapèutica que ofereixi una resposta ajustada a les dificultats en el desenvolupament, tant a nivell motriu, cognitiu, emocional, de relació i comunicació, que presenten els infants amb TEA i poder construir conjuntament un futur d'esperança.

## BREU MARC DE LA PSICOMOTRICITAT: QUÈ ÉS LA PSICOMOTRICITAT?

La noció de psicomotricitat ha anat variant al llarg dels segles XX i XXI. Però, segons Pilar Arnaiz, a finals del segle XIX és quan es produeix un moment crític que permet un canvi de mirada sobre l'ésser humà: el pas d'un model de cos anatomo-clínic a un model de cos integrador, en què conflueixen els elements cognitius, motrius i emocionals. A partir d'aquí, diversos autors han aportat idees, experiències i investigacions que ens han permès anar construint una forma d'entendre la psicomotricitat i, en conseqüència, una praxi que pugui donar resposta a aquesta realitat de cos total, en què estan integrades totes les dimensions de la persona. Passem d'una concepció dualista i fragmentada de l'ésser humà a una visió unicista i integradora del subjecte.

En el terreny conceptual, resulta fonamental definir la psicomotricitat per establir el seu estatut epistemològic: un marc de referència clarificador per a la pràctica psicomotriu. Així doncs, la definició de psicomotricitat exposa conceptes com: unitat psicosomàtica, cos, globalitat, totalitat, moviment, espai i temps, comunicació, relació, empatia, metodologia de mediació somàtica...Tot i que aquests aspectes no poden ser per sí sols diferenciadors de la psicomotricitat, en la combinació dels seus components podem entreveure una forma de concebre i actuar sobre l'ésser humà.

La psicomotricitat seria, doncs, una disciplina preventiva, educativa i terapèutica, concebuda com un diàleg, que actua sobre la totalitat de l'ésser humà a través de les sensacions, moviments i jocs i la seva posterior representació, amb la finalitat de que l'individu estableixi una relació positiva amb sí mateix, amb els objectes, amb l'espai-temps i amb el

tres, mitjançant mètodes actius de mediació, principalment corporal (Serrabona, 2016).

A partir de la definició, la psicomotricitat ha de realitzar l'esforç de diferenciar-se d'altres disciplines afins que, d'alguna manera, tenen el mateix objecte d'estudi: el cos i el moviment. En aquest sentit, els elements més diferenciadors són la insistència en la totalitat de la persona i el treball sobre el moviment intencionat (conscient) que permeti al subjecte que desitja tenir un projecte d'acció que li fa superar el present immediat. Nosaltres intentem afavorir la presa de consciència del cos i del moviment (d'allò concret) per conduir-lo cap al terreny d'allò abstracte, simbòlic i representatiu. I és aquest itinerari d'allò concret a allò abstracte un dels elements principals que aporta la psicomotricitat en relació amb altres disciplines.

En aquests anys, la psicomotricitat ha anat prenent l'estatus de disciplina, el què suposa tenir assumit un cert nombre de normes a les que els professionals s'han de sotmetre. Una disciplina que ha de reflectir:

- El concepte bàsic de l'infant, d'educació i teràpia.
- La unitat de l'ésser humà i la seva totalitat: l'ésser humà en totes les seves dimensions.
- El seu contingut/objecte/camp essencial: el cos en moviment.
- El caràcter instrumental i relacional del cos i el moviment.
- Les vies d'intervenció (sensacions, moviments, jocs).
- La metodologia i la mediació corporal.

La majoria d'autors apunten al cos i al moviment com els continguts essencials i específics de la psicomotricitat. Inicialment, en el tractament psicomotriu, prima el moviment, motiu pel qual s'assumeix el terme de psicomotricitat. L'evolució del concepte instrumental del moviment i del tractament simptomàtic cap a una concepció global i cap al tractament causal i global i l'increment de les aportacions psicodinàmiques que això comportava traslladen l'accent d'allò motriu a allò corporal, instrumentalitzant el

moviment en funció de la relació, l'afectivitat, el món imaginari. Un cos considerat sobretot com a imatge corporal reflexa els seus elements cognitius/pràctics, és a dir, el seu esquema corporal. Però un cos també es considera un receptacle de vivències afectivo-imaginàries, en les que la necessitat, el plaer i el desplaer, la pulsio, el desig, la comunicació o l'expressió imaginària, conscient o inconscient, tenen el seu lloc.

Així doncs, la imatge corporal seria la suma de tres realitats corporals:

1) esquema corporal; 2) cos social; 3) cos imaginari, donant lloc al concepte que potser més identifica la manera de treballar en psicomotricitat: la totalitat corporal de l'ésser humà. Sembla que tots els autors coincideixen en posar l'accent en la unitat corporal. Les diverses corrents de psicomotricitat, dintre de la seva diversitat i fins i tot antagonisme, podrien coincidir en el nucli central del seu contingut: el cos com a totalitat.

Resumint aquesta relació entre els dos continguts essencials, nosaltres estariem d'acord amb Boscaini (1992) quan ens diu: «L'essència de la psicomotricitat és el moviment, el cos en moviment». El moviment i el cos han estat considerats com un mitjà per incidir en la globalitat de la persona, per adquirir coneixements i habilitats motrius i també per adquirir i millorar les relacions i vivències afectives i imaginàries.

Hem de deixar clar que la motricitat no és un instrument ni un mitjà per aconseguir coneixements, control o relació adequada. El moviment és continent, expressió de les altres dimensions. Tot esdevé en el moviment. El subjecte construeix la seva personalitat en la motricitat. Un moviment en què el component de gaudi, de plaer és essencial. En el moviment es contenen les altres dimensions; és continent del conjunt de la persona. En la totalitat de la persona es poden considerar diverses dimensions. Actualment, la psicomotricitat contempla en la dimensió motriu, de manera sistemàtica, set dimensions: motriu, conativa, cognitiva, relacional, social, afectiva i "fantasmàtica". El subjecte funciona com un tot, com una estructura unitària, cap de les seves dimensions se supedita a una altra. La

psicomotricitat busca l'equilibri entre les dimensions de la persona.

L'ajuda psicomotriu parteix de les etapes de desenvolupament més arcaïques, en les que encara no hi ha llenguatge. El terapeuta psicomotriu es col·loca en l'origen de la pertorbació, amb tot el què això suposa, és a dir, inserint-se en l'univers corresponent de l'infant, acceptant-lo i comprenent-lo, a partir del qual l'ajudarà a reorganitzar i reconstruir tot el sistema de relacions adaptades. Entre l'aparent multiplicitat d'etiologies, podem destacar el trastorn relacional primari en el què entren en joc, a un nivell i en una època en què encara no es diferencien, tres factors fonamentals: la orientació espai-temporal, l'esquema corporal i la posició dels valors afectius. L'ajuda només es pot dur a terme eficaçment en funció de la comprensió total de cada cas i de l'adaptació particular del mètode. Això ens obliga, de vegades, a retornar a les fonts de comunicació més arcaïques, la qual cosa constitueix un principi fonamental de la teràpia psicomotriu.

Per això, posem la nostra disponibilitat corporal a l'abast i a l'alçada de l'infant, buscant que ell mateix arribi a deixar el seu cos en actituds naturals i disteses. Això suposa manejar la relació tònica, que la podríem definir com la capacitat de poder establir a través de l'ajustament tònic una comunicació, en la que la qualitat del contacte corporal se sustenta en com el sostenim, com ens hi apropem i establim les zones de contacte que sempre serà mediat i no intrusiu.

El cos com a lloc simbòlic. Fer una anàlisi sistemàtica dels actes permet descobrir en la diversitat dels comportaments unes constants, unes fixacions i posar de relleu els fantasmes inconscients subjacents. Això suposa la implicació del cos del terapeuta. El cos del terapeuta ha de ser el revelador del que l'infant no pot comprendre, dels fantasmes que expressa en la seva acció. Per això, ha de manejar uns principis d'interacció bàsics que suposen oferir una actitud d'acollida, d'escolta i de comprensió, així com una actitud d'ajustament en el pla tònic-emocional. Seguint a Aucouturier, consistiria en poder oferir-se, també, a l'infant com un ésser transformable tant

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



a nivell postural, motor, com tònic-emocional (empatia), aportant una estructura de temps i d'espai estable i modificable.

La intenció és donar a l'infant els mitjans necessaris per reconstruir les seves percepcions sobre l'univers que l'envolta. Hem d'acompanyar-lo en el procés de transformació d'aquest univers, en el cas que resulti nociu per ell o el seu entorn. L'ajuda psicomotriu té un caràcter progressiu que segueix un procés que pot visualitzar-se, com un anar darrera del pacient (simbòlicament parlant) en un primer moment, el què ens permetrà conèixer-lo, comprendre'l en tota la seva expressivitat; serà un temps en què accentuem la capacitat d'escolta (sempre present), per poder-nos ajustar en la resposta terapèutica. En una segona fase d'aquest recorregut terapèutic, ens col·locarem «al costat», per proposar nosaltres i rebre propostes seves i, per últim, ens col·locarem, simbòlicament, davant de l'infant, amb possibilitat de poder «exigir» canvis i preparar la separació i l'autonomia del subjecte en relació amb la teràpia.

Treballem sobre la totalitat del subjecte afavorint el conjunt de les dimensions de la persona; una totalitat sistemàtica, estructurada. No és només un pressupòsit bàsic de la psicomotricitat, sinó que n'és el principal. L'ésser humà és unitat substantiva, corporeïtat anímica: «És doncs impossible imaginar l'activitat d'un sistema sense que intervinguin els altres i, encara més difícil, dividir un sistema en parts independents» (Wallon, 1984). La psicomotricitat parteix de la observació de la manera que tenen d'expressar-se els infants en les sessions. Afavorim el plaer psicomotriu primitiu i el plaer pel control motriu posterior. L'infant sent plaer en fer les coses i pel fet de fer-les bé, per ser vist i reconegut per l'adult i pels altres infants; normalment, sent plaer a partir de la interacció amb l'altre i en el sentiment de competència i és la nostra obligació que aquest plaer s'instauri en ell.

En definitiva, proposem una intervenció psicomotriu que incideixi sobre la totalitat de l'infant des del cos i el moviment, actuant de manera explícita i sistemàtica sobre cada una de les seves dimensions bàsiques i buscant l'equilibri en l'actuació de cadascuna d'elles. Inten-

tem donar resposta a les necessitats de l'infant en el seu itinerari evolutiu, des de la totalitat indiferenciada a la totalitat diferenciada.

### LA INTERVENCIÓ D'AJUDA PSICOMOTRIU

La intervenció d'ajuda psicomotriu està orientada a oferir un espai acollidor per a aquelles problemàtiques que presenten els infants vinculades a demandes de reconeixement, de comunicació i d'afectivitat. Bernard Aucouturier (2004) defineix aquesta intervenció d'ajuda com una resposta ajustada a aquells infants amb comportaments excessius o repetitius a qui el psicomotricista no pot donar una resposta adequada en grups nombrosos. Observar i valorar els indicadors i símptomes d'alteració o bloqueig en determinats aspectes del desenvolupament des d'una perspectiva de continu, requereix una formació sòlida en tots els fenòmens i transformacions que es donen en el procés de desenvolupament *normal* de l'infant cap a la construcció de la identitat, la construcció de sí mateix. Un coneixement que ha de proporcionar a l'adult estratègies per construir, proposar i acompanyar situacions que afavoreixin l'experimentació, l'aprenentatge explícit d'aquells aspectes subtils de la interacció que en un infant amb desenvolupament «normal» s'estructuraran de forma implícita. La intervenció d'ajuda psicomotriu ofereix un marc, un dispositiu metodològic contenidor, per a què es pugui donar aquesta experiència afectiva, motriu, relacional i cognitiva.

El cos és el mitjà de relació privilegiat amb l'entorn quan encara no existeix el llenguatge o aquest no té una intencionalitat comunicativa. La mirada del psicomotricista sobre les produccions de l'infant, sobre la seva expressivitat, aporta informació significativa per observar i avaluar les capacitats d'integració sensorial, els interessos, les habilitats i les dificultats de l'infant en relació amb el propi cos, amb l'altre i amb l'entorn. Es tracta d'un acompanyament a la maduració psicològica de l'infant a través del moviment, de l'acció i del joc, a través d'allò que manifesta en la seva expressivitat motriu.



“Per compensar aquesta manca de límits corporals, l'infant busca continents, espais tancats, límits per al seu cos.”

*“L'estil receptiu i l'estil expressiu de l'infant reposen directament en l'estat de les funcions psíquiques, de les més elementals a les més complexes. A la banda receptiva, estarien les sensacions i el seu ancoratge, les percepcions, l'atenció, les vinculacions, etc. A la vessant expressiva, tenim la qualitat de l'externalització, la dramatització, l'ús del cos en la gradació de les seves possibilitats significadores. Cal crear un espai terapèutic generosament contenidor en què la múltiple experiència de l'infant i el seu conflicte conscient i inconscient puguin trobar expressió, puguin significar-se i elaborar-se.” (Folch, 1990).*

La intervenció d'ajuda psicomotriu afavoreix l'augment de les modalitats interactives vives, així com la connexió dels afectes amb les accions motrius de l'infant que es transformaran en intencionals i dotades de sentit a partir de la vivència, de l'experiència i de la significació compartida. Per dur a terme una intervenció ajustada caldrà identificar les diferències individuals en les modalitats de processament de les informacions sensorials i motores, així com l'es-

til d'interacció que l'infant estableix amb l'altre. Aspectes que des de la psicomotricitat estan inclosos en l'observació i l'anàlisi dels paràmetres psicomotors.

*“Els objectius funcionals a teràpia són importants, però estaran sempre sotmesos a d'altres més importants, aquells que ens porten a subjectivar cada cop més a la persona amb autisme i a subjectivar-nos com a origen de la seva experiència. El tractament de l'autisme és en realitat un intent de que les persones que el pateixen puguin accedir a la ment de les altres persones” (Rivière, 2002).*

Subjectivar-nos com a origen de l'experiència de l'infant implica compartir afectes, experiències i significats; des d'una vivència compartida de plaer, de benestar, de seguretat, l'infant anirà integrant l'experiència, reconeixent-la per posteriorment evocar-la i arribar a representar-la. Aquest procés de construcció conjunta permet a l'adult i a l'infant constituir-se com a subjectes, sempre des dels interessos, necessitats i capacitats intersubjectives de l'infant.

La construcció d'un espai intersubjectiu és l'àrea d'intervenció del psicomotricista amb els alumnes amb necessitats educatives especials associades a TGD/TEA. En aquest espai d'interacció i a partir de l'establiment de relacions de benestar, de confiança, sorgirà el desig i la demanda del nen cap a l'adult. El desig de reproduir les situacions de plaer viscudes que unifiquen la seva experiència i la demanda dirigida a l'altre com a origen de l'experiència compartida.

Perquè pugui aparèixer el joc, l'experiència lúdica, és imprescindible que l'infant senti que està en un entorn contenidor de les seves ansietats. Si aquest entorn no és assegurador, l'infant realitzarà maniobres d'autoestimulació o actuacions que protegeixin la seva experiència de supervivència psíquica.

### MARC METODOLÒGIC DE LA PRÀCTICA PSICOMOTRIU. ORGANITZACIÓ DEL TEMPS I DE L'ESPAI EN LA SESSIÓ

**Estructuració del temps i de l'espai de les sessions de psicomotricitat.** Les sessions de psicomotricitat poden tenir una durada aproximada de 50 minuts, quan es tracta de sessions individuals, i de 60 minuts aproximadament, quan es tracta de sessions de grup. La periodicitat de les sessions és setmanal; en algunes ocasions es valora adequat realitzar dues sessions setmanals, una individual i una altra en grup de companys de la seva edat. El temps de cada sessió està dividit en:

**a) Ritual d'entrada o espai d'acollida.** L'espai per dur a terme l'acollida i el lloc per acomiadar-se serà el mateix. Aquest espai estarà separat, delimitat amb algun material i servirà perquè l'infant entengui que quan es troba en aquest espai encara no ha començat la sessió.

L'adult rep als infants i posteriorment es realitzen les tasques de desvestir. Segons l'autonomia de cada infant se li ofereix un suport ajustat.

En aquest moment d'acollida, l'adult pot recordar a l'infant algunes de les situacions viscudes en la sessió anterior, especialment si s'observa que dirigeix la mirada cap a espais significatius. És

important reservar un temps d'expressió, de paraula per a l'infant en el qual se li demanen coses personals que podrà respondre en funció del seu nivell expressiu. L'objectiu és instaurar un format de conversa, un temps per l'adult i un temps per l'infant. Després es pot fer algun tipus de joc d'imitació de models pràctics: un massatge als peus, moviments de les cames, braços... la finalitat d'aquesta tasca és que l'infant s'organitzi a nivell corporal per realitzar la imitació i perquè pugui establir una relació amb el propi cos. Posteriorment, l'adult presentarà l'ordenació dels materials de la sala en funció de les necessitats i interessos de l'infant i el convidarà a iniciar l'activitat.

**b) Temps d'activitat sensoriomotriu i de joc simbòlic.** En aquesta moment l'alumne accedeix a l'espai sensoriomotor, l'adult acull i acompanya la seva expressivitat motriu. El mirall que l'adult retorna a l'infant de la seva expressivitat li ofereix un referent de sí mateix. L'ajustament de l'adult a través de la veu, del to corporal, del ritme d'acció l'acompanya i el reassegura en les seves actuacions. En el cas dels infants que es refugien en l'autosensorialitat o en la utilització d'alguns objectes amb aquesta finalitat, l'adult utilitzarà estratègies d'apropament a partir de l'interès que els objectes despertin en l'infant, intentant fer evolucionar la utilització sensorial dels mateixos cap a una cerca amb motivacions de caràcter més perceptiu. D'aquesta manera, des d'un registre més evolucionat es podran afavorir situacions d'intercanvi i d'interacció. Quan ja s'ha establert una bona relació, serà el moment d'iniciar propostes de moviment i d'acció compartida. L'acompanyament de l'infant a través del seu itinerari de maduració per la via motriu segueix una sèrie de fases (Aucouturier, 2004) que s'ajusten al nivell de desenvolupament de l'infant:

• **Els jocs de seguretat profunda.** Suposen un treball sobre les sensacions internes, sobre el to muscular que sustenta el cos i relaciona les emocions, el moviment, les sensacions i el món exterior. Situacions que estan en la base

de l'estructuració del jo corporal. Les tècniques que s'utilitzen freqüentment en aquesta fase són: els equilibris i desequilibris, els balancejos, les caigudes, els lliscaments, el volteig, etc.

- **Els jocs de maternatge.** A través d'aquests jocs es treballa la funció de contenció, d'assegurament i de reconeixement. L'establiment d'uns vincles significatius que faciliten el camí cap a la instauració del subjecte com a ésser autònom. Les tècniques que més s'utilitzen són l'acollida, el massatge, la contenció a partir de la mirada, sostenir, agafar, contenir a través del llenguatge, de la ressonància tònico-emocional, els jocs circulars.

- **Els jocs pre-simbòlics.** Els jocs que tenen lloc en aquesta fase tenen a veure amb el procés de construcció de la identitat corporal. Les tècniques que utilitza el psicomotricista són les que afavoreixen els jocs de reversibilitat: com els jocs d'aparèixer i desaparèixer, de fugir i ser atrapat, les activitats d'omplir i buidar, jugar a destruir i tornar a construir, amagar-se per ser trobat, etc.

- **Els jocs sensoriomotors.** A partir de totes les vivències anteriors, el joc sensoriomotor afavoreix el procés cap a la consciència d'un cos real, a partir d'unes competències funcionals i també instrumentals, experimentar amb el coneixement de les possibilitats i límits del cos. Es tracta d'afavorir l'activitat motriu a partir de la intencionalitat i del desig de l'infant, aquestes activitats es realitzen en un espai organitzat per viure experiències en les tres dimensions: el salt en profunditat, trepar, els girs, els equilibris, els voltejos i els lliscaments.

- **Els jocs simbòlics.** Són la manifestació resultant de la interrelació entre les fantasies corporals i la realitat corporal. Els nivells d'aquesta capacitat simbòlica manifestada a través del joc constitueixen un ventall molt ampli, condicionat pel grau d'integració dels dos pols de la totalitat corporal, el cos real i el cos imaginari. El joc simbòlic va evolucionant progressivament cap al joc de rols.

- **Els jocs de precisió.** Estan relacionats amb el desig d'experimentar la coordinació i les habilitats motrius, les

activitats d'aquesta fase pressuposen un bon nivell d'integració corporal. Els jocs de punteria, d'habilitat i de control del salt, les activitats de coordinació òculo-manual, etc.

- c) **Temps de l'activitat de distanciament.** Un temps abans de finalitzar la sessió es realitzarà una activitat més tranquil·la. Es pretén un distanciament de l'activitat motriu i una situació de descentrament. En funció del nivell simbòlic de cada infant es seleccionaran els materials o propostes més adequats.

- d) **Ritual de sortida.** Comiat. Dintre de l'espai del ritual de sortida i observant la sala de psicomotricitat s'evocuen, junt amb l'infant, les experiències més significatives viscudes durant la sessió, els detalls, les anècdotes acompanyades de l'emoció compartida i, si escau, es faran servir fotos o imatges dels materials. Posteriorment, es realitzarà l'activitat de vestir-se i es recuperarà la targeta identificativa de la sessió, recordant a l'infant que la propera setmana ens tornarem a trobar i podrem continuar amb el joc.

**El model d'observació i d'anàlisi.** En la intervenció d'ajuda psicomotriu, l'observació d'allò que esdevé en les sessions és el tercer que ens ajudarà a distanciar-nos de la implicació afectiva que suposa la interacció a nivells arcaics amb l'infant. Segons García Olalla (1999), un dels reptes de l'observació en psicomotricitat és com captar, recollir la bidireccionalitat adult/infant que caracteritza als processos interactius.

#### PSICOMOTRICITAT I AUTISME

Les investigacions més actualitzades en psicologia del desenvolupament coincideixen en què la base de les funcions del coneixement i de l'afecte està fonamentada en les capacitats d'interacció. En els infants amb autisme les capacitats d'interacció estan alterades des de les etapes més primerenques. La detecció i la intervenció ajustada en aquestes alteracions del desenvolupament poden millorar les capacitats comunicatives i relacionals de l'infant. La teoria que suscita aquesta aproximació es fonamenta en què l'autisme deriva de la dificultat

específica de l'infant per **connectar els afectes amb les accions motores intencionals dotades de sentit** (Greenspan amb Wieder, 2006; citats per Muratori, 2008, 2009).

Des d'aquesta perspectiva es considera que allò que en un principi sembla ser un dèficit primari biològic de l'autisme, en realitat és el resultat d'un procés dinàmic psicobiològic en el què la falla en les interaccions emocionals intensifica els problemes primerencs en la informació sensorial. Augmentar aquestes interaccions a través d'una intervenció específica podria ser de gran ajuda per al desenvolupament de les connexions cerebrals en aquests infants. També afavoriria que els infants arribin a ser més proactius i d'aquesta manera potenciar l'emergència d'una major conscienciació de sí mateixos i de l'altre en l'espai dialògic inicial. Greenspan (1998, citat per Muratori, 2008) ha definit aquesta hipòtesi del dèficit a nivell de connexions entre emocions, processament d'informacions i planificació de seqüències motores com a hipòtesi de la diàtesi afectiva.

#### Alteracions en l'expressivitat motriu dels infants amb TGD/TEA

Quan s'inicia una intervenció d'ajuda psicomotriu és molt important mostrar-se respectuós, acollidor i dedicar les primeres sessions a observar la relació que l'infant estableix amb el seu propi cos, amb els altres, amb els objectes, amb l'espai i amb el temps. Posarem especial atenció en els aspectes relacionats amb la sensorialitat, amb l'estil i capacitats relacionals. Segons el nivell d'afectació en les diferents dimensions del desenvolupament i les defenses que ha estructurat l'infant per compensar la fragilitat en la representació de sí mateix, podem observar diferents maneres de relacionar-se amb l'altre i amb l'entorn. L'estratègia d'intervenció del psicomotricista sempre estarà orientada a crear espais intersubjectius amb l'infant, en alguns casos l'estratègia més adequada per iniciar la relació serà l'apropament corporal, el diàleg tònic, la imitació, i en d'altres, casos l'apropament a l'infant girarà en torn a l'ordenació de l'espai, la presentació de determinats materials



"El cos és el mitjà de relació privilegiat amb l'entorn quan encara no existeix el llenguatge o aquest no té una intencionalitat comunicativa."

i de la seva utilització com a mediadors per tal d'establir una relació.

La immaduresa psíquica i neurològica, no permet que l'infant amb TEA pugui integrar aquelles sensacions i emocions que l'envaeixen, la manca d'una representació diferenciada de sí mateix i de l'altre fa que visqui amb sofriment la separació.

El joc és cerca i creació permanent de la realitat, del sentiment d'existir per sí mateix i del sentit que prenen aquests fenòmens pel nen. A partir d'aquest moment, devindrà la possibilitat de la creació d'objectes diferents de sí mateix i després l'entrada en relació amb aquests objectes (Anzieu, Haag, Tisseron, Lavallée, Boubli, Lassegue, 1998).

Els infants que no arriben a crear les accions simbòliques necessàries per al seu procés d'asseguració profunda manifesten trastorns de l'acció (Aucouturier, 2004). A la sala de psicomotricitat podem observar, a través de la seva expressivitat motriu, alteracions de l'acció vinculades a externalitzacions de l'angoixa de pèrdua del cos (Corominas, 1991). Citarem algunes d'elles a tall d'exemple:

- **L'angoixa per la manca de límits.** Produïda per la manca d'integració i de diferenciació dels límits corporals. Per compensar aquesta manca de límits corporals, l'infant busca continents, espais tancats, límits per al seu cos, es col·loca sota les màrfegues per sentir pressió sobre tot el cos, contenció, el moviment és continu, sense una estructura de temps i d'espai. En algunes ocasions, aquest

malestar fa que els infants evitin el contacte amb els altres, es neguin a treure's la roba degut al malestar que els produeix la fragilitat en la consciència dels seus límits corporals.

- **L'angoixa de caiguda.** Produïda per la por a perdre els referents corporals quan apareix un trencament tònic,

un canvi de postura que l'infant no ha pogut anticipar. Es tracta d'infants que solen presentar una hipertonicitat de base, dificultats d'equilibri, rigidesa, manifesten por al salt en profunditat, a la caiguda sobre materials tous, acostumen a caminar de puntetes i corren desequilibrats cap a endavant. Podem observar fluctuacions tòniques que oscil·len entre la hipertonia i l'abandonament tònic.

- **L'angoixa de fragmentació.** Produïda per la manca de continuïtat en la integració de les sensacions corporals i per la vivència desbordant i indiferenciada de les emocions. Podem observar infants que es desorganitzen quan es fan un cop o cauen, es queden paralyzats o poden plorar desesperats. En ocasions, els infants projecten l'angoixa de fragmentació sobre els objectes manifestant temor a que aquests puguin explotar. La comprensió d'aquestes vivències tan arcaiques, relacionades amb un nivell de maduresa evolutiva anterior a la permanència de l'objecte, ens remet a una intervenció d'ajuda psicomotriu basada en el *reassegurament* de les experiències d'interacció més primerenques; per tant, acollirem l'expressivitat motriu de l'infant per, posteriorment i a través d'estratègies ajustades, induir el plaer del moviment compartit, contingut i significat. Es tracta de tornar a viure les experiències registrades com a doloroses o desestructurants de manera satisfactòria a partir de l'establiment d'una bona relació adult/infant. L'ajuda psicomotriu suposa posar en marxa amb i per a l'infant

una intervenció que es refereix a l'etapa anterior a la permanència de l'objecte. La mobilització tònico-emocional, la mobilització de l'imaginari, se situen en aquest nivell d'intervenció (Aucouturier, 2004).

**Sistema d'actituds i conceptes que fonamenten l'acompanyament del procés d'estructuració del psiquisme infantil en la intervenció d'ajuda psicomotriu.** L'especificitat de la intervenció d'ajuda psicomotriu es troba en l'encontre amb l'altre en un estat arcaic que posa en joc tots els processos de transformació anteriors a l'aparició del llenguatge. Els principis d'interacció, els objectius que fonamenten la intervenció d'ajuda psicomotriu amb infants amb trastorns greus del desenvolupament són els mateixos que els dirigits als infants amb un desenvolupament *normal*. La diferència està en què ens trobem amb unes dinàmiques evolutives alterades i inharmoniques. La intervenció i la implicació de l'adult han d'estar dirigides al restabliment d'aquests processos arcaics que fonamenten la construcció del psiquisme, processos que es construeixen en una interacció diàdica.

La intervenció psicomotriu d'ajuda individual estaria dirigida als infants amb necessitats educatives especials que es troben en aquesta situació de dificultat en la interacció que precisa, per a la seva evolució, de la construcció d'una relació de confiança i comprensió que els permeti integrar les emocions i deixar progressivament les estructures defensives per a una millor interacció amb l'altre i amb l'entorn. En el procés de construcció i d'estructuració del psiquisme infantil, la intervenció d'ajuda psicomotriu requereix de l'adult un **sistema d'actituds i unes capacitats de comprensió** i d'actuació vinculades als següents conceptes:

- **L'acollida.** L'adult ha d'acollir l'expressivitat de l'infant en el seu excés o inhibició, sense sancionar-la o culpabilitzar-la, ha de poder contenir-la i acompanyar-la cap a processos d'evolució i de significació.

- **La relació tònica.** Els infants que no han accedit al llenguatge ni al pensament verbal estan instal·lats en una vivència

feta de connotacions tònico-afectives i emocionals no conceptualitzades. Per tal de comunicar-nos amb infants molt petits o amb alteracions del desenvolupament és necessari utilitzar un llenguatge corporal, psicomotor i psicotònic, tornar a crear situacions afectives i emocionals segures en el diàleg del cos amb l'altre (Lapierre i Aucouturier, 1980). Aconseguir un diàleg tònic i gestual és un procés que implica la retirada progressiva de les defenses de l'infant orientades a la protecció contra la vivència de fragilitat en la representació de sí mateix.

- **La consonància afectiva.** L'afecte té profundes arrels corporals, la consonància afectiva és un fenomen essencialment interactiu (Stern, 2005). En les primeres relacions la mare manifesta a l'infant els seus afectes a partir de l'expressivitat corporal i del diàleg tònic; el bebè respon donant un mirall de l'emoció. Es pot considerar que aquestes respostes tenen un valor de representació de la mare en un context de clima interactiu. La capacitat de representació afectiva prefigura la representació de l'objecte, aquesta constitueix un aspecte essencial dels processos primerencs de simbolització (Golse i Bursztejn, 1992). Arribar a compartir els afectes a través de les activitats compartides pot ser l'inici d'un escenari previsible d'interaccions comunicatives a partir de les quals es poden iniciar els jocs circulars. Les activitats conjuntes constitueixen un marc que facilita l'emergència de l'activitat representativa en proporcionar a l'infant un context sistematitzat en què la regularitat de les activitats és la base dels primers indicis de referència (Bruner, 1987; citat per Golse i Bursztejn, 1992).

- **La ressonància tònico-emocional.** Mobilitza alhora les estructures tòniques i afectives de l'infant. Aquesta mobilització viscuda des de la seguretat facilita l'emergència de la història relacional de l'infant, l'obre cap al desig, els plaers pulsionals i a les transformacions. Aquesta evolució suposa una disponibilitat i un ajustament tònico-emocional necessaris per a l'acompanyament de l'infant en el seu itinerari maduratiu (Aucouturier, 2004).

- **El mirall simbòlic.** El psicomotricista, atesa la seguretat i l'estabilitat de les

referències que representa, ofereix a l'infant un mirall en el què es juga l'anar i venir entre la realitat i allò imaginari. És un mirall estructurant de l'acció de l'infant, que l'acompanya per dotar de sentit i de continuïtat el discurs de la seva acció. Aquest mirall es pot donar a través del cos, de la relació tònica o de la paraula (Aucouturier, 2004).

- **L'empatia.** És una qualitat indispensable en l'adult que treballa a nivell d'ajuda psicomotriu. A través de l'empatia es poden sentir les emocions de l'infant tal i com ell les viu, però sense perdre la pròpia identitat, en definitiva, l'empatia seria la capacitat de posar-se en la pell de l'altre mantenint-se en la pròpia pell (Aucouturier, 2004). La capacitat d'empatia i el coneixement del funcionament mental de l'infant ens ajuden a elaborar hipòtesis per proposar estratègies d'intervenció ajustades.

- **L'ajustament.** La capacitat de l'adult d'ajustar-se en les intervencions a través del propi cos, de les postures, de la veu, de la proxèmica, del llenguatge gestual, de les propostes d'acció, dels objectes que es proposen com a intermediaris de la relació, de la contenció a través de la paraula... tot això és indispensable per crear un entorn de seguretat que permeti la creació de vincles i la interacció amb l'infant.

- **La capacitat de transformació.** L'adult ha de deixar-se transformar per l'emoció de l'infant, per les seves accions. Els moviments de l'infant esdevindran accions significatives a partir de la significació i de l'emoció compartida amb l'adult, la repetició de les experiències de plaer sensoriomotriu són una expressió de la vivència d'unitat corporal, donat que l'infant pot connectar les sensacions corporals amb els estats tònico-emocionals. Aquesta sensació d'unitat, viscuda en primer terme amb l'adult, pot ser viscuda després en absència de l'altre, a través d'una reactualització dels records. Quan l'infant vol repetir l'acció que li ha produït plaer compartit ha de programar a nivell pràctic, organitzar-se en l'espai; aquest procés afavorirà un nou nivell de consciència que donarà origen al sorgiment d'un *jo corporal* (Benincasa, 1999).

- **La capacitat d'interacció.** L'adult ha de partir de principi de que l'infant

interactua amb el medi amb uns recursos i amb un estil expressiu determinat. Aquesta acció de l'infant ha de modificar el comportament de l'adult, l'infant ha de sentir que a través de la seva veu, de la seva mirada, de la seva acció, té la capacitat de transformar a l'altre, a allò exterior. Quan l'infant viu amb seguretat aquestes transformacions pot acceptar que el món és alterable i modificable i començar a viure amb plaer la relació i les experiències sensoriomotrius.

- **El plaer sensoriomotriu.** El psicomotricista ha de viure el plaer sensoriomotriu com a unificador de l'experiència de l'infant, ha de tenir recursos per tal de facilitar situacions en què l'infant pugui experimentar, de manera ajustada a les seves possibilitats i necessitats, experiències integradores. En la vivència del plaer sensoriomotriu es crea una unió entre les sensacions corporals i els estats tònico-emocionals que permeten l'establiment d'una vivència de globalitat. El psicomotricista ha de ser sensible als canvis tòncics de l'infant per captar les situacions que li poden produir desplaer o inseguretat, la seva formació personal li permetrà ajustar i modificar les propostes en funció dels indicadors corporals que vagi captant en l'expressivitat motriu de l'infant.

- **El cos de l'adult com a lloc simbòlic.** L'infant pot recrear, actualitzar, situacions arcaïques de maternatge, de demanda de cures de l'adult, o bé, manifestar conductes carregades de tensió i d'agressivitat. L'adult ha de saber acollir i fer evolucionar aquestes situacions cap a un registre simbòlic a partir de la contenció i de l'elaboració de la vivència.

- **Els fenòmens transicionals.** Segons Winnicott (2006), els fenòmens transicionals permetran a l'infant diferenciar els límits entre la realitat interior i l'exterior, representaran el viatge de l'infant des de la subjectivitat a l'objectivitat, des de la indiferenciació amb l'altre a l'acceptació d'aquest com a objecte exterior amb el què es pot establir una relació. L'objecte transicional es pot concebre, en aquest sentit, com un precursor evolutiu del què després s'assolirà a través de les representacions mentals. La creació d'aquest espai processal, en el què es

poden donar aquestes experiències de relació objectal, implica una adaptació activa de l'adult a les necessitats de l'infant d'estructuració del seu psiquisme. Establir una relació intersubjectiva amb l'infant és una experiència afectiva i cognitiva. Es tracta de conèixer les relacions que estableix l'infant amb l'objecte, el seu procés de reconeixement, d'exploració i d'investiment. ●

## BIBLIOGRAFIA

Anzieu, D., Haag, G., Tiseron, S., Lavallée, G., Boubli, M. i Lassègue, J. (1998). *Los continentes del pensamiento*. Argentina: Ediciones de la flor.

Arnaiz, P. (1987). *Evolución y contexto de la practica psicomotriz*. Salamanca: Amarrú Ediciones.

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

Benincasa, G. (1999). El juego repetitivo de intercambio en el niño con psicosis autística y simbiótica: ¿Estereotipia o principio de relación? A *Revista Entre Líneas*, 5 i 6.

Bleichmar, E. (2001). *Psicoanálisis. Desarrollo. Autismo. El tratamiento del autismo*. Martos y Rivière. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. IMSERSO.

Boscaini, F. (1992). Hacia una especificidad de la psicomotricidad. *Psicomotricidad. Revista de estudios y experiencias*, 40, 5-49, Madrid: CITAP.

Brun, J.M. i Villanueva, R. (2004). *Niños con Autismo Experiencia y Experiencias*. València: Promolibro.

Bruner, J. (1988). *Realidad Mental y mundos posibles*. Barcelona: Gedisa.

Camps, C. (2009). La especificidad de la psicomotricidad: un arte para la estructuración de la persona. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 33, 5-20. A <http://www.iberopsicomot.net/>

Coromines Vigneaux, J. (1991). *Psicopatología y desarrollo arcaico*. Barcelona: Spax.

Cyrułnik, B. (2007). *De cuerpo y alma. Neuronas y afectos: La conquista del Bienestar*. Barcelona: Gedisa.

García Olalla, L. (1999). *Modelo para el análisis de la interactividad en un contexto de juego familiar*. Tesi de Llicenciatura. Departament de Psicologia. Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia. Universitat Rovira i Virgili de Tarragona.

Golse, B. i Bursztejn, C. (1992). *Pensar, Hablar, Representar. El emerger del Lenguaje*. Barcelona: Masson.

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

Hales Robert, E. i Yudofsky Stuart, C. (2004). *Tratado de Psiquiatria Clínica*. Barcelona: Masson.

Hobson, P. (1995). *El autismo y el desarrollo de la mente*. Madrid: Alianza.

Lapierre, A. i Aucouturier, B. (1980). *El cuerpo y el inconsciente en educación y en Terapia*. Madrid: Editorial Científico-médica.

Larbán Vera, J. (2008). *Revistas Punto de Encuentro* Nº 19, de FEAFES, Confederación Española de Agrupación de Familia-

res y personas con Enfermedad Mental. Madrid.

Muratori, F. (2008, 2009). *Revista de Psicopatología del niño y del adolescente*. Fundación Orienta, 12, 39-49 i 13 21-30. Barcelona.

Rabadán, M. (2009). *La psicomotricidad, un recurso educativo para la inclusión de alumnos con NEE asociadas a TEA*. Memòria de treball de la llicència d'estudis concedida pel Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya (2008-2009). A <http://xtec.gencat.cat/ca/innovacio/bdlicencias/>

Rivière, A. (2002). *IDEA: Inventario del Espectro Autista*. Buenos Aires: Fundec.

Rivière, A. i Martos, J. (compiladors). (2001). *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. IMSERSO.

Sánchez Rodríguez, J. i Llorca Llinares, M. (2008). *Recursos y estrategias en psicomotricidad*. Màlaga: Aljibe.

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

Stern Daniel, N. (2005). *El mundo Interpersonal del infante*. Argentina: Paidós. Wallon, H. (1984). *La evolución psicológica del niño*. Barcelona: Grijalbo.

Winnicott, D.W. (1998). *Los bebés y sus madres*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D.W. (2006). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.

# LA PSICOMOTRICITAT D'AJUDA EN EL TREBALL AMB INFANTS AMB TEA<sup>1</sup>

*“Alleuja descobrir que, fins i tot en aquests nens tan tancats en si mateixos, hi ha una part seva que espera ser ajudada a “créixer adequadament” i a vincular-se a una figura parental”.*

(TUSTIN. 1987, p.192)

– Mónica de León –

Psicòloga clínica. Servicio Médico Integral (SMI), Montevideo, Uruguay



La proposta d'ensenyar des de la meua experiència de treball com a psicomotricista amb infants amb TEA resulta tan paradoxal com simbòlica. Una i altra volta, l'encontre amb infants que pateixen símptomes d'un TEA fa que torni a començar i així l'“Experiència” podria resumir-se en aprendre cada dia a començar, a animar-se a enfrontar el desànim del què sembla repetir-se eternament, d'allò impenetrable i inamovible. Animar-se a jugar amb el cos, amb l'ànima, per submergir-se en l'angoixa sense nom que no pot més que quedar col·locada en el cos i així, des de les eines que la pràctica psicomotriu (jocs de seguretat profunda, els jocs de maternitat i la contenció a través de la ressonància tònic-emocional, el joc sensoriomotor i la possibilitat de la vivència conscient del cos real, els jocs pre-simbòlics com a eina constructora de la identitat corporal, així com la representació com a via afavoridora de la descentració) es privilegia la possibilitat de desenvolupar un abordatge d'ajuda.

De tal manera que, com afirma F. Perls, a partir de l'escolta del cos, sabrem qui som. Partir de l'acte motor per afavorir l'estructuració simbòlica, aquesta és una

de les eines amb les que comptem en l'encontre.

Quan vaig començar a treballar com a psicomotricista, preparava les meves sessions amb antelació. Tenia objectius clars a treballar i disposava el material de la sala en sintonia amb ells. Els mateixos sorgien d'una entrevista prèvia mantinguda amb els pares del nen, de la lectura d'informes amb els què arribaven a la consulta i dues o tres trobades de valoració amb l'infant. Fins i tot, els objectius estaven molt paucats per poder valorar les diferents dimensions i així definir objectius a treballar a partir de tres vies bàsiques d'actuació: el plaer d'acció, la presa de consciència i el pla del pensament. “Comunicar, crear, accedir a la descentració, pensar, són els objectius de l'ajuda i també els de la nostra proposta educativa” (Aucouturier, 2004, p. 272). Quan parlem d'educar fem referència a la funció simbòlica nascuda en els fantasmes d'acció.

Tot això va funcionar molt bé fins que vaig conèixer a en Pedro. Un nen de nou anys amb TEA sense llenguatge i amb un funcionament molt primari. Portava anys en teràpia i buscaven en la intervenció psicomotriu acompanyar el seu procés terapèutic.

## RITUAL D'ENTRADA

En Pedro entra a una sala disposada amb un espai per al temps d'acollida, una torre enmig de la sala i un racó amb material per a la representació gràfica.

«La sala de psicomotricitat que posem a disposició dels nens i les nenes

amb els seus espais i el seu material específic, és un espai simbòlic assegurador i de sosteniment que representa el cos de la mare i en el què cada infant pot viure la seva experiència motriu» (Aucouturier, 2004, pàg. 133).

Cada consulta s'iniciava amb un temps d'acollida en què l'encontre i la paraula representen una via privilegiada. S'expliciten les normes de la sala i es presenta el material disposat com a proposta de joc. En el cas d'en Pedro, aquest temps i aquestes pautes no tenien sentit.

La destrucció de la torre representa un espai transicional en què l'infant reafirma el seu jo, es diferencia de l'altre. Trio aquesta forma de començar marcant simbòlicament el valor de ser, com a individualitat que comença a construir el seu temps i espai de treball. La destrucció viscuda sense culpa, l'agressivitat simbòlica ment jugada, com el joc reassegurador.

“Així es pot entendre millor el següent esquema de relacions: destrucció-plaer, destrucció-construcció, construcció-comunicació, comunicació-creació, descentració-pensament operatori” (Aucouturier, 2004, p. 181).

No havia passat ni un minut i semblava que per la sala hagués passat un cicló. Les cadires de l'espai d'acollida estaven escampades per la sala, entre llapis, fulls que havíem volat i caixes de material que van quedar disseminats per tot arreu. La torre? Intacta. En Pedro? A sota d'una gran màrrega, no pas jugant a amagar-se i ser trobat, sinó embolicat en una segona pell que el mantingués protegit d'aquell

caos i potser també de mi i de la meua proposta. Jo? Ni tan sols havia arribat a l'espai d'acollida, estava palplantada a la porta d'entrada. Espantada, desconcertada, sense idees. Em preguntava si en Pedro se sentia també així. Com continuariem?

Em vaig apropar a en Pedro, estirada al seu costat, sense moure la màrrega i li vaig dir: “Hola, sóc la Mónica. T'estava esperant”. En Pedro va sortir i va començar a córrer d'un cantó a l'altre de la sala. El seu cos només s'aturava quan la paret s'hi interposava. De banda a banda, un cop i un altre, cridant i movent les mans a ambdós costats del seu cap. El moviment era la via per la qual podia expressar el seu patiment, no l'atenuava, no el salvava del mateix, només el denunciava. En el cas d'infants amb TEA aquestes angoixes arcaïques envaeixen sense continent i busquen un límit que només semblen trobar en allò concret, en els límits físics de l'espai, mobilitzats a partir de la agitació motriu.

No era el primer infant afectat de TEA que veia, ni el primer amb el què treballava, però sí la primera vegada que em sentia tan perduda.

Volia trobar la manera de trobar-nos i així poder ajudar-lo. Quan en la meua supervisió vaig dir aquesta frase, el meu supervisor em va respondre: “Això és el què en Pedro necessita, algú que tingui il·lusió”. La il·lusió, deia Aucouturier (2004), és un trampolí per al progrés. La perdria cada cop que entrava a la sala. Sobretot perquè se suposa que els espais i temps són eines des de les que el psicomotricista s'atura per abordar el treball d'ajuda. En Pedro feia miques la meua estructura i em mostrava així en carn viva com se sentia, com era el seu món intern: caòtic, sense connexió, sense possibilitat de ser mentalitzat.

Poc a poc vaig anar aprenent amb ell, a acompanyar-lo respectuosament, a ajustar-me tònic i emocionalment, sense més expectativa, sense més fita de treball. Des de l'escolta, aquesta de la que tant es parla i sobre la que tant havia llegit, però de la que mai s'havia fet tan present i evident la seva absència en relació a l'altre. Així vaig començar a entendre que, en entrar a la sala, necessitava

un espai pràcticament «buit». Potser per escenificar la seva pròpia experiència de buidor i poder anar col·locant allà experiències de plaer i seguretat que afavorissin l'estructuració d'aquest jo corporal que li assegurés tenir un cos i així una consciència de sí mateix que el tregui de l'estat de no integració al que fa referència Tustin (1987). Poc material hi havia disponible, poc en quantitat, que es va anar ajustant en qualitat.

Aleshores, en entrar a la sala tancava sistemàticament els llums i així transcorria la consulta. No es veia absolutament res i vaig poder sentir la impossibilitat de moure'm, el desconcert, la por a un espai que, lluny de ser el que coneixia, s'havia tornat aliè, tan imprevisible i tan invasiu que per moments no sabia si estava veient, sentint, pensant... quan intentava obrir el llum, ell el tancava i m'agafava de la mà. Corríem junts d'una cantó a l'altre de la sala i així jo l'acompanyava i m'ajustava tònicament a la seva possibilitat d'expressió motriu. Estàvem en ressonància tònic-afectiva i això semblava ajudar-lo, no sé massa en quin sentit, però poc a poc començava a permetre'm intervenir en el ritme i l'agitació es convertia en passeig fins a dirigir-se a l'espai d'acollida. Seia davant meu i començava a explorar el meu rostre.

Així, el temps d'acollida va passar a ser un temps posterior però important, d'encontre. La repetició d'aquest esquema el reassegurava sensorialment i l'aparent desconnexió donava pas a un temps d'escolta. Si intentava tan sols escurçar el recorregut, les formes autistes afloraven i així em deia que necessitava posar-se fora de perill i en conseqüència m'evitava.

## NUCLI DE SESSIÓ: ASSEGURACIÓ PROFUNDA

L'Alex, un nen de 5 anys amb un llenguatge molt ric en vocabulari, però molt pobre en funció comunicativa, no podia esperar per entrar. Quan entrava, es dirigia directament a l'espai d'acollida i assegut perfectament de perfil respecte al mirall, expressava la seva angoixa per la pèrdua d'un hemicòs. L'angoixa d'estar partit per la meitat. A través del temps de relaxació, previ al tancament de la sessió, va poder vienciar la unió dels hemicossos i així

atenuar la seva angoixa. Aquella vivència el relaxava i automàticament el moviment continu donava pas a la immobilitat i el descans.

“Hola, a l'escola sí, bé, mira, despertar, cap sííí, mira, mira la torre, tomba-la, vine, u, dos, tres, bééé Juguem? Sí!”

Tota aquella allau de paraules resumia el temps de trobada.

L'Alex ho feia tot sol. M'anul·lava completament des del seu llenguatge verbal i corporal. No parava de moure's, mostrava grans dificultats per contactar amb mi. Escoltar o ajustar-se a les consignes que l'escola li donava semblava molt allunyat dels seus interessos.

Un cop iniciat el temps de joc, el plaer de moure's i viure positivament el seu cos prevalia com a joc.

A la sala, seguia l'ordre del circuit sensoriomotor guiat pel plaer que sentia en les caigudes, salts o arrossegaments, fins arribar al temps de massatge en què el nen quedava profundament adormit cada dia. El circuit sensoriomotor havia de ser sempre igual. Primer feia anar la meua mà perquè col·loqués cada peça, poc a poc va acceptar muntar-lo amb l'ajut d'una foto i posteriorment des del record, el muntava mostrant gaudi amb allò que ell controlava, que podia anticipar. Així, el plaer de fer quedava substituït pel plaer de controlar el què passava. Amb el temps, les teles amb diferents textures van permetre jugar amb els canvis en allò que romania igual. Altres vegades, la música ajudava a introduir ritmes i, amb ells, talls i ruptures en el temps que, juntament amb les caigudes, els arrossegaments i els balancejos, van anar donant lloc als jocs de seguretat profunda (base per a l'estructuració joica).

No volia participar de l'espai de representació, per ell el paper i el llapis eren propietat de l'escola i la seva vivència dels mateixos era molt negativa. Al principi, simplement dibuixava jo i ell deia alguna paraula que anotàvem com a significativa del joc.

D'aquesta manera, vam anar construint un llibre de treball que li permetia recordar allò que havíem fet i sovint deixar plasmat un “pendent”, habilitant un temps d'espera, un continu en el temps que deixava allà una imatge que

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

afavoria representar-nos una propera trobada.

L'Alex començava a poder ordenar el seu pensament a mesura que ordenava el moviment. Treballàvem la permanència de les experiències a través del llibre. Alhora, l'Alex va anar confeint la seva caps de joguines, joguines que trobava sempre en el mateix lloc i ordre en què les havia deixades, va anar podent viuençar la permanència de l'objecte a través de representacions mentals que es feien poc a poc menys efímeres. Era possible veure com podia començar a esperar per parlar, les paraules ja no buscaven ser depositades en l'altre permanentment per evitar perdre-les, de la mateixa manera que els pensaments. Ja no es perdia en el moviment. Ja podia viure la noció d'un continent psíquic que va anar tenint com a punt de partida la representació de sí mateix, treballat a partir del plaer sensoriomotor, el massatge i els jocs d'oposició: construcció-destrucció.

En Tiago no podia esperar a arribar a la sala, no diferenciava l'espai i el temps de treball. Es movia en un continu en el què només buscava donar sortida a les seves angoixes més intenses i jo em sentia atrapada en elles fins al punt d'anul·lar la meua capacitat de pensar i fer. Arribava parlant de la seva angoixa i marxava igual.

En un moment, li proposo que deixem de parlar i que juguem. No es mostra molt convençut, però accepta. Els jocs d'asseguració profunda van ser la via per desbloquejar les fixacions que obsessiaven a en Tiago. A partir dels jocs de maternatge, vam treballar la contenció i reasseguració; vam afavorir la seva autonomia. En Tiago va anar vivenciant en les trobades amb mi una via de sortida a les seves angoixes. El monòleg va passar a ser diàleg, centrat en les seves vivències i amb evident impossibilitat de posar-se en el lloc de l'altre, però que obria espais a l'encontre.

En Juan té cinc anys i va arribar a la meua consulta fa gairebé un any. En la primera trobada amb la seva mare, m'explica que fa un mes que ha començat a dir alguna paraula.

Arriba amb els seus objectes que l'acompanyen, objectes que recolza al seu costat a l'espai d'acollida després d'acom-

panyar a la seva mare a la sala d'espera, indicar-li on seure i deixar la porta quasi oberta, quasi tancada.

Després del temps d'encontre inicial, seguia una rutina quasi exacta cada dia. En Juan es dirigia a la finestra i quedava absorbt en el moviment dels arbres. Quan descriu aquella escena, es tomba i em dóna l'esquena. La identificació sensorial i motriu l'atrapava en la vivència de moviment continu, escenificant la seva angoixa per manca de límits. Això també ho expressava estirant-se a la màrrega i giravoltant sobre la mateixa en una estimulació sensorial que l'atrapava. Va començar a acceptar que l'estrenyés amb un cilindre d'espuma, el que permetia augmentar la seva consciència corporal, com un infant de vuit mesos que, en agafar-se els peus, expressa la seva felicitat per estar complet. Així es mostrava en Juan, feliç en sentir el seu cos de cap a peus.

Fora d'aquest breu moment de plaer, res semblava interessar-li. Per suposat la meua torre romania allà, com el què era concretament: dos cubs, un a sobre de l'altre, que esquivava quan hi passava a prop. Tal vegada, m'estava dient que no estava preparat per jugar la seva diferència respecte a la seva mare o per reafirmar el seu jo. Per tant ni destruir-la, ni construir-la així, evitant activament el joc, em deia que no podia dir encara aquí sóc jo.

Li ofería diferents opcions i va mostrar interès per la caps de plastilines. En

separava trossets i els introduïa en petits recipients fins a omplir-los. Aquell joc es va repetir durant diverses trobades en què, mica en mica, em va permetre posar paraules a allò que estava fent. Inicialment, tan bon punt jo donava significat a allò, ho abandonava. Els recipients contenien, començaven a ser continents (el joc l'assegurava davant de la seva angoixa de pèrdua) de la mateixa manera que ell podia començar a contenir i guardar pensaments, imatges i així començar a buscar repetir les situacions que li havien generat plaer. Recordava els jocs d'una setmana a l'altra i buscava intencionadament generar l'espai d'encontre que li permetés repetir l'experiència plaent. El circuit va esdevenir un espai de plaer que va habilitar la meua participació donant un valor creatiu a la trobada. Va anar acceptat la torre i construït a partir de la mateixa. El joc del «tat» va sorgir de manera natural i en Juan va començar a anomenar-me «Mónica» quan no em veia i a riure quan em retrobava. L'espai sensoriomotor és facilitador de l'apropiació simbòlica de l'«objecte mare» (Aucouturier, 2004). La torre va anar donant pas a una casa i amb ella la vivència d'un embolcall protector. En Juan buscava tancar el que jo havia construït com a vies d'entrada i sortida: portes, finestres. Tancades amb cura per evitar que res s'escapi. Amagar-se i ser trobat proporciona la seguretat de la permanència d'emocions i pensaments font de plaer (Aucouturier, 2004).



“La torre va anar donant pas a una casa i amb ella la vivència d'un embolcall protector.”

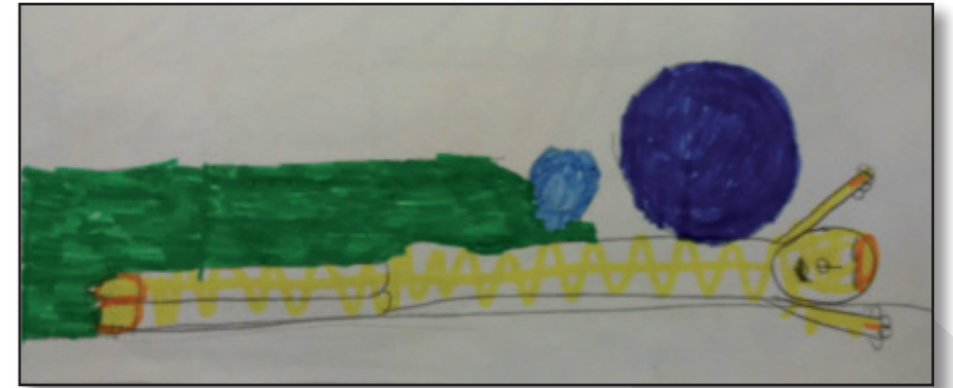
Els cilindres d'espuma es van convertir en cotxes de carreres i així corria per la sala al meu costat, després darrera meu, permetent que al girar-me els cotxes xoquessin per afavorir l'encontre i amb el xoc, les caigudes i el plaer que això generava: el riure i la cerca activa de l'encontre. Les primeres caigudes les podia vivenciar agafant-se fort de la meua cintura. L'angoixa de caiguda representa la por al buit, per la qual cosa en Juan necessitava sentir-se ben sostingut per no caure en ella, per sentir la contenció de l'angoixa i afavorint des del joc la consciència d'un cos real.

El temps de trobada es va estructurar al final de la sessió després de tenir el nucli i aleshores, en arribar, acceptava trobar-nos, recordar i anticipar. Donar un temps a la paraula i la mirada com a via de contacte.

Els seus objectes van començar a quedar en la sala d'espera després d'una consulta en què la seva mare va haver d'esperar fora per motius aliens a la consulta. En Juan va anar cap a la finestra des d'on la podia veure. Aquest cop, lluny del moviment del vent i de les fulles, era a la seva mare a qui veia. Es va angoixar, va plorar i va començar a mostrar-se molt ansiós. La mare era allà, alguna cosa havia canviat, però continuava allà i van poder tolerar l'angoixa ell i la mare. A partir d'aquell dia, en Juan arriba a la sala i es dirigeix a la finestra en què compartim el que veiem i comença ell a anomenar allò que observa. El llenguatge ha aflorat. Tot i fer servir ecològies, tenen un sentit comunicatiu. «La intensitat de l'emoció s'accentua quan es pot associar a una imatge i es pot parlar d'ella» (Aucouturier, 2004, p 70).

L'espai d'asseguració per mitjà del dibuix evidenciava la presència d'angoixes no assumides que amb el plaer viscut en l'espai d'asseguració profunda va anar evolucionant lentament.

Aquell temps de plaer compartit ocupava pràcticament el temps complet de sessió, no obstant, breument ens preniem l'espai per dibuixar aquells cotxes en el seu quadern. En Juan no participava dibuixant, però sí observava, reia quan recordàvem el joc. En sortir a la sala d'espera, explicava a la seva mare a què



“Va començar a acceptar que l'estrenyés amb un cilindre d'espuma, el que permetia augmentar la seva consciència corporal.”

haviem jugat i va poder anar posant paraules a la vivència corporal.

Sóc jo qui dibuixa, és cert, però en Juan expressa gaudi en veure representats moments de la nostra trobada.

Avui la consulta té l'estructura que típicament es planteja, el ritual d'entrada, el nucli i el tancament de sessió (un temps breu que marca, a través de l'entrega del quadern en què hem dibuixat i una forta abraçada, el final de la trobada i l'acord de tornar a veure'ns en set dies).

Però per arribar a això, en Pedro, l'Alex, en Tiago, en Juan i cada un dels nens va fer un recorregut diferent, en temps i en forma, fins a arribar a invertir aquells espais des d'on dir-se i ser escoltats. El camí és més complex, desconcertant i moltes vegades frustrant. Col·locar-se darrera per després acompanyar fins a ser agent actiu i proposar, es diu ràpid però no ho és. De vegades, només a través dels espais de supervisió és possible adonar-se de que aquest procés ha tingut lloc. Per això, el valor de no quedar fixat en un rol o atrapat en l'estructura; el psicomotricista ha d'acompanyar des de l'escolta i el sosteniment, per no deixar de ser un mirall estructurant per al nen, a través de la significació de la seva expressivitat motriu. ●

## BIBLIOGRAFIA

Aucouturier, B. (2004). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Barcelona: Biblioteca infantil 7. Editorial Graó.

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

Cecchi, V. (2005). *Los otros creen que no estoy*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumén.

Llorca Linares, M.; Sánchez Rodríguez, J. (2003). *Creciendo juntos: un acercamiento desde la educación psicomotriz a las personas con espectro autista. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. Nº 10.

Oaklander V. (2004). *Ventanas a nuestros niños*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.

Peceli, R.; Bensusán, E. (2004). *En los albores del pensamiento. El ser como movimiento o su capacidad de transformación. "El espacio sensoriomotor"*. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. Nº 15.

Rebollo, M.A. (2003). *La motricidad y sus alteraciones en el niño*. Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana.

Spitz, R. (1960). *No y sí. Sobre la génesis de la comunicación humana*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Sugrañes, E.; Ángel, M. (2007). *La educación psicomotriz (3 – 8 años)*. Barcelona: Editorial Graó.

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

Wallon, H. (1987). *Del acto al pensamiento*. Buenos Aires: Editorial Psique.

# FER DEL TRAUMA UN OBJECTE BELL<sup>1</sup>

– Iván Ruiz –

**Psicoanalista, membre de l'Escola Lacaniana de Psicoanàlisi**

## UN DOCUMENTAL SOBRE L'AUTISME



L'origen d'*Unes altres veus* es remunta a l'any 2010. Aquell any, concretament el 19 de juny, l'Escola Lacaniana de Psicoanàlisi va organitzar un Fòrum

a Barcelona sobre l'autisme, que va reunir més de sis-centes persones. La convocatòria es feia des de la urgència: era necessari respondre a dues propostes temeràries, una del Partit Popular dirigida al Senat d'Espanya i, una altra, formulada per una associació de pares al Parlament de Catalunya. Per als psicoanalistes d'orientació lacaniana, però també per a mestres, professors, psicòlegs, fisioterapeutes, logopedes, pediatres, musicoterapeutes, artistes, científics, famílies afectades per l'autisme i altres tantes persones es tractava de posar de manifest: *Que és necessari explicar els riscos de l'avaluació limitada a la xifra, que silencià allò particular de cada ésser humà... que el tractament de l'autisme no pot reduir-se a models d'ensinistrament de la conducta ni a simplificar la complexitat de la parla i del llenguatge humà en exercicis de comunicació... i que limitar l'oferta de tractament a un únic model teòric vulnera el dret dels ciutadans a escollir quins tractaments prefeixen per a ells i/o els seus fills.*

La conjuntura d'aquesta aliança perillosa entre una associació de pares i alguns representats polítics, que pretenien dir als professionals com havien de treballar, em va fer veure amb claredat que convenia fer un document audiovisual

que apropés al públic més ampli l'orientació que la psicoanàlisi lacaniana aporta a l'abordatge de l'autisme. No ens hem ocupat prou de fer-ho i aquest documental pretenia servir per a aquest fi. Era imprescindible, així, crear un objecte bell que fes transmissible allò real insuportable que sovint és l'autisme del subjecte que rebutja, almenys d'entrada, tota identificació amb el seu consemblant i, per tant, el vincle amb ell. Corríem el risc de caure en l'optimisme fàcil, malgrat el que jo buscava era, més aviat, un to vitalista, certament més complex. Volia fer una pel·lícula que parlés de l'autisme, també de la psicoanàlisi, però, sobretot, que parlés d'allò singular que determina la vida de cada subjecte, de cadascú de nosaltres -de tu, lector. Per això, era imprescindible que el discurs psicoanalític travessés el documental. Un psicoanalista a l'encontre d'una cineasta podria produir un relat filmic que convidés a l'espectador a escoltar d'una altra manera. Així, fou gràcies a en Miquel Bassols que vaig conèixer a la Sílvia Cortés, una realitzadora catalana que, amb la Marta Alonso, em van brindar el seu laboratori d'idees, anomenat Teidees Audiovisuals, S.L. Podria destacar moltes qualitats de la Sílvia Cortés, però les dues que més van beneficiar a *Unes altres veus* van ser la seva tossuderia per rescatar la diferència i el seu amor per la psicoanàlisi. Si aquesta pel·lícula és fonamentalment una pel·lícula sobre l'amor, sobre l'amor de transferència al que Freud es referia, és també per aquest motiu.

Què escoltem de la psicoanàlisi lacaniana més enllà del què a la pel·lícula es discurs de la psicoanàlisi. I assauríem als psicoanalistes sobre aquell divan, que vam dur amb nosaltres arreu on vam rodar. Sabíem molt bé de la importància

de situar als psicoanalistes al divan -ells no poden ser aliens a allò que diuen-, alhora que escoltar als pares en un lloc en què la seva paraula estigués protegida -ells no saben de vegades que en saben. També érem conscients de l'interès de convidar a l'Albert a prendre la paraula -ell troba les paraules que, sovint, altres perseguim- o de fer possible que l'Héctor es desplaçés a contrallum -ell persegueix construir amb el seu cos l'espai que, sovint, altres ja hem interioritzat.

Però, pels que ja hagueu vist la pel·lícula, haureu notat que el discurs lacanià es fa present també quan els talls en el relat permeten a l'espectador trobar-se amb l'evocació del què s'ha dit en darrer lloc. El guió, escrit després del que vam obtenir dels participants en el rodatge, planteja qüestions que només l'espectador pot reconèixer eventualment com a pròpies. Les diverses veus que fan d'aquesta pel·lícula un calidoscopi sonor contenen la participació d'alguns pares i mares vinculats a l'Associació TEADir i d'alguns col·legues que van acceptar, ja fa set anys, la meua proposta de participar en aquesta singular pel·lícula.

Fou imprescindible, també, trobar el finançament per dur a terme un objecte cinematogràfic de qualitat. De nou, la transferència, com deia Jacques Lacan, està a l'inici. I van respondre a ella centenars de persones conegudes, però també altres de les que mai en vaig saber res, que van prestar el seu suport i que es van sumar a les institucions que van esponsoritzar el documental. L'Associació TEADir de pares, mares i familiars de persones amb autisme, que va fer seu des de l'inici aquest projecte, es va ocupar de canalitzar totes les ajudes.

### LA IMATGE DE L'AUTISME

No existeix la imatge de l'autisme. Això fóra el que finalment ens mostrà el propi

projecte. La no-imatge de l'autisme ens havia de permetre, aleshores, parlar de cada infant o adolescent anomenat autista, considerat subjecte de ple dret pel sol fet de que, parlant d'ell, ja existeix en el lloc comú del discurs. No filmar directament a cap infant amb autisme fou una de les decisions més rellevants que vaig haver de prendre. Això fa d'*Unes altres veus* una pel·lícula en la què no hi ha res a veure, tan sols un relat per ser escoltat.

Des de la seva estrena, el 3 d'abril de 2013, he viatjat molt acompanyant a la pel·lícula. Un gran nombre de col·legues d'arreu del món han fet possible que *Unes altres veus* arribés a llocs en els quals el discurs de la psicoanàlisi es troba seriosament amenaçat per la ideologia del *cognitivisme democràtic*, és a dir, el *cognitivisme per tothom*. Això passa de la mateixa manera que les llibertats veuen avui reduït el seu espai per l'imperi de la xifra i el control dels ciutadans, que pretén restringir els efectes de la paraula. El món seria diferent si no existís la psicoanàlisi i els psicoanalistes presents en molts llocs del planeta que demostren la validesa i eficàcia del discurs. D'aquesta transferència de treball també se'n va beneficiar *Unes altres veus*, que es va projectar, i encara es projecta, en multitud de ciutats: Barcelona, Nice (França), Sant Boi de Llobregat, Angers (França), Rennes (França), Tarragona, París (França), Madrid, Montpellier (França), Bretigny (França), Orly, Orléans (França), Igualada, Buenos Aires (Argentina), Lleida, Brussel·les (França), Zaragoza, Torino (Itàlia), Grenoble (França), Bilbao, Strasbourg (França), Pessac (França), Caracas (Veneçuela), L'Hospitalet de Llobregat, Santiago de Chile (Xile), Aguasdulces (Mèxic), México DF (Mèxic), Dublín (Irlanda), Berga, Rouen (França), Lyon (França), Urdúliz, Étampes (França), Clermont-Ferrand (França), Palencia, Évreux (França), Santa Fe (Argentina), Cádiz, Chicllana de la Frontera, Alicante, Granada, San Sebastián, Guatemala, Metz (França), A Coruña, Londres (Anglaterra), Santander,

Veneza (Itàlia), Genève (Suïssa), Hauteville (França), Berlin (Alemanya), Sevilla, Saint-Germain Laxis (França), Huesca, Toledo, New York (EUA), Gavà, Ciutadella, Miami (EUA), Manresa, Salvador de Bahia (Brasil), Bogotá (Colòmbia), Murcia, Andorra, Reus, Tirana (Albània), València, Nottingham (Anglaterra), Belo Horizonte (Brasil), Rio de Janeiro (Brasil).

Els debats posteriors a la pel·lícula, les preguntes, els qüestionaments, l'encontre amb les famílies i els subjectes afectats pel terme *autisme* i l'hospitalitat dels col·legues de cada indret; tot plegat fa de la difusió del documental una experiència inigualable.

### UNA PARAULA TESTIMONIAL

Hi ha, a més, un altre impuls en el desig de realitzar aquesta pel·lícula. Aquest impuls és l'encontre amb l'autisme del meu fill Héctor. No hi ha dubte, va ser un encontre traumàtic. Qualsevol explicació sobre la causa esdevenia una veritat mentidera i tan sols em quedava la pregunta: *Què i com fer amb això?* Degut, segurament, al meu recurs a la sublimació, em vaig veure empès a introduir una mica de llum en la foscor que ocupava el trauma. La meua pròpia psicoanàlisi em va permetre introduir, per mitjà de l'objecte veu, un cert vel a l'angoixa i fer del trauma un objecte bell. Potser és per aquesta raó que la pel·lícula, un cop acabada, va sobrepassar el projecte inicial dels autors i va adquirir la mateixa autonomia que la d'aquells objectes artístics que poden ser usats per altres. Sense saber-ho, en un inici, vaig buscar a altres pares que poguessin parlar dels seus fills, no tant des de la gravetat que s'imposa per molts quan reben el diagnòstic, sinó des de la vitalitat que suposa construir amb el teu fill una relació basada en allò més singular de la seva posició al món. L'autisme d'un fill planteja moltes dificultats per a l'esdevenir de la seva vida i també per a la contribució dels pares en aquest procés, però no em semblava incompatible amb el fet de trobar una

certesa, la d'estimar al fill que hom té i no pas a un altre. Fou una aposta trobar pares i mares que sostinguessin aquesta posició; i així va ser.

I, finalment, l'Albert: *acustufant!* Aquesta és la paraula que, recordant la funció que Freud atribueix a l'acudit i a la seva relació amb l'inconscient, va introduir un terme nou a on no era esperat. *Acustufant* és el moment de la pel·lícula que, més enllà del malentès de les llengües i dels països pels que *Unes altres veus* ha viatjat, fa riure cada cop a l'espectador. Tot i que *acustufant* és una paraula que existeix en l'àmbit radiofònic, per exemple, *acustufant* és el nom d'allò radicalment diferent. No tant per la paraula en sí, si no per la manera com l'Albert, a l'última part de la pel·lícula, la fa servir. *Acustufant* és la sortida a la sèrie d'adjectius amb els què descriu el documental, però que alhora l'introdueix en una metonímia de la que li és difícil sortir. Aquesta va ser per mi una de les primeres raons per convidar a l'Albert a participar en aquest projecte, els efectes del qual es van fer palesos immediatament en el seu interès per escriure sobre el què li passa.

L'experiència d'*Unes altres veus* continua encara avui, un cop estrenada i distribuïda la pel·lícula. Els testimonis dels pares i mares -rics en ensenyances- que he conegut després o les interessants col·laboracions amb psicoanalistes d'altres indrets del món o de persones interessades en projectar la pel·lícula allà on són, allà on es troben, fan que aquest documental hagi adquirit vida pròpia. Tot això fa pensar que al costat de tots aquells -pares, professionals, interessos financers i polítics- que pretenen uniformitzar les sortides als reptes tan complexos que planteja l'autisme durant la vida d'un subjecte, al costat de tot això, altres pares, mares, familiars, professionals, persones diverses preocupades per l'autisme busquen expressions sòlides, alhora que respectuoses, del què és un ésser humà en el límit de la seva subjectivitat. ●

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

# TROBALLA INESPERADA<sup>1</sup>

– Sílvia Cortés Xarrié –

Directora del documental  
“Unes altres veus” i Directora  
de Projectes de Teidees



Parlàvem amb l'Iván. Parlàvem de gravar l'Héctor, de com fer-ho, des d'on mirar-lo... Em rondava una idea: fer servir el desen- foc (el fora de focus),

generar una imatge borrosa; mostrar, però no del tot. Era una manera d'il·lustrar l'autisme, que no sabem ben bé què és, que no en tenim cap nitidesa, només pistes, desenfocs que ens obliguen a treballar amb a la intuïció per explicar-nos la imatge, el què hi ha. Si desenfocàvem l'Héctor podíem traslladar la idea que no podem explicar del tot l'autisme, que només el podem observar i intuir. A més, el desenfoc ens permetia no exposar del tot l'Héctor, podíem protegir-lo de judicis preconcebuts (tot i que un dels objectius del documental era, evidentment, desmuntar-los).

Però hi havia alguna cosa en el desenfoc (no sabia què) que no m'acabava de convèncer. Calia alguna cosa més, però no sabia què era ni on buscar-la. Llavors se'm va acudir agafar la direcció contrària: enfocar l'Héctor dins el focus. La idea canviava l'Héctor de lloc, del “fora de focus” a dins del focus. Era fàcil: només calia situar l'Héctor davant d'un focus en un espai fosc. La imatge resultant seria un contrallum que ens mostraria la silueta de l'Héctor. Amb aquest recurs visual, a més de situar el nostre protagonista dins el focus (que és, de fet, el lloc que li pertoca en el documental), aconseguíem no exposar-lo del tot, protegir-lo.

I sobre tot això parlem amb l'Iván fent un te a una terrassa de Gràcia... I mentre parlem, una paraula inespera-

da ens ve a visitar: volia referir-me al moviment repetitiu de les manetes de l'Héctor al contrallum i m'equivoco de paraula, en lloc de dir *estereotípies* dic *serendípies*.

## LA SERENDIPITAT

No tinc ni idea de què significa, però he dit *serendípies*. Primer ric, però, de seguit, em sembla una paraula tan estranya que en sento curiositat. Al web de l'Institut d'Estudis Catalans no hi és. Me l'he inventat? No del tot. En un segon intent, trobo *serendipitat*:

*Descobriments casuals o imprevistos fet per un investigador en el curs d'una recerca orientada a altres objectius i amb pressupòsits teòrics diferents.*

Resulta que aquesta paraula tan estranya és una paraula preciosa! El seu significat em provoca una emoció enorme, sobretot perquè he arribat a la paraula *serendipitat* per una *serendipitat*. Això em sembla, com diria l'Albert, “*acostuflant*”. *Serendipitat* és una paraula enorme, plena sorpreses, i encara he d'entendre-la en tota la seva dimensió. Per començar, sospito que no m'he equivocat de paraula sinó que he dit exactament la paraula que volia dir. I torno a llegir el significat...

*Descobriments casuals o imprevistos fet per un investigador en el curs d'una recerca orientada a altres objectius i amb pressupòsits teòrics diferents.*

¿Pot ser que aquest “investigador en el curs d'una recerca” sigui jo? ¿I pot ser que el curs de la recerca siguin les estereotípies de l'Héctor (les seves manetes que es mouen d'una manera incomprensible)? Si jo sóc l'investigador i el curs de la recerca són les manetes de l'Héctor, quin és el descobriment casual, el fet imprevist? I en aquesta pregunta és on la *serendipitat* em reserva l'emo-

ció més gran: el descobriment casual, la gran troballa: la imatge de les manetes de l'Héctor movent-se incomprensiblement al contrallum ofereixen una dansa preciosa, d'una bellesa radical.

Podia haver dit qualsevol altre paraula, però vaig dir *serendípies*. Potser va ser una tria atzarosa, però és massa precisa, massa ben encaixada. Potser aquest “mot precís” (Josep Pla l'hagués perseguit una setmana sencera), va ser triat per mi tot i que jo no sabia que el sabia. Però també podria ser que el mot em triés a mi.

I aquesta no és una qüestió menor. Perquè un cop dita aquesta paraula preciosa que havia oblidat (o un cop aquesta paraula preciosa m'ha vingut a trobar), m'adono que sempre ha estat al “calaix de les baldufes” que cantava Serrat a *El meu carrer*. No recordo com va entrar al calaix aquesta paraula, però ara, un cop retrobada en veu alta, en surt d'una altra manera. On jo volia mostrar l'estranyesa (unes mans que es mouen d'una manera incomprensible) hi he trobat bellesa. És així com la *serendipitat* ha saltat del calaix de les baldufes a la vitrina de les opcions. I seguirà apareixent en la recerca d'*Unes Altres Veus*.

La *serendipitat* ha aparegut per primer cop sobre la imatge de les estereotípies. A partir d'aquest moment, seguirà saltant de les paraules a les imatges, a la llum, als objectes i als espais.

## EL LABERINT

Volíem situar els protagonistes del documental en escenaris significants. Per a l'Albert volíem un laberint. Vam trobar el d'Argeleguer. Era un laberint peculiar construït per un sol home. Estava instal·lat en el terreny abrupte d'un bosc, amb túnels llarguíssims fets de canyes, torres altíssimes, construccions oníriques, figures i objectes. La idea del laberint era ben clara, trobar Argeleguer ens la va reafirmar i la *serendipitat* es va es-

munir pels túnels de canyes. Una de les primeres coses que va dir l'Albert quan vam començar a rodar va ser: “aquest laberint és com el meu mon interior, més endins i tot”. Argeleguer ens havia escollit.

## EL DIVAN

L'espai que vam pensar per a les entrevistes als psicoanalistes va ser el Teatre Grec de Barcelona. Pels pares vam pensar en un plató atrezzat amb elements. Allò que unia els pares i els psicoanalistes era el divan; un mateix divan on parlaven tots els protagonistes del documental excepte l'Albert. Un punt de trobada necessari. Més enllà de totes les significacions que hom hi vulgui trobar, la més clara es que amb el divan quedava representada la tesi psicoanalítica del documental.

En una llarga i assolellada jornada de juliol al Teatre Grec, vam gravar acompanyats al divan 25 psicoanalistes vinguts de diferents llocs d'Espanya. Però n'hi havia tres de diferents països d'Europa que havíem d'anar a gravar a Brussel·les, aprofitant el Congrés PIPOL 5 de l'Eurofederació de Psicoanàlisi. Això volia dir que ens hi havíem d'endur el divan. Vam llogar una furgoneta i la productora Marta Alonso i jo vam fer un llarg viatge fins la capital belga. Arribades a Brussel·les després d'un viatge de vint hores, vam haver de buscar hotel perquè al que havíem contractat per tot l'equip havien anul·lat les reserves. En vam trobar un altre de ben curiós, però ens deixaven guardar la furgoneta (amb el divan a dins) al pati interior dels tallers d'uns restauradors. Un matí, la Marta trastejava a la furgoneta i un restaurador es va interessar pel divan. “Quina gràcia! En tinc un d'identíc aquí dalt!”, va dir.

A Barcelona havíem estat tres dies fent càsting de divans. Definitivament, l'havíem triat bé. Havia de ser aquell.

## EL CARRET DE SUPERMERCAT

La casualitat saltava d'un lloc a l'altre. I a cada salt, ofería una troballa inesperada, reafirmava significats o els estenia més enllà, cosa que també va passar amb els carrets de supermercat.

Per a les entrevistes amb els pares, partia de la idea de construir escenografies significants compostes amb un objecte cadascuna. El que tindrien en comú seria que els objectes prendrien una disposició flotant, fora del lloc o disposició habitual. Vaig fer quatre garrots (el dibuix no és exactament una de les meves habilitats) i li vaig ensenyar a l'Iván. La seva cara d'estranyesa absoluta va reafirmar la idea. Es tractava precisament d'això: representar l'estranyesa que envolta els pares, l'angoixa d'un món capgirat que miren d'entendre. Vam pensar en marcs de quadres buits, en paraules senzilles (les primeres que va dir l'Héctor), en paraigües tancats, oberts, capgirats, com a aixopluc necessari... I encara ens calia un altre objecte. Quin?

Vaig topat amb un carret de supermercat al traster del Teatre de Vic. No sé per què em va cridar l'atenció. No sé per què em vaig imaginar una escenografia amb carrets de supermercat buits, del dret i del revés, suspesos en l'aire. I no sé per què, la imatge em va semblar tan estranya que em va convèncer.

Vam distribuir els pares en les diferents escenografies a l'atzar. Faríem tres entrevistes amb els quadres, tres amb els paraigües, tres amb les lletres i tres amb els carrets de supermercat. La dels carrets va ser l'última que vam gravar. He de dir que la intensitat de les entrevistes dels pares em va resultar extrema. Sort que era fosc, perquè em queien les llàgrimes. Els últims pares entrevistats van ser la Maria Jesús i el José Antonio. Van seure al divan, envoltats de carrets de supermercat suspesos, del dret i del revés... I llavors la *serendipitat* va fer un triple salt mortal i va anar a petar dins un carret. El José Antonio el va assenyalar amb la mà i va parlar de la culpa, d'aquell dia que va pujar el seu fill al carret del supermercat per fer la compra (cosa que estava prohibida però tothom feia) i tot jugant, el nen va caure a terra. Durant molts anys s'havia torturat pensant si la caiguda d'aquell carret de supermercat havia estat la causa de l'autisme del seu fill. També ens va impactar saber que la Maria Jesús sentia aquella història per primer cop.

Si en el cas de les estereotípies de l'Héctor on volia mostrar estranyesa havia trobat bellesa radical, en el cas del carret de supermercat hi vaig trobar un relat colpidor. Potser va passar el mateix que amb la paraula *serendipitat*; el carret em va triar a mi.

## ELS MIRALLS

En la recerca d'objectes escenogràfics vaig pensar en miralls. Em resultava una imatge suggeridora, però la vam descartar per les dificultats tècniques que suposa gravar miralls en un espai ple de focus. No obstant, tot i no estar rodats, el documental n'és ple. I tenen molt a veure amb la *serendipitat*.

En un debat post-projecció als cinemes Girona de Barcelona, un home del públic es va identificar com a pare d'un nen autista i va expressar la seva disconformitat amb l'optimisme del documental i també amb el fet que es presentés amb imatges tan boniques, quan l'autisme, deia, és una realitat terrible.

Fa uns dies vaig llegir una notícia al diari que em va fer pensar en aquesta qüestió. L'article explicava els guardonats als Premis Ig Nobel. Aquests premis parodiaven els que atorga l'Acadèmia Sueca i premien recerques amb certa vis còmica, pel fet de ser absurdes o contradictòries o perquè en realitat amaguen alguna cosa més rellevant. Aquest es el cas d'un estudi italià que conclou que contemplar un quadre bonic alleugereix el dolor que provoca un raig de làser a la mà. Per contra, si el quadre és lleig, el dolor augmenta. Vist així, la *serendipitat* ens havia vingut a trobar per tal d'alleugerir el dolor. I va ser una de les opcions. En aquell mateix debat, altres espectadors van elogiar aquesta tria. I potser, tot plegat, era una qüestió de miralls.

Aquella queixa també em va fer pensar en una cosa que l'Iván em deia des del primer dia: la gent espera aquest documental. I vaig entendre que la gent esperava aquest documental quan vaig entendre que *Unes Altres Veus* era “una bona notícia”. I vaig entendre que era una bona notícia quan vaig entendre que no estàvem fent un documental so-

<sup>1</sup> Article publicat a: Ruiz, I. (2015). *Otras voces escritas*. Madrid: Editorial Gredos.

bre l'autisme sinó un documental sobre la singularitat; i quan vaig entendre que no estàvem fent un documental sobre la psicoanàlisi, sinó un documental sobre el respecte a la diferència. I així és com poc a poc, vaig anar entenent *Unes Altres Veus*.

I a base d'escoltar els espectadors en els debats posteriors a les projeccions, a base de sentir com cadascú es con-

fessava commogut per qüestions ben diferents, vaig entendre que el documental era ple de miralls. I en aquests descobriments, m'hi vaig veure també a mi mateixa, recorrent aquell camí que suposa l'encontre amb l'autisme. Un camí d'incertesa, de dolor, d'estranyesa, però també de sorpreses, serendipitats i miralls que cadascú troba en llocs ben diferents.

El meu em va venir a trobar el dia que parlava amb l'Iván a una terrassa de Gràcia i vaig dir *serendípies* en lloc de d'estereotípies. I aquell moment es van desplegar com a opcions tots els grans descobriments casuals i els fets imprevisibles que van succeir després... I diria que va ser així com les serendipitats van esdevenir estereotípies... per a mi, d'una bellesa radical. ●

## PERDUT AL LABERINT

– Marc Barceló –

**Realitzador freelance, ha treballat en programes de televisió, espots publicitaris i vídeos corporatius. Operador de càmera en el documental "Unes altres veus".**



Són els nens que no parlen ni fan res. Es limiten a quedar-se asseguts i fan moviments reiteratius de vaivé amb l'esquena. Això són els autistes.

Fins no fa gaire, si m'haguessin preguntat què era un autista, hauria respost alguna cosa semblant a això. Però darremament he après algunes coses sobre el tema. Ara sé que els autistes no són això, o que no són només això. He après que hi ha una cosa que es diu TEA. I m'han dit que és un calaix molt gran, unes inicials que engloben un ventall molt ampli de trastorns. Un dia vaig saber que hi ha nens que no callen, que parlen pels descoberts, que també són autistes. Com? Això sí que no quadrava. Aquest devia ser el moment en que vaig començar a dubtar seriosament d'aquell estereotip que tenia del nen que fa allò amb l'esque-

na. També vaig entendre que aquell nen «que no feia res» sí que feia alguna cosa. Seia i movia l'esquena. Així que, com a mínim, ja feia dues coses. Per tant, allò de no fer res també quedava descartat. En mig d'aquesta redefinició va aparèixer una paraula nova: Asperger. Són els que no callen. Ah caram, resulta que no és tan fàcil això dels autistes. Ara sí que allò del principi queda descartat per sempre. Si mai em pregunten, ara ja contestaré alguna altra cosa. Segurament anomenaré el TEA i desmentiré el tòpic d'allò de l'esquena. Que també té un nom, però ara no el recordo. També he après la divisió entre conductistes i psicoanalítics. Els dels aparents resultats vistosos immediats i els de les subtileses i la paciència. Es veu que són irreconciliables.

Per raons de feina i més o menys per aquella època en que començava a descobrir coses sobre l'autisme vaig conèixer l'Albert. Ell tenia 21 anys, i se sabia de memòria monòlegs del Rubí i els textos de les vinyetes del Tintín. Jo formava part de l'equip de realització del documental «Unes Altres Veus», i l'Albert n'era el protagonista. Jo no sabia res d'ell, ni que havia estat diagnosticat de Síndrome d'Asperger. Ho vaig anar descobrir a mesura que gravàvem. Sabia que era un documental sobre l'autisme, però

poc més. L'Albert, d'entrada, només em semblava un noi peculiar que tenia inclinació pels pensaments rebuscats, molta memòria. Ell era el fil conductor a través del qual s'abordava l'autisme des d'un punt de vista divulgatiu. El documental conté, a part del de l'Albert, testimonis directes de pares d'autistes i especialistes que donen dimensió i forma al que pel gran públic, com passa amb la majoria de trastorns mentals, encara és desconegut.

Vam anar a rodar vàries seqüències a un poble de La Garrotxa, Argelaguer, on hi havia un laberint quilomètric fet amb branques que connectava unes torres altíssimes fetes també amb branquillons. La producció era bastant modesta, i per desplaçar-nos d'un lloc a l'altre, ens movíem amb els nostres cotxes particulars. En un d'aquests trajectes, del restaurant on vam dinar fins el laberint on havíem de seguir gravant, l'Albert va venir amb mi. Era un trajecte curt, ara no recordo qui anava amb els seus pares, però devien portar el cotxe ple. Allà vaig tenir una conversa força surrealista, divertida, en certa manera. L'Albert interpretava al peu de la lletra cada cosa que deia. Ell verbalitzava tot el que anava pensant, sense filtres, o això em semblava. Quan jo parlava, ell no reaccionava com jo es-



perava. Jo esperava la reacció «normal». Però ell no me la donava. Era un codi de comunicació nou, de sobte, el significat del llenguatge era estrictament literal. Els meus acudits no feien cap gràcia. En tot cas el feien pensar. S'ho prenia seriosament. Allà em vaig adonar per què estàvem gravant amb ell dins d'un laberint. Igual que les galeries connecten amb la següent sense res entre mig, el seu flux de pensament també és continu i en una mena de bucle. I, com en tot laberint, també hi ha túnels sense sortida que no van enlloc. I quan creiem haver trobat la sortida som altre cop a prop del punt de partida. Recordo vagament que em va parlar d'un somni que havia tingut. Era un somni que l'havia portat a fer-se preguntes existencials. No sóc capaç de recordar quines, ni de què anava el somni. Només recordo que em va sorprendre com de transcendents semblaven aquelles qüestions a les quals no vaig ser capaç de donar resposta. Setmanes més tard vam anar a gravar una altra seqüència pel documental a Brussel·les, al museu de Tintín, que és una de les passions de l'Albert. Tan bon punt em va veure, sense dir pràcticament ni hola -això dels protocols en les relacions no va amb l'Albert- em diu: «Ja tinc la resposta pel somni». I me la va dir. I no la recordo, una llàstima. Però per ell no havien passat setmanes. Per ell no calia posar-me en context, m'havia parlat d'un somni tornant de dinar a Argelaguer, jo me n'havia de recordar.



"I, com en tot laberint, també hi ha túnels sense sortida que no van enlloc." (Fotograma d'Unes altres veus).

els casos. De nou, altre cop intentant encaixar una definició en un estereotip. Depèn, cada autista és un món. Això sí que m'ha quedat clar, en els autismes les definicions molt delimitades no existeixen.

Aquell laberint d'Argelaguer on vam rodar, per altra banda, era l'obra d'un artista espontani. Un geni creatiu. Un home, torner mecànic de professió, que va consagrar la seva vida a una obsessió. Va dedicar quaranta vuit anys a muntar i desmuntar laberints, torres, estructures, poblats sencers de branquillons. En el tracte personal era una persona simpàtica i entranyable. I també reiterativa en els arguments sobre si mateix. Molt sovint li sentíem dir les mateixes paraules una i altra vegada. I vèiem com després de destruir la seva obra tornava a refer-la des de zero. Sembla que entre en Josep -l'artista, que fa poc va morir- i l'Albert hi ha moltes coses en comú. Com a mínim el laberint. ●



# TEAdir: L'AFERRISSADA REIVINDICACIÓ DE LA SINGULARITAT<sup>1</sup>

Equip eipea<sup>2</sup>

«No us desapassioneu, perquè la passió és l'únic vincle que tenim amb la veritat».

RICARDO PIGLIA

**TEAdir Catalunya** és una associació de mares, pares i familiars de persones amb autisme, creada i presidida per **Iván Ruiz** a Barcelona l'any 2010. Ni el nom ni el moment triats responien a l'atzar.

La comparació de noms d'associacions de pares en relació a com vivim l'autisme, la salut mental i la vida en general es tradueix en un missatge ensordidor: Aprenem o TEAdir (*tenen -quelcom a dir*). Ensenyem o escoltem. Vostè tria. O no? Perquè TEAdir neix com a defensa del dret amenaçat dels pares a triar entre "la pluralitat d'abordatges clínics i educatius que no atemptin contra els drets fonamentals de les persones, entre ells l'orientació psicoanalítica" (article 3, punt 2, dels estatuts de la Federació TEAdir España). TEAdir neix en un moment, com ens indica Iván, en el què té lloc una presència política d'una associació de pares que volen implementar un tipus únic d'abordatge de l'autisme. Ens demanem què s'amaga darrera d'aquest radical, reduccionista i autoritari interès. En tot cas, continua, «si des de l'administració es proposen tractaments, tècniques o abordatges que són unificadors i que no permeten diversos recorreguts, ens trobarem amb què hi haurà famílies a les que se'ls ofereix quelcom que entrarà en contradicció amb el que creuen que necessiten ells i el que els seus fills

precisen». Era necessària una entitat que aglutinés famílies que pensaven les coses d'una altra manera i que poguessin ser representades a nivell polític i social, conclou.

la convivència entre diferents visions i abordatges.

L'Iván Ruiz ens espera al seu despatx del carrer Aribau de Barcelona. Transmet un coneixement serè, accessible i



## TEAdir

Associació de pares, mares i familiars de persones amb Transtorn de l'Espectre Autista (Autismes i Síndrome d'Asperger)

TEAdir Catalunya.

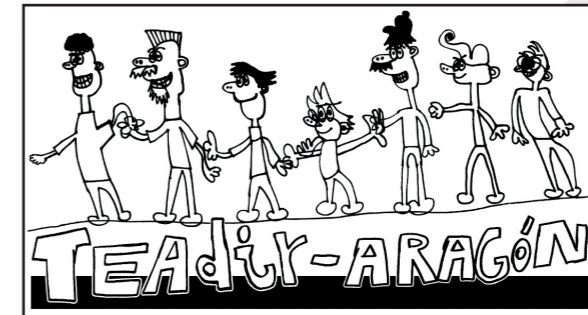
Durant els mesos de febrer i març d'aquest any, vàrem visitar les tres primeres associacions TEAdir: Catalunya, Aragó i Euskadi, que es van constituir en la **Federació TEAdir España** l'any 2016. Vam conèixer, a partir de la generosa i amable disponibilitat de les seves persones -mares, pares i professionals- les seves semblances i, vàrem intuir, els seus diferents èmfasis. Vam descobrir en ells entusiasme i convicció a la avant-sala i pensament i investigació de fons. Ens portaren també a interrogar-nos i qüestionar-nos equilibris: entre la no instal·lació en la queixa i la no negació del dolor, entre la reivindicació i l'exaltació, entre l'acusació als infants o l'atac a la societat, els límits de la sublimació,

no dogmàtic, tot i la fermesa de les seves idees. Ell és psicoanalista lacanià i el pare de l'Héctor. Ens defineix el seu concepte d'autisme com «el punt límit de la singularitat d'un ésser humà, la posició del subjecte que es resisteix al vincle amb l'altre». Autisme que apareix en les sigles de l'associació com a emblema, però també un terme per ser desmuntat tants cops com calgui i no oblidar que darrera del diagnòstic hi ha una persona, singular, diferent.

L'Iván ens va proposar crear un discurs associatiu, no només una associació ancorada en un reclam de recursos perquè, si fos així, «en aconseguir aquests recursos, els pares no tenen més necessitat de continuar». TEAdir no és una associació instal·lada en la queixa: "la nostra oferta és

una altra, és portar el patiment a un altre lloc». Ens explica que mai usen la paraula «greu» per referir-se a l'autisme de l'infant, perquè «quan parlem d'un cas greu, el que fem, sabent-ho o no, és col·locar tota la responsabilitat del què passa en el mateix autista. I es diu, *això no ho podem fer perquè és un cas greu*. Creiem que la gravetat de la situació està en l'altre: l'altre està en una situació greu per poder-li oferir alguna cosa que li vagi bé». Rescata l'expressió d'una altra membre de TEAdir Catalunya, la psicoanalista i sòcia fundadora de la associació **Neus Carbonell**, per referir-se a aquesta gravetat: autismes molt decidits. Entenem que no es tracta només d'un eufemisme, sinó que obliga alhora a una mirada diferent.

Saragossa ens rep -i ens acomiadarà- amb pluja. En **Pedro Gras**, director de Torreón i fundador de les escoles Patinete, ens dispara sense solució de continuïtat sentències i reflexions mentre ens acompanya accelerat per les sales de l'espai dissenyat per a *l'atenció integral de la infància i les seves famílies*: «És que a les deu arriben els nois». Li agraïm la seva deferència mentre es perd escales amunt amb els nois, que ja han arribat, i unes guatlles per cuinar. La **M<sup>a</sup> Jesús Sanjuán** (presidenta de TEAdir-Aragó), **Cristina Laborda** (coordinadora del projecte *Artistas/Autistas*) i **Gracia Viscasillas** (psicoanalista) ens acompanyen pacients en el periple. Després conversarem amb elles i més tard ens convidaran a assistir a una reunió de grup amb mares. Avui no hi as-



Asociación de padres, madres, familiares y amigos de personas con Trastorno del Espectro Autista

sisteix cap pare. Són deu famílies les que, amb diferent freqüència, hi participen.

**TEAdir-Aragó** es recolza i camina de la mà i amb el mateix enfocament que els Centres d'Educació Infantil Patinete (fundat l'any 1992) i Torreón (l'any 2011), ens explica la Gracia, amb una filosofia de centres d'integració, segons la qual estan convençuts de que és la institució la que s'ha d'adaptar a l'infant. Allò que tan bé expressava el Perich: «educar a un nen requereix de molta paciència, en especial per part del nen». Busquen promoure diversos projectes per informar i treballar tant sobre les dificultats que presenten les persones amb autisme, com sobre les intervencions que els procuren una solució singular. I aquí radica el quid de la qüestió. Com explica la M<sup>a</sup> Jesús: «posar l'èmfasi en allò què sí fa el noi, no en allò que no fa. Els nens autistes no es caracteritzen, d'entrada, per la dimensió del dèficit, sinó per una manera de ser diferent».

La Cristina ens explica el naixement de TEAdir-Aragó, l'any 2012: «Som famílies que fa anys que treballem en aquesta línia.



Membres de l'Associació TEAdir-Aragón compartint l'experiència de l'exposició "Un mundo en singular".

A Saragossa no hi havia cobertura associativa que treballés des d'aquesta orientació. Un dels objectius era defensar aquesta línia de treball, en la que creiem perquè ens ha anat bé». Tot i que, ens destaquen, a l'Aragó hi ha respecte entre centres que realitzen diferents abordatges, «aquí cadascú sap on està col·locat». La M<sup>a</sup> Jesús conclou que res és excloent, però que els pares tenen dret a triar. Hi ha tants autismes com infants, raona, per la qual cosa, si cada infant és diferent, és normal que calgui cobertura per diferents necessitats i enfocaments. A l'Aragó i a Euskadi, com ens explicaran més endavant a Bilbao, hi ha una envejable coexistència pacífica entre associacions de familiars de diferents orientacions. Fóra bo veure com n'aprenem a Catalunya.

Bilbao llua sol i carnaval el cap de setmana que ens apropem a conèixer **TEAdir Euskadi**. **Ana Goiricelaya**, la seva presidenta, i **Ignacio Prado**, tesorero, ens han citat a una sala de l'agència Bolunta (per al voluntariat i la participació social) que tenen cedida al carrer Ronda de la capital, al casc antic o Zazpi Kaleak. «No tenim seu pròpia», es lamenten. A la llarga i fluïda trobada es van incorporant les persones que completen la junta, **Cristina Sarduy**, secretària i **M<sup>a</sup> Jesús Compadre**, vocal, mares, i les psicoanalistes **Pia Nebreda**, vocal i responsable del taller de jocs i **Cristina Califano**, res-



Entrevista amb l'Iván Ruiz.

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

<sup>2</sup> Text redactat per Josep M<sup>a</sup> Brun.

ponsable del grup de mares i pares. L'Ana ens explica la creació de TEAdir Euskadi de manera directa i gràfica: *Vam anar a veure una pel·li i vam sortir formant una associació*. Coincidint amb la projecció del documental «Unes altres veus», es produeixen trobades de les famílies amb l'Iván Ruiz i la Pía Nebreda i això dóna naixement a TEAdir Euskadi al setembre de 2013. Comparteixen, entre altres coses, com afecta l'autisme als seus fills i filles, a les seves famílies i al seu entorn; les seves angoixes i les seves alegries; les coses que necessiten i el que voldrien transmetre tant a la societat, com a les administracions. «Teníem clar que l'associació havia de seguir l'orientació psicoanalítica, ho volíem per nosaltres i per als nostres fills. Ningú ens està exigint, no ens exigirem nosaltres mateixos. Anem mica en mica, posant les pedres una per una perquè no ens caiguin res». Recordem les paraules de la M<sup>a</sup> Jesús Sanjuán a Saragossa: «TEAdir es caracteritza i enorgulleix perquè creixem per trobades amb gent».

A Bilbao parlem, escoltem, bàsicament sobre mares i pares: les seves angoixes, les seves preocupacions, les seves lluites, els seus enuigs, les seves exigències, els seus espais, les seves ruptures i el seus anhels.



Conversant amb TEAdir Euskadi.

L'Ana continua... «els pares, moltes vegades, no sabem cap a on ens encaminem quan ens donen el diagnòstic... no saps, entens que el professional t'orientarà... tu agafes el que et donen... si et va bé, no et plantejes res més...». La Cristina Sarduy reflexiona sobre la seva experiència com a mare: «jo no sé com vaig venir a parar aquí. De vegades, el què ens passa als pares no és tant saber el què volíem, sinó intuir el què no volíem. Et porten a uns llocs determinats i de cop te n'adones de què això no és... És important

claustrament amb el seu estil directe: «els psicoanalistes teniu un seriós problema i és què us veneu fatal». L'Ana aprofundeix en la visió: «la paraula psicoanàlisi va associada automàticament a dues coses, Freud i un divan. I la següent cosa que t'acostumen a preguntar és... però em donaran les culpes d'alguna cosa? Perquè jo tinc prou problemes com perquè ningú vingui a dir-me que la culpa del què li passa al meu fill és meva». Pensem -i callem- en l'injust cinisme que suposa aquesta visió esbiaixada quan altres abordatges bel·ligerants amb la psicoanàlisi exclouen del tractament als pares, exclouen el seu coneixement del fill o els redueixen a simples executors de les seves pautes i directrius, mantenint-los en la dependència del saber dels professionals. La Pía ens rescata del nostre somieig, manifestant que es tracta d'una utilització perversa i recordant un del lemes de TEAdir: donar saber als pares. Aniríem més enllà: *ajudar a desbrossar el camí perquè pugui mostrar-se el saber dels pares*. És l'Ana, finalment, qui rubrica: «La primera vegada que vaig sentir a una professional dir... carai! Quina idea tan fantàstica vas tenir, va ser aquí. Havíem viscut 14 anys sentint que *ho fas tot malament, com se t'acut, això no es pot fer, que al nen li has de dir així, així i aixà...*». Qui fa sentir culpables, incapaços i dependents als pares? La conversa deriva cap a la confiança. La Cristina Califano subratlla que el bon encontre genera confiança: «és la confluència d'aquestes coses... la transferència, en termes psicoanalítics».

poder confiar. Sempre queda el dubte de si estàs en el camí o no. Després mires al teu fill i saps si vas per bon camí o no. Un dia, parlant amb una altra mare d'un nen amb Asperger, em deia que és una mala passada traslladar a les famílies haver de triar quina és la teràpia quan no tenim informació ni coneixement. Això es viu amb tensió. Fins i tot, la sorpresa de que hi hagi diferents orientacions, haver de prendre aquesta decisió... quan saps que és la decisió més important de la teva vida». *Que es doni la informació als pares per conèixer i escollir, reivindicuen. Ara mateix no és així*. L'Ignacio no està per gaire romanços i ens confronta als professionals amb el nostre (deliberat?) en-

L'Iván, a Barcelona, aprofundeix també sobre els grups de pares: «no són grups per reivindicar ni per gaudir de la queixa. Són grups per descobrir allò que cada pare i cada mare ha trobat en la relació amb els seus fills, allò que ha trobat genuïnament en la seva relació». I ens comenta aquest punt en relació al documental sobre autisme que va realitzar juntament amb la Sílvia Cortés («Unes altres veus», 2012): «Quan vaig fer la pel·lícula vaig escollir pares que havien respost d'una manera molt personal i original a les dificultats que plantejaven els seus fills. Perquè sinó, moltes vegades, als pares se'ls demana que tinguin respostes estandarditzades com a pares».

A Saragossa, en el grup de mares i pares que condueix la Gracia, els temes se succeeixen amb naturalitat malgrat la nostra presència com a observadors: problemes quotidians, com anar pel carrer, els produïts per la literalitat -tan graciosa de vegades, sovint tan entorpidora -, els germans, les dificultats d'espera, la necessitat d'un respir en forma de lloc en què els fills puguin passar un cap de setmana sense els pares, les reaccions de les persones, familiars i anònimes, del dolor de la no comprensió, la duresa de la separació i l'autonomia, la culpa pel què hom va fer quan no comprenia: **jo li deia al meu fill que era «tonto»...**

Totes les associacions de pares de TEAdir, ens explica l'Iván, estan acompanyades d'algun psicoanalista, qüestió important per contravenir l'efecte identificatori del col·lectiu de pares i la tendència a la dissolució. Però són associacions de pares. A Euskadi redunden sobre la qüestió: «aquí estem tots junts a l'assemblea. Vàrem buscar expressament que hi hagués professionals i pares, perquè estiguin les dues qüestions a la junta. Sempre necessitem a l'altre. Estem construint ara unes jornades, necessitem les mirades dels professionals, jo em sento més forta com a mare, però necessito del discurs», ens diu la Cristina Sarduy. La Cristina Laborda, a Saragossa, apunta en la mateixa direcció: «a les reunions de pares sempre

hi ha algun professional. Tenim molt clar que els pares hem d'anar de la mà dels psicoanalistes. I els psicoanalistes també ho han de tenir clar».

A Bilbao es medita sobre la dificultat de ser pares, de les complicacions que van apareixent amb un infant que actua de manera estranya, que no s'explica, que té germans molt diferents, de les maneres de fer diferents entre pares, de les dificultats i del no sempre consens en les decisions del dia a dia, amb freqüència qüestionades, els retrets de l'un a l'altre pel tracte amb el fill, familiars que no entenen... L'Ana conclou lacònica: «Es veuen molts trencaments a nivell de parella que venen de la mà de l'autisme». En veu baixa, se sent: «És que el tema té nassos». La Pía aporta la reflexió: «L'autisme, aquest subjecte que no parla, que no anuncia, genera molta discordança, molta buidor, incertesa i angoixa. I aquest és un espai fàcil per al desencontre, entre escola i família, en la parella, entre família extensa...». L'Ana comenta, mig fent broma, mig amb pena, que ha deixat de ser ella, que ara només és *amatxu*<sup>3</sup>, a casa, a la feina... Ella i l'Ignacio ens expliquen el temps familiar i de parella que els absorbeix l'associació.

**Artistes/Autistes**<sup>4</sup> és un projecte desenvolupat a TEAdir-Aragón i coordinat per la Cristina Laborda: «va sorgir de tres persones amb autisme dels quals profes-

sionals de la cultura van trobar que tenien un valor que calia treure a la llum. No és des de la vessant terapèutica o ocupacional, és donant valor a aquestes persones com a creadors... Nosaltres els anomenem artistes. És l'obra d'un artista, no el dibuix d'un noi». El projecte pretén desmitificar, també, la idea que té la societat de l'autisme. La Cristina desborda entusiasme quan ens descriu el projecte que va començar a partir dels dibuixos del seu fill Martín: «Sobretot, l'objectiu és donar visibilitat a la nostra manera de veure... L'art és una bona eina per a aquestes coses. Amb els artistes ells encaixen molt bé...». Del projecte Artistes/Autistes es desprèn, d'una banda, l'exposició ambulante **El mundo en singular (I Encuentro de Jóvenes Creadores con el Autismo)**<sup>5</sup>, inaugurada al maig de 2015 a Saragossa i que ha recorregut diferents llocs (com Venècia l'any passat), incorporant cada cop a més artistes. De l'altra, connecta amb **Andar de Nones**<sup>6</sup>, un taller creatiu no terapèutic que es desenvolupa a l'espai HARINERA ZGZ, que es gestiona de manera col·laborativa entre l'ajuntament, teixit veïnal i tots aquells agents culturals que han decidit sumar-se a aquesta iniciativa (TEAdir-Aragón forma part dels mateixos). Totes les decisions sobre l'espai (usos, mecàniques de funcionament, continguts programàtics...) es prenen de forma col·lectiva. «Ara van



La M<sup>a</sup> Jesús ho havia expressat molt bé a la plujosa Zaragoza: «igual que els infants poden sentir-se sense agafadors al món, al pare li passa el mateix». I l'Ana, a Bilbao, aquell dia de sol i carnaval, ens ho transmet amb la mateixa força i imatge: «les trobades amb pares són *l'agafador*, de vegades hi ha moments molt dolents i necessites venir». La Cristina Califano, responsable d'aquest grup de mares i pares, dóna forma a aquest ancoratge: «hi ha un dia fix, l'últim de cada mes, això està aquí, com una *àncora*. És una àncora en què ells poden entrar, sortir, venir seguit, no venir... ells fan ús d'aquest lloc, cadascú l'usa com a propi. La gran problemàtica és que els pares es troben molt sols en aquesta lluita».



L'art impregna les parets del Torreón a Saragossa.

<sup>3</sup> Mama, en euskera.

<sup>4</sup> Artistes/Autistes.

<sup>5</sup> El món en singular (I Trobada de Joves Creadors amb l'Autisme).

<sup>6</sup> Locució que fa referència a posicionar-se davant del món de manera particular.

sortint encàrrecs o projectes. Hi ha una fàbrica de cerveses artesanes i ecològiques que ens ha encarregat les etiquetes. I faran una edició especial que es dirà Andar de Nones. Hi ha un altre espai a Saragossa que també ens ha encarregat per l'estiu una pintura mural... Van sorgint coses fora de l'àmbit de la discapacitat... des de la creativitat, perquè agrada el que fan». La Gracia remarca dos significants que han acompanyat a TEAAdir-Aragón des de l'inici i que han inspirat el projecte Artistas/Autistas: dignitat i respecte.

Les associacions TEAAdir ofereixen diferents serveis a les persones amb autisme i als seus familiars: tallers de joc, tallers de conversa, tallers d'adolescents, colònies d'estiu, grups de mares i pares. L'Iván ens explica la filosofia dels dos tallers de joc que setmanalment funcionen a Sant Boi i Barcelona, per infants entre dos i set anys: «és un taller de joc, però nosaltres no ensenyem a jugar. L'anomenem així perquè



aquesta és la perspectiva, un taller en què algun dia es podria arribar a jugar. Però per jugar calen moltes condicions, molts elements han d'haver-se produït. El que nosaltres fem és oferir un espai obert, buit de demanda, partint també de la hipòtesi de que l'autista, en tant que ja sap la feina abans d'arribar al taller, vindrà al taller a fer la feina de construcció que li és pròpia. Nosaltres obrim aquest espai per a què això aparegui». Darrera d'aquests tallers i de la resta d'activitats hi ha constants re-



Moment d'activitat compartida al taller de jocs de Barcelona.

nions de reflexió, de supervisió, d'investigació. El tractament dels infants es fonamenta en el model «pràctica entre varis», deduït de la teoria psicoanalítica laciana i creat pel Dr. Antonio Di Ciaccia fa 30 anys a Brussel·les. L'Iván ens remarca que un dels punts forts d'aquest treball és la rotació dels intervinents (denominació que reben els terapeutes). Ens interessa la seva opinió i la volem contrastar amb la màxima d'Asperger sobre la importància de la continuïtat de les persones referents. «No hi ha cap dissabte en què hi siguin els mateixos intervinents que l'anterior. És un equip de catorze intervinents i persones de pràctiques, però van rotant cada dissabte i si tenim vuit infants al taller, hi ha cinc intervinents. El que volem aconseguir és evitar al màxim que un infant quedi massa adherit a un intervinent o a una persona en concret. Aquesta rotació afavoreix el lloc de l'altre, però no a la persona que ocupa el lloc de l'altre. Em sembla que és interessant que un infant amb autisme tingui la possibilitat d'un espai en què se li ofereixi alguna cosa més que no sigui aquesta relació simbiòtica amb l'altre. I crec que no són incompatibles les dues maneres. Fins i tot diria que és interessant que aquestes dues maneres estiguin diferenciades, perquè com a professional m'he trobat amb alguns infants que poden accedir a la relació amb l'altre des d'aquesta simbiosi, però també en altres casos es donen moltes dificul-

tats en el moment de separar-se». **Eduard Fernández** ens ensenya el taller de joc que desenvolupa a Barcelona al Centre l'Alba, que cedeix a TEAAdir els seus espais, i ens explica que fan tres tallers al mes perquè el quart «el dediquem a reunió d'equip, per pensar quins punts reinventar, quins han funcionat... i donar tot el valor al cas per cas. Les reunions d'equip i la formació són fonamentals». Ens explica que tots els intervinents són psicòlegs i es formen en l'àmbit de l'autisme. Destaca la importància de la formació continuada. Parla de l'existència d'un grup d'investigació, de la vessant clínica. «No es tracta d'un espai d'oci». Redunda en la idea de que «hi ha tants autismes com autistes», de que el que serveix per a un pot no servir o fins i tot angoixar al del costat: «desconfiem d'aquestes metodologies de per a tots el mateix». Al taller, apreciem la profunditat, els matisos i la subtileza amb què coneixen a cada infant i que és la millor prova del seu discurs. Ens ho transmet amb l'afecte i el respecte per les diferents formes d'expressió, des de la pluja de paperets a la construcció amb peces de lego d'una estació de tren. L'Eduard destaca, així mateix, la importància de la relació amb els pares. Prèviament, en entrevistes per conèixer a l'infant i per explicar la proposta de treball, però també en un retorn al final de cada sessió, en què uns poden explicar com ha anat la setmana i altres, el taller.

A finals de l'any 2015, TEAAdir es veu en l'obligació de redactar un manifest en defensa del que haurien de ser obviats, arran d'una agressiva campanya iniciada per una associació de pares i mares, *Aprenem*, que pretén imposar una veritat única en l'abordatge dels TEA a la xarxa pública catalana. «Exigien a l'administració -ens explica l'Iván- que diguessin als professionals com havien de treballar, cosa mai vista en aquest país, que els pares dictessin als polítics el que havien de fer els professionals. I amb la bandera de l'evidència científica que sostenen de les tècniques basades en el mètode ABA. Aquesta associació de pares es va acompanyar d'unes guies internacionals de bones pràctiques, en les que es basaven per sostenir l'atac contra la psicoanàlisi i la defensa dels mètodes amb evidència científica. Nosaltres ens vam llegir aquestes guies, en anglès, i la nostra sorpresa va ser constatar que en cap d'aquelles guies se sosté que hi hagi evidència científica de que cap mètode obtingui millors resultats que els altres, ni que es pugui generalitzar, ni tampoc que es pugui generalitzar al llarg de la vida d'una persona».

L'Iván continua explicant-nos que la Neus Carbonell i ell mateix van escriure el *Manifest de Minerva*<sup>7</sup>, dintre del Fòrum sobre Autisme celebrat a Barcelona, per tal de clarificar les coses i fer públics els



"Un taller en què algun dia es podria arribar a jugar."

interessos ocults que s'amaguen darrera de les legítimes reclamacions d'uns pares. El Manifest es qüestiona quins són els professionals i experts que assessoren a aquesta associació de pares i a quines institucions estan vinculats i de quins coneixements sobre la diversitat de formacions i orientacions clíniques parteixen, que malinterpreten voluntàriament la psicoanàlisi. És un manifest a favor de les causes legítimes que rebutgen l'autoritarisme, a favor de la democràcia que permet l'elecció i a favor de la multidis-



"L'afecte i el respecte per les diferents formes d'expressió"

ciplinarietat i les opcions teòriques diverses. El *Manifest de Minerva* és una crida al respecte mutu entre els professionals, els familiars i els representants de l'administració i els polítics. Es pot llegir en el mateix que «sabem que pensem diferent, però creiem que des del respecte ens podem exigir, també, fer bé la nostra feina».

El motiu de que hagin aparegut els TEAAdir, reflexiona la Pía a Bilbao, «és que, amb aquesta deriva social cap al control, l'avaluació i la quantificació, el que més risc corre és l'autista, perquè no diu jo sóc aquí i pot acabar crucificat. En aquesta deriva, el cognitivisme és el que millor quadrarà, perquè es dedica a produir dades. Ara tot són estadístiques i complir números, tota aquesta part protocol·lària ha esborrat la clínica...». La M<sup>a</sup> Jesús Compadre mostra la seva indignació: «tant costa d'entendre que això hauria de ser així no només per les persones amb autisme, sinó per tothom? La particularitat, de cada alumne, de cada persona que va al metge... tant costa d'entendre? Tant de protocol! Jo vinc a parlar de mi!». La Pía és, tímidament, optimista: «l'aparició de TEAAdir ha tingut un efecte revulsiu dintre d'aquestes esferes i sembla que s'estan començant a moure coses».

De sobte, mirem el rellotge i ens compadim del pacient que espera a l'Iván. Hem superat el temps que te-

<sup>7</sup> <http://autismos.elp.org.es/manifiesto-de-minerva-en-respuesta-a-la-campanya-de-la-associacio-aprenem/>



níem concertat per a l'entrevista. Hem d'interrompre la conversa. Per fortuna, el *setting* lacanià ens ha regalat uns minuts de més. Fem broma sobre el fet que, sense que serveixi de precedent, per un cop li hem trobat la gràcia a aquest contingent establiment dels temps. Sentim que, més enllà de les paraules, estem propers al discurs que acabem d'escoltar. Agraïm a l'Iván la seva apassionada dedicació. Estem acabant la trobada a Bilbao. L'Ana medita en veu alta: «aquesta ma-

La **Federación TEAdir España** es constitueix com a lloc de representació de totes aquelles entitats que creuen necessària la pluralitat d'abordatges clínics, educatius i terapèutics per a l'autisme dintre de l'oferta pública i de l'àmbit privat. Defensem la psicoanàlisi com un d'aquests abordatges alhora que reconeixem la necessitat d'altres, que permetin als pares fer recorreguts diversos en funció de la seva pròpia sensibilitat, ideals educatius i moments de la vida dels seus fills i d'ells mateixos.

nera de fer no només serveix per l'autista o el psicòtic, és per tothom en general. Jo a la meua feina no aplico la psicoanàlisi, però sí que tinc una mirada diferent» i es transmuta en *amatxu* Ana i ens dóna tota una lliçó de com cuidar en relatar-nos aquesta mirada comprensiva que aplica a la vida, a les persones del seu entorn i a la seva feina d'infermera. Allarguem en una taula de bar d'una concorreguda Plaza Nueva la conversa sobre altres temes, mentre compartim *pintxoak* i sol. Ens expliquen com l'**Alberto Lasa** els ha ajudat en més d'una ocasió. I nosaltres no deixem Bilbao sense robar-li un cafè a l'Alberto i gaudir de la seva culta, amena i propera conversa i agrair-li les entrades pel Museu Guggenheim i el regal del seu recent llibre i dedicar les nostres darreres hores a seguir els seus consells de cicerone: pujar en funicular al Monte Artxanda i visitar l'Alhóndiga. Abans, hem dialogat amb les escultures laberíntiques de la Matèria del Temps de Richard Serra.

En **Miguel** saltirona d'alegria a la Plaza Ariño, propera a la del Pilar, a Saragossa, quan els seus pares cedeixen a la seva petició i li permeten acompanyar-nos en taxi fins a l'estació de Delicias, des

d'on sortirà el nostre tren, mentre ells s'hi atansen en cotxe particular. S'asseu al darrere, entre la Susanna i la Núria, i tan bon punt el taxi es posa en marxa comença a recitar els carrers pels que passem, indicant-nos en alguns casos algun familiar que viu a la zona. Després d'una estona d'atenta escolta, el taxista li comenta: *Veig que coneixes molt bé els carrers... M'ajudes a arribar fins a l'estació?* En Miguel accepta satisfet i previngut. La seva incomoditat el torna silenciós en el moment en què comencem a recórrer carrers que li són desconeguts. El taxista està al cas i li dóna un cop de

- TEAdir Catalunya (2010)
- TEAdir-Aragón (2012)
- TEAdir Euskadi (2013)
- Exposició *El mundo en singular* (2015)
- Manifest de Minerva (2015)
- Federación TEAdir España (2016)
- TEAdir Granada (2017)

mà: *jo tombaria ara per aquest carrer... què et sembla?* S'esvaeixen els núvols del cel de Saragossa per a en Miguel que corrobora, amb celeritat i també alleujament, la proposta que li fan. Una mica més endavant, reconeix triomfal el camí que ens apropa a Delicias i li ho indica al seu nou amic conductor. La dolçor d'en Miguel, que ha heretat l'amabilitat del seus pares, M<sup>a</sup> Jesús i **José Antonio**, i la sensibilitat de l'anònim taxista dibuixen un bonic epíleg a la nostra trobada amb els TEAdir. ●

# HANS ASPERGER

– Equip eipea –

Lorna Wing<sup>1</sup> va rescatar HANS ASPERGER de l'oblit científic a començaments dels anys vuitanta del segle XX. Deu anys més tard, Uta Frith<sup>2</sup> va fer per primer cop una traducció fidedigna dels seus escrits a la llengua científica vehicular, l'anglès, el que va contribuir a la seva difusió. I sembla ser que l'idioma en el què Asperger va escriure, l'alemany, i l'època en que ho va fer, entorn a la segona guerra mundial, són els motius principals que van provocar aquest relatiu ostracisme.

Asperger -psiquiatre, pedagog i investigador austríac- va néixer a Hausbrunn, no gaire lluny de Viena, l'any 1906. Segons algunes dades biogràfiques recollides<sup>3</sup>, va ser el germà gran de dos i va mostrar ja des de petit aptituds especials pel llenguatge, sent conegut a la seva escola pel seu especial interès en citar frases del poeta nacional austríac Franz Grillparzer. Es parla també de la seva dificultat per fer amics i la tendència a referir-se a ell mateix en tercera persona. En una entrevista que Uta Frith va realitzar a una de les seves filles, Maria Asperger-Felder, aquesta el va definir com a “distant i silenciós, aïllat de la família, satisfet amb la seva pròpia companyia” i va descriure el seu interès per la llengua alemanya i la seva constant preocupació per les cites com “estranya i intensa”. També va esmentar el fet que era maldestre. Totes aquestes circumstàncies van portar als psiquiatres Victoria Lyons i Michael Fitzgerald a escriure l'article esmentat amb el



comercial títol de “Tenia Hans Asperger la síndrome d'Asperger?”.

Però més enllà d'aquestes característiques personals, o tal vegada degut a elles, Asperger va estar interessat des de sempre en els infants amb trastorns de la personalitat. Va estudiar Medicina General a Viena amb la intenció d'especialitzar-se en pediatria i realitzà pràctiques en l'Hospital Infantil de la mateixa ciutat interessant-se en la *Heilpädagogik* (la Pedagogia Curativa), que es venia desenvolupant en aquesta institució des de l'any 1918: “Un acostament específic que no ha de confondre's amb la reeducació; una síntesi intuïtiva de la pràctica mèdica i educativa, una eina de referència tant per metges com per infermeres, mestres i terapeutes... i, sobretot, una actitud mental que s'esforça en considerar el nen globalment; és a dir, sense oblidar les dimensions educatives i pedagògiques en la seva vida quotidiana i en els diagnòstics mèdics,

en els tractaments i en les avaluacions”, com ens explica Lasa<sup>4</sup>.

Aquesta visió marca el seu concepte d'autisme i la seva metodologia de treball: “Creiem que la naturalesa d'una persona només es revela d'una manera autèntica a qui viu amb ella, si és que pot observar les innumerables reaccions que tenen lloc en la vida de cada dia, a la feina, a l'escola, en el joc, sota pressió i en l'activitat espontània en un context lliure i distès”, diu Asperger, citat per Lasa a l'article esmentat. Asperger opinava que, malgrat les importants dificultats que generaven, aquests infants tenien capacitat d'adaptació si se'ls proporcionava una orientació psicopedagògica adequada, que -especificava- passa per una relació familiar, educativa i mèdica continuada, de seguiment proper i perllongat. O per tenir en compte aspectes com “la reacció favorable dels infants si se'ls presenten les ordres no com a personals, sinó com a una llei objectiva impersonal. Quan la realitat està estructurada, els hi sembla menys perillosa i més habitable”.

El seu principal treball<sup>5</sup> és una descripció detallada i vivencial de quatre casos d'autisme (Fritz, 11 anys; Harro, 8; Ernst, 7 i Helmut, 17), del seu quadre clínic amb serioses dificultats per relacionar-se tot i l'aparent adequació cognitiva i verbal, comportaments peculiars, que fan patir al seu entorn i a aquells professionals que els atenen. Però, tot i les crítiques rebudes per fonamentar els seus comentaris en aquests quatre casos, complementarà la informació amb més



de dos-cents casos seguits durant més de vint i trenta anys. El nom que va triar per aquest patró de característiques va ser el de *Psicopatia autística*, nom que ha de ser contextualitzat en la seva època i en la intenció que li donà el propi Asperger, més propera a *trastorn de personalitat* i allunyat del que avui entenem per *psicopatia*. El patró de comportament descrit per ell inclou la manca d'empatia, l'escassa habilitat per establir amistats, les converses amb un mateix, la fixació intensa en determinats assumptes i els moviments maldestres. Fa esment també de la parla peculiar d'aquests infants: fluida, extensa, literal i pedant, amb dificultats per entendre alguns acudits subtils. Va situar l'aparició dels símptomes entre els dos i tres anys o, de vegades, en una edat més avançada i va observar una major proporció en nens que en nenes. Considerà que la síndrome era de transmissió genètica i apuntava que les característiques tendien a donar-se en les famílies, en especial en la figura del pare. Hans Asperger opinava que la persistència en el temps de la personalitat autística constituïa la prova conclouent de que es tractava d'una

entitat natural i que a partir del segon any es trobaven ja els trets característics que persistien clars i constants durant tota la vida.

Es parla, de vegades, de la visió excessivament optimista d'Asperger respecte al pronòstic. En certa manera, ell fa més referència al mode peculiar de mirar la vida d'aquests infants que a les seves mancances. També es subratlla el temps que li va tocar viure i el seu paper en quant a una definició dels infants que lluités contra l'eugenèsia nazi de l'època: “Estem convençuts, per tant, de que les persones autistes tenen un lloc en l'organisme de la comunitat social”. En tot cas, ell reconeix la dificultat d'inserir socialment aquests subjectes degut a la seva manca d'adaptació al món extern. I tendeix menys a parlar de malaltia i més de patiment (dels infants i d'aquells que l'envolten). Però també es referia a aquests infants com a “petits professors” (*kleine Professoren*) per la seva gran habilitat en parlar dels seus temes favorits amb gran detall i aprofundiment i ressaltava com molts d'ells dedicaven el seu talent d'adults per portar carreres exitoses. Va anar, fins i tot, més enllà en escriure: “Sembla que per tenir èxit en la ciència o en les arts, un pessic d'autisme és essencial”. I subratlla, com a tret que ho justifica, la més alta capacitat de focalitzar: “Un gran nombre de joves tria la feina equivocada perquè, tenint el mateix talent en diferents àrees, no poden arribar a concretar la focalització en una sola carrera. Amb els individus autístics, la qüestió és totalment diferent. Amb acopi d'energia, òbvia confiança i, sí, també, amb una actitud estreta de mires vers les recompenses que ofereix la vida, ells segueixen el seu propi camí, el camí cap on els ha portat el seu talent des de la infantesa”. En un altre moment del seu treball, esmenta les professions

on solen destacar aquestes persones: matemàtics, tecnòlegs, químics industrials i funcionaris civils d'alta graduació.

Leo Kanner ha estat considerat el pioner<sup>6</sup> de la recerca en l'autisme, ja que va publicar el seu article l'any 1943, un abans que la publicació de la tesi doctoral de Hans Asperger. Però, no només aquesta tesi va ser dipositada el mateix 1943, sinó que cinc anys abans, Hans Asperger va realitzar una conferència<sup>7</sup> a l'Hospital de la Universitat de Viena descrivint les característiques de les psicopaties autístiques basades en l'estudi dels seus casos. Hi ha, fins i tot, qui veu el començament del clàssic article de Kanner (“*Des del 1938 hem tingut constància d'un número d'infants...*”) com un implícit reconeixement a aquest fet i també qui considera sospitós el silenci de Kanner sobre els treballs d'Asperger, que no podia deixar de conèixer. En tot cas, sembla que el propi Asperger considerava com a diferents síndromes, tot i les similituds, les descrites per ell i per Kanner. Els autors que el citen abans del redescobriments de Wing, bàsicament en llengua alemanya, entenen que la patologia que relata és diferent a la descrita per Kanner, d'aparició més tardana i referida a infants menys aïllats i de millor pronòstic (Bosch, 1970; Van Krevelen, 1971; Wolf i Chick, 1980).

A finals de la II Guerra Mundial, en la que va ser oficial mèdic, va obrir una escola per nens amb psicopatia autística amb la Germana Victorine Zak (descrita per Asperger com “l'ànima de la sala, un geni”), que va desenvolupar els primers programes per infants amb el que ara anomenem Síndrome d'Asperger, amb tractaments basats en la música, el teatre i la paraula per ensenyar als infants habilitats socials<sup>8</sup>. En un bombardeig, aquesta va morir i l'escola va ser destruïda

<sup>1</sup> Wing, L. (1981). Asperger's Syndrome: a clinical account. *Psychological medicine*, 11, 115-129. Cambridge University Press.

<sup>2</sup> Frith, Uta (1991). *Autism and Asperger Syndrome*. New York: Cambridge University Press.

<sup>3</sup> Lyons, V. & Fitzgerald, M. (2007). Did Hans Asperger (1906-1980) have Asperger Syndrome?. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37:2020-2021. New York: Springer.

<sup>4</sup> Lasa, A. (2006). Asperger vuelve. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, (8), 7-10. Barcelona.

<sup>5</sup> Asperger H (1944). Die “Autistischen Psychopathen” im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 117: 132-135.

<sup>6</sup> En el primer número de la revista *eipea*, fèiem referència a altre oblit històric en aquesta relació dels pioners, el de la psiquiatra russa Grunya Sukhareva.

<sup>7</sup> Asperger, H. (1938). Das psychisch abnormale Kind. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 51, 1314-1317.

<sup>8</sup> Feinstein, A. (2010). *A History of Autism: Conversations with the Pioneers*. UK: Wiley-Blackwell.



juntament amb gran part de les primeres investigacions d'Asperger. Poc temps després d'acabada la conflagració, va ser cap del Departament de Pediatria de la Univer-

sitat de Viena i nomenat director de la clínica infantil de la ciutat, càrrec que va exercir durant més de 20 anys. A partir de l'any 1964 va encapçalat l'ONG Aldees Infantils a Hinterbrühl. Adam Feinstein<sup>9</sup> reflexa al seu llibre les opinions de la Dra. Elisabeth Wurst, que treballà amb Asperger els anys '60 i '70 del segle passat, i que el defineix com "una persona alta, a la que li agradava explicar històries. Com un avi, amb cabell blanc, pacient i respectuós i que et feia sentir que l'interessava el que li deies" i d'una altra col·lega, la Dra. Maria Theresia Schubert, que emfatitza que "era molt apreciat pels infants, tot i que ell marcava una certa distància respecte a ells (...) La meua impressió era que es tractava d'una persona molt tolerant, que no empenyia a ningú en cap direcció determinada, donant als seus empleats una gran llibertat". Va ser nomenat professor

emèrit l'any 1977 i va morir tres anys més tard a Viena. Hans Asperger va publicar fins a 359 estudis en revistes científiques, la major part dels quals eren referits a dos temes: les psicopaties autístiques i la mort.

Malgrat les controvèrsies sobre la seva validesa nosològica, la Síndrome d'Asperger proposada per Lorna Wing s'inclou en el CIE-10 l'any 1993 i al DSM-IV en el 1994. L'any 2006, coincidint amb el centenari del seu naixement i el vint-i-cinquè aniversari de la publicació de Lorna Wing, es decreta l'any de la Síndrome d'Asperger i, a partir de l'any 2007, el 18 de febrer (data del naixement de Hans Asperger) com a Dia Internacional de la Síndrome d'Asperger. Actualment, la Síndrome d'Asperger ha estat eliminada com a categoria independent al DSM-V (2013) i inclosa dins dels Trastorns de l'Espectre Autista. ●

<sup>10</sup> Op. cit.