



Mirada actual des de la psicoanàlisi sobre l'espectre autista.

La pràctica entre varis com a alternativa terapèutica en el TEA.



Agraïments a col·laboradors:

Secció clínica de Barcelona de l'Escola lacaniana de psicoanàlisi

Psicòlegs: Ivan Ruiz, Mari Cruz Fernández Psiquiatra: Constança Gairal



Se trata de saber por que hay algo en el autista, o en aquel que és llamado esquizofrénico, que se congela, si podemos decir. Pero usted no puede decir que no hablen. Que usted tenga dificultad para entender, para dar el peso justo a lo que dicen, no impide que, después de todo, sean personajes más bien verbosos. (Lacan, J. 1993.)

Resum: Aquest treball es proposa investigar sobre la clínica i la intervenció psicoanalítica



en el trastorn de l'espectre autista. Es tracta de fer un recorregut crític sobre l'augment de la incidència del trastorn, la discussió sobre la etiologia de la mateixa i les alternatives d'intervenció des de la pràctica entre varis que proposa el psicoanàlisi lacanià.

Resumen: Este trabajo se propone investigar sobre la clínica y la intervención psicoanalítica en el trastorno del espectro autista. Se trata de hacer un recorrido crítico sobre el aumento de la incidencia del trastorno, la discusión sobre la etiología de la misma y las alternativas de intervención desde la práctica entre varios que propone el psicoanálisis lacaniano.

Abstract: This work aims to investigate the clinical psychoanalytic and intervention in autism spectrum disorder. This is a critical review of the increased incidence of the disorder, the discussion of the same etiology and alternatives of action from among several proposed practice Lacanian psychoanalysis.

Résumé: Ce travail vise à étudier la clinique psychanalytique et d'intervention dans les troubles du spectre autistique. Il s'agit d'un examen critique de l'incidence accrue de la maladie, l'examen de la même étiologie et alternatives d'action parmi plusieurs pratique proposée psychanalyse lacanienne.

Paraules clau: autisme infantil, psicosis, psicoanàlisi, llenguatge, practica entre varis o *practique-à-pluisieurs*, prevalença, gaudi, Simbòlic, Real, Imaginari, TEA.

INDEX

1	<i>Introducció.....</i>	<i>pg. 6</i>
2	<i>Objectius.....</i>	<i>pg. 8</i>



3	<i>Historia:</i>	pg. 10
3.1	<i>Itard, i el nen salvatge: absència de socialització.</i>	
3.2	<i>Bleuler (1911) Conceptualització d'esquizofrènia.</i>	
3.3	<i>Kanner (1943) i la seva descripció fenomenològica.</i>	
3.4	<i>Asperger i l'autisme precoç infantil.</i>	
3.5	<i>M. Klein i la hipòtesi de la "incapacitat del Jo per suportar l'angoixa." (cas Dick)</i>	
3.6	<i>Bettelheim i l'extrema sensibilitat al dolor. Les "mares nevera"</i>	
3.7	<i>Meltzer i l'objecte bidimensional. Identificació adhesiva.</i>	
3.8	<i>Forhan i la manca d'integració del self (self-object)</i>	
3.9	<i>Bion i la incidència de l'ansietat catastròfica en el desenvolupament emocional i cognitiu del nen autista.</i>	
3.10	<i>Pensament de Lacan...Hipòtesis sobre l'autisme i les psicosis infantils.</i>	
4	<i>Definició</i>	pg. 19
4.1	<i>des de la semiologia del llenguatge</i>	
4.2	<i>des de la semiologia del pensament</i>	
4.3	<i>des de la semiologia de la psicomotricitat</i>	
4.4	<i>Fenomen elemental i estructura</i>	
4.5	<i>Definicions personals: testimonis de subjectes autistes</i>	pg. 21
4.5.1	<i>La paraula</i>	
5	<i>Classificació</i>	pg. 24
5.1	<i>Diagnòstic diferencial des de la perspectiva psicoanalítica</i>	
5.2	<i>Clínica diferencial de la psicosi i l'autisme</i>	
6	<i>Etiologia: De la ignorància de les causes i la investigació</i>	pg. 28
6.1	<i>Hipòtesi mèdica</i>	
6.1.1	<i>Comprensió de les causes i factors de risc</i>	
6.2	<i>Hipòtesi psicoanalítica</i>	
7	<i>Epidemiologia: Causes de l'augment de la prevalença</i>	pg.33
8	<i>Curs: Inici i importància de la detecció precoç</i>	pg. 35



8.1	<i>Evolució.</i>	
8.2	<i>Com aprèn el nen autista?</i>	
9	<i>Avaluació</i>	<i>pg. 42</i>
9.1	<i>Avaluació mitjançant el joc</i>	
10	<i>Intervenció.....</i>	<i>pg. 44</i>
10.1	<i>La pràctica entre varis.</i>	
10.2	<i>Importància de la intervenció precoç.</i>	
11	<i>Pràctiques a l'Associació TEA dir: taller amb nens autistes.....</i>	<i>pg.47</i>
11.1	<i>En què consisteix aquest taller?</i>	
11.2	<i>Sessió del 4 de maig</i>	
12	<i>Conclusions.....</i>	<i>pg. 48</i>
13	<i>Perspectives.....</i>	<i>pg. 49</i>
14	<i>Valoració.....</i>	<i>pg. 50</i>
15	<i>Referències bibliogràfiques.....</i>	<i>pg. 51</i>
16	<i>Índex de conceptes.....</i>	<i>pg. 53</i>
17	<i>Annexos.....</i>	<i>pg. 55</i>

1.

Introducció



Aquest treball està inspirat en la tasca que fa el psicoanàlisi en la cura del nen autista. Tal com ho descriu l'autor Antonio Di Ciaccia al pròleg del llibre de Martin Egge "*El tratamiento del niño autista*": *Nada provoca tanto desconcierto como la locura de un niño*. (Egge, M. 2008, pg.13)

Aquest és l'origen i el motiu del present treball.

Durant les pràctiques de psicologia al CSMIJ d'Anoia em va commoure d'una manera particular aquesta *locura*¹ de les psicosis i en concret, el trastorn de l'espectre autista en nens i adolescents. Així, i continuant amb el pròleg citat anteriorment al respecte de la commoció (o emoció) que provoca l'infant amb aquestes dificultats, voldria afegir que *...els nens tenen unes particularitats diferents a les dels adults*. A les consultes he pogut percebre aquesta mirada de "més enllà" dels psicòtics o *l'encapsulament* (o *caparazón*)² en el "seu mon" dels autistes. Experiències totes dues que han fet moure alguna cosa dins meu i ara aquests afectes em mobilitzen per a investigar sobre la possibilitat d'una cura, en el seu esforç per ser-ho, amb un mètode de treball que proposa fer una pràctica del cas per cas. Des de la psicoanàlisi lacaniana i en concret, des de la pràctica entre varis.

De fet, he trobat també motivació per aquesta feina concreta a partir del documental "Unes altres veus"³, que proposa una mirada diferent i singular sobre els subjectes amb aquesta particularitat i com les seves famílies han rebut un missatge de proximitat i comprensió des de la pràctica professional de la psicologia. De fet, al documental es pot extreure una intenció de dotar aquests subjectes d'estatut de persona de ple dret, tot i tenir aquesta posició particular respecte de l'altre social del que sembla aïllar-se.

L'autisme ve a ser una decisió inconscient que pren el subjecte autista i de la que no pot donar compte, per la seva qualitat inconscient, però en la que està implicat subjectivament. Per tant, la tasca del psicoanàlisi ve a ser la d'ajudar aquest subjecte a baixar aquesta defensa radical.

L'autisme seria un conjunt de símptomes que impedeixen el procés d'entrada del subjecte en el llenguatge, la comunicació i el vincle social. Es pot diagnosticar als pocs mesos de vida i als 2 anys. Aquest estancament que es produeix en el desenvolupament del nen autista es deu a múltiples factors que encara es desconeixen, tampoc les coneixen les investigacions més actuals.

La investigació epigenètica està en plena efervescència. De fet, es defineix a molts manuals con

1 Bogeria en català.

2 Terme de Frances Tustin en referència a "l'autisme secundari encapsulat".

3 Per veure trailer: <http://unesaltresveus.teidees.com/>



un trastorn d'origen neurobiològic, per després concloure que no hi ha causa neurobiològica coneguda.

La psicoanàlisi vol entendre l'autisme observant els trastorns que es produeixen en el moment de la "congelació" o deteniment del desenvolupament i el que passa després: amb la relació els objectes i el subjecte, la relació amb el propi cos i el vincle del subjecte amb els altres primordials i els semblants.

La psicoanàlisi proposa un mètode analític, que implica professionals, subjecte/pacient, i família, per tant, em basaré en això i faré un recorregut per les diferents concepcions que sobre l'autisme han tingut i tenen discussió en els fòrums psicoanalítics passats i presents. Pel que fa a la família, sembla que encara avui dia es critica la psicoanàlisi de culpabilitzar els pares de l'autisme del seu fill, però res més lluny d'això, el que proposa el psicoanàlisi és acollir la preocupació i responsabilitzar la família i l'entorn proposant un altre apropament al seu fill, mirant de fer entendre a la família la particular manera que té el seu fill d'estar en el món.

En trets generals, el tractament proposat es planteja a través de dues qüestions: les defenses del subjecte creades a partir de la interpretació d'un món hostil i el que el subjecte construeix com quelcom propi. Les construccions simbòliques que fan els nens per convertir-se en adults també les fan els subjectes amb autisme, i s'entén que s'ha d'atendre a aquesta construcció particular, sinó sempre esta en primer pla la defensa radical: tapar-se les orelles, aïllar-se. Aten a l'interès del nen per la llum, la veu, els sons o certs objectes o altres activitats repetitives que mostren un intent d'entrar en la complexitat del diàleg amb els altres.

Em proposo esbossar, com a cloenda final del present treball, sobre la investigació recent que mou els professionals de l'atenció precoç i l'atenció amb infants i/o adolescents sobre el mètode que va posar en marxa Di Ciaccia en la institució l'Antenne 110 i que més tard Jacques Alain Miller va denominar *pratique-à-pluisieurs*⁴. I dic esbossar perquè entenc que aquesta investigació que es porta a terme en el cas per cas en grups d'investigació i en la pràctica clínica del dia a dia s'estén més enllà de l'abast del present treball.

2. Objectius:

Estic interessada en investigar sobre l'espectre autista, des d'una vessant clínica i amb una mirada

4 Pràctica entre varis



des de la perspectiva psicoanalítica. Per això hauré d'indagar sobre els orígens de la conceptualització del trastorn i la seva discussió etològica, que encara avui comporta moltes arestes que es van perfilant.

He basat la meva primera intervenció en un recull de teories sobre l'autisme amb autors clàssics, fins els més contemporanis; deixant de banda per un altre apartat les classificacions que es fan servir des dels manuals estadístics. He cregut convenient no contaminar la visió del psicoanàlisi amb les aportacions de les corrents més cognitiu-conductuals, més reflectides en manuals de referència com el del SNS⁵ per a la pràctica clínica o els DSM i CIE-10, per al diagnòstic.

El primer objectiu és crear un perfil sobre l'espectre autista encunyant termes psicoanalítics, mirant de confrontar també les diferents visions que hi han sobre l'espectre amb diversos autors al llarg de la història d'aquest trastorn.

El segon és incloure una sèrie de reflexions extretes de les lectures dels testimonis de subjectes amb autisme que han procurat la seva "auto-cura" i dels que podem aprendre molt sobre la clínica del cas per cas. Això es pot entendre com un primer pas per entendre la clínica subjectiva a la que ens porta la psicoanàlisi.

En tercer lloc passaré a centrar-me la hipòtesi de la causa de l'augment de la prevalença que provoca certes tensions a nivell assistencial, per la manca de recursos i per la disparitat de criteris alhora de diagnosticar un síndrome o un trastorn o un espectre. De fet, hi ha cert grau d'alarma entre els professionals de la psicologia clínica amb l'imminent augment de diagnòstics de TEA que provocarà ampliar l'espectre de l'autisme en la nova revisió del DSM-5.

En la quarta part parlaré sobre la intervenció psicoanalítica en el trastorn de l'espectre autista. En concret, em proposo investigar sobre la *practica entre varis* que proposa l'autor Di Ciaccia i que actualment es posa en pràctica a l'associació TEAdir i altres institucions de caire psicoanalític. L'associació TEAdir és, a més, propulsora de tallers i *espais de respir*⁶ per pacients amb autisme.

La tasca investigadora també em porta a cercar en el grup d'investigació sobre autisme i psicosis de la secció clínica de Barcelona de l'escola lacaniana de psicoanàlisi. Amb ells i l'espai de lectura dels casos clàssics de psicosis i autisme com el cas Joey de Bettelheim i el cas John de Frances Tustin, aniré indagant en les particularitats de la manera de fer del psicoanàlisi amb aquests pacients, que en ambdós casos va resultar exitos.

5 Sistema Nacional de Salud

6 Veure annex 1



Els objectius d'aquesta investigació no estan inclosos en el present treball, però he cregut convenient comentar el que faig com a complement de formació ja que aquest complement m'ajuda a entendre la clínica del TEA i la pràctica que de la que parlo en el treball. Sense aquesta formació específica que complementa la manca d'experiència professional m'hagués estat més difícil definir aquest treball.

3.

Historia:

En aquest apartat faré un recull històric sobre les primeres aportacions d'autors a la



conceptualització del trastorn que em permetran donar-li una ubicació en l'espai i en el temps al concepte i veure les diferents versions de psicosis que dominen la clínica estructural del psicoanàlisi lacanià.

3.1. Itard i el nen salvatge: absència de socialització.

Al seu llibre *El niño salvaje (1801)* l'autor descriu les que semblen ser característiques típiques de l'autisme infantil. A més, remet a la causa del mateix com la manca o l'absència de qualsevol tipus de socialització i/o civilització del nen.

3.2. Bleuler (1911) Conceptualització d'esquizofrènia.

Des d'una perspectiva psicopatològica, l'autor va proposar la denominació d'un grup d'esquizofrènies; psicosis caracteritzades per un tipus específic d'alteració del pensament, dels sentiments i de la relació amb el món exterior.

Bleuler va ser el primer a conceptualitzar el terme *autismus*, que llavors va indicar com a separació de la realitat assimilant-lo molt a l'esquizofrènia (Egge, M. 2008). A l'article *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* (Bleuler, 1911) l'autor proposa una sèrie de símptomes fonamentals, referint-se a l'autisme com un d'ells. Consisteix a un trastorn de l'afectivitat i l'associació, remet a una predilecció per la fantasia, en detriment de la realitat i una marcada inclinació a allunyar-se d'aquesta realitat. Bleuler comparteix amb Freud la predominança del desig sobre la percepció de la realitat, però no comparteix la seva teoria de *'autoerotisme'*⁷.

La causalitat de l'esquizofrènia per l'autor, però, és d'origen cerebral, tot i que es veu la intencionalitat d'indagar en els processos intrapsíquics seguint a Freud.

3.3. Kanner (1943) i la seva descripció fenomenològica.

L'autor formula unes característiques bàsiques de l'autisme, convençut que forma part de la mateixa categoria nosològica que l'esquizofrènia, amb la particularitat de la precocitat. L'autor encunyarà l'expressió "autisme precoç infantil" (Kanner, 1944.)

A més, planteja la hipòtesis de que existeix en el nen una incapacitat innata per establir contacte afectiu, per tant l'autisme amb causalitat endògena (Kanner, 1943)

⁷ Referida a les Tres teories sexuals de Freud.



Aquestes característiques son:

1.	Deteriorament social sever “soledad autista severa ⁸ ” (Kanner, 1944)
2.	Dificultats severes en la comunicació tant verbal com no verbal.
3.	Absència d'entreteniments imaginatius, inclòs el joc “com si” i substitució per conductes repetitives.

Aquest autor i altres van fer descripcions fenomenològiques molt complexes, basades en els criteris de normalitat dels infants, sense tenir en compte el procés mental que es desenvolupa amb símptomes defensius de les diferents ansietats en aquests infants. Tot i això, els trets diferencials de Kanner han continuat durant 60 anys gairebé intactes. La soledat autista al respecte d'altres persones, el dèficit en la comunicació i aquesta necessitat d'un ambient invariable i de rutines fixes sembla que continuen en la base del trastorn com a principals manifestacions clíniques.

3.4. Asperger i l'autisme precoç infantil.

L'autor, contemporani de Kanner, posa l'accent a la diferència entre l'autisme esquizofrènic i la psicopatia autista (Asperger, 1944). Des d'una posició més aviat organicista, sosté l'existència d'un síndrome quines particularitats poden trobar acollida en el tractament pedagògic particular o adaptat al subjecte. Ja que l'autista descrit i estudiat per Asperger compta amb una intel·ligència per sobre de la mitjana o en la mitjana i compta amb el desenvolupament del llenguatge normal, a diferència del descrit per Kanner.

Si seguim la cronologia estrictament ara tocaria parlar de les classificacions psiquiàtriques com el DMS o el CIE. Però continuaré amb els autors per no perdre el fil argumental dels mateixos.

3.5. M. Klein i la hipòtesi de la “incapacitat del Jo per suportar

⁸ Acunyat per l'autor a l'article de la revista “Early Infantile Autism” en *Journal of Pediatrics* (Kanner, 1944 pg. 211-217)



l'angoixa.” (cas Dick)

Melanie Klein descriu la simptomatologia d'un nen de 4 anys anomenat Dick⁹; tot i que l'autora no parla d'autisme, la seva descripció coincideix amb la de Kanner.

Parla d'un nen amb pobresa en el seu vocabulari i desenvolupament intel·lectual. Manca d'adaptació a la realitat i de relacions emocionals en l'ambient (Klein, 1930).

Llistat de símptomes:

Indiferència a la presència o absència de la mare o persones representatives	absència en general d'angoixa,	sense interessos,	manca de joc,	sons inintel·ligibles i estereotipats,
no desitja fer-se entendre.	freqüentment fa el contrari del que s'espera d'ell.	Actitud negativa	Insensibilitat al dolor	absència de necessitat de ser consolat.

La impressió de Klein després d'observar el nen és que hi ha quelcom en el Jo del Dick, una incapacitat total, aparentment constitucional, per tolerar l'angoixa.

3.6. Bettelheim i l'extrema sensibilitat al dolor. Les “mares nevera”

Bettelheim considera que la retirada autística implica la renúncia a la facultat de preveure, ja que els infants no tenen la capacitat de deduir nexes de causa-efecte, i eliminen les emocions. (Bettelheim, 1967)

Des d'aquest punt de vista els nens autistes es poden classificar en dos grups:

1. Aquells que mai han fet un pas envers el mon extern (o que han renunciat a preveure que passarà; autistes *encapsulats*.)
2. Aquells quina retirada autística ve acompanyada de la creació d'un mon privat (post autista.)

⁹ Melanie Klein, Cas Dick (1930)



L'autor es recolza en l'afirmació que fa Piaget al 1952 en la que diu que el nen en la primera infància és molt egocèntric, creient que tot el que passa té a veure amb ell. Així, tot ho viu com destructiu i això inhibeix la seva acció. Tenir-ho tot controlat evita les emocions (Bettelheim, 1974).

L'autor considera la retirada autística com una maniobra defensiva o com una temptativa extrema d'autoafirmació. Aquesta modalitat defensiva porta a un empobriment del Jo. Així, el trencament de la comunicació amb l'exterior fa difícil l'adquisició del llenguatge o bé comporta la seva pèrdua, o la repetició estereotipada sense contingut comunicatiu.

Bettelheim cita a Bion al seu llibre "La Fortaleza Vacía" quan comenta que en la posició depressiva hi ha major capacitat de pensament verbal i alhora augmenta el patiment de la realitat psíquica, el que implica que el pacient faci una regressió a la posició esquizo-paranoide (Klein, M 1930) i que aquesta es giri de forma destructiva contra la capacitat de pensament verbal, com si fos un dels elements que l'han portat al patiment.

L'autor ens diu que quan el nen arriba a creure que qualsevol cosa que digui el portarà a un perill mortal abandonarà l'ús de la paraula. Per tant, considera que el mutisme dels autistes pot aparèixer com una defensa contra el patiment emocional.

Bettelheim ens ve a dir, contradient Mahler, que el nen autista potser no és que no sigui sensible a qualsevol dolor, sinó que probablement ho és en extrem. També considera que l'autisme infantil és una condició psíquica que es manifesta com a resposta a la sensació de viure una situació extrema. I aquestes situació extrema es caracteritza per:

- La inexorabilitat (mantenir-se inflexible, estàtic.)
- La seva incertesa en la durada.
- Del fet que en aquesta situació res és imprescindible i que la pròpia existència de l'individu està sempre en perill.

Bettelheim creu que la causa inicial de la retirada autística serà la interpretació del nen de l'actitud negativa amb la que se li acosten les figures més representatives del seu ambient; aquests nens *viuen la ineficàcia de l'altre com un rebuig*; un mal objecte¹⁰. (Bettelheim, 1974)

¹⁰ Veure índex de conceptes



Malgrat que Bettelheim considera que per a que es doni una situació límit a la primera infància la mare ha de ser una *persona molt patològica en relació amb el nen*, coincideix amb A. Freud en que no és l'actitud de la mare la que provoca l'autisme, sinó més aviat la predisposició del nen. Tot i que la predisposició s'ha de trobar una situació que afavoreixi el desenvolupament del trastorn.

Bettelheim no comparteix la teoria de Kanner respecte que els nens autistes tenen una incapacitat innata per establir contacte afectiu. No poder tenir relacions amb les persones, si més no amb objectes. Per contra, Bettelheim pensa que aquests nens si que poden establir relacions amb persones, tot i ser relacions en un punt estranyes. En algun moment del llibre parla de les relacions que busca el nen autista com relacions amb persones que no canviïn, que restin immòbils com els objectes, ja que el canvi per ells representa l'horror.

Ens podríem referir al cas *Joey*, extret del llibre de l'autor. Presentat com un *nen màquina*¹¹ té relacions especials amb màquines que ell mateix construeix per sobreviure, perquè ell mateix es concep com una màquina. A més, els altres nens o companys Joey també tenen estatut de màquines que l'autor suposa a les qualitats de no canvi que tenen.

Ell creu que l'autisme és quelcom que té lloc després del naixement. Deriva de la manca de determinades experiències vitals que es consideren indispensables per la integració del Jo en la primera infància. També creu que l'autisme té possibilitat de guariment, tot i que tindrà a veure la duració de la teràpia i la dedicació del terapeuta.

Concloent amb aquest autor, voldria fer un incís a la seva pràctica en la institució que dirigia, l'Institut Ontogènci de Chicago (1947), on acollia a nens amb autisme i dirigia la seva pràctica envers la cura de l'incident precoç al que causava la mala relació amb la mare. L'autor proposa una teràpia a través de l'entorn, seguint l'enfocament tributari de la seva experiència en els camps de concentració nazis, que recorda la pràctica entre varis que proposem en la part d'intervenció d'aquesta obra. Guardant, però totes els distàncies ja que es tractava d'institucions en que els nens estaven internats i el treball amb les famílies no era igual, ja que es culpabilitzava aquesta relació.

11 Terme acunyat al llibre de Bettelheim "La Fortaleza Vacía"



3.7. Meltzer i l'objecte bidimensional. Identificació adhesiva.

En el llibre “Exploración del autismo (1984)” l'autor explora el funcionament de l'aparell mental de l'autisme i distingeix tres fenòmens:

1. L'autisme pròpiament dit.
2. La psicosi obsessiva post-autística.
3. La immaduresa post-autística.

Postautista per Meltzer vol dir “funcionament tipus autista.” A més, enumera uns requisits per a la constitució d'un estat mental autístic:

- a. Una notable velocitat d'operacions mentals (dona la impressió d'esta davant un nen molt intel·ligent.) Hi ha una extrema sensibilitat de l'aparell sensorial i perceptiu, per la dades internes i externes i per al detecció de canvis.
- b. Propensió al patiment i a la depressió. Tendència a sentir com un rebuig la incapacitat de l'altre per comprendre'l, predisposant-lo a la depressió catastròfica.
- c. L'angoixa i el sadisme son mínims. Busca al possessió de l'objecte matern i no suporta la presència dels rivals que poden separar-lo de la mare.
- d. Hi ha un desmantellament de la vida mental, viscuda com a esdeveniments i no com a experiències que cal assimilar. Desmantellament es pot definir com un estat “encantat”, deixant vagar els sentits i posicionant-se de forma passiva davant els objectes estimulants.
- e. El “*self*¹² desmantellat” no es troba en condicions de categoritzar l'objecte parcial i acaba en un estat de manca d'activitat mental.

L'autor segueix una corrent kleiniana i defineix el nen autista com algú sense activitat mental, com un ser arcaic, que no es defensa de ningú. Aquest autor és contemporani de Tustin, qui també concep una absència de mentalització en el nen autista, tot i que hi ha una diferència en el plantejament que es basa en el concepte de mecanisme de protecció, és a dir, per Frances Tustin hi ha un “traumatisme oral precoç” (Maleval, J. 2011. pg. 44.)

12 Sinònim de si mateix.



3.8. Fordham i la manca d'integració del self (self-object)

Fordham diu que el nucli essencial de l'autisme representa, sota forma distorsionada, la unitat primària de la infància i que l'autisme idiopàtic (primari), és un estat desordenat d'integració, la causa del qual és una manca d'integració del *self* (M. Fordham, 1976). L'autor anomena els objectes autístics "self-objects" i també diu que el nen autista viu en un món d'objectes, inclòs el propi cos per parts; la disposició dels quals és molt precisa i organitzada, però que no pot ser considerada en termes intern i extern.

Fordham interpreta el captament o forma de presentar-se autístic com una defensa, enfront de tot el que sigui "No-jo". En el cas que un "objecte-extern" no pugui ser viscut com un "objecte-jo" el nen recorre a l'eliminació de la percepció o al·lucinació negativa.

L'autor també creu que la barrera autística, a més de tenir aquesta funció defensiva, té una funció protectora, ja que se pressuposa una "hiper-reacció" dels mecanismes defensius en el trastorn. Aquestes defenses massives mantenen el *Self* originari intacte no deixant lloc als processos d'integració i desintegració pròpia dels processos evolutius.

3.9. Bion i la incidència de l'ansietat catastròfica en el desenvolupament emocional i cognitiu del nen autista.

Segons Bion, l'ésser humà neix envoltat d'una sensació catastròfica i aquesta sensació en el desenvolupament normal es reactiva cada vegada que l'individu fa front a un canvi (Viloca, Ll. 2001) Recordem que Bion també és citat per Bettelheim en referència a l'etiologia de l'autisme. Al llibre "Niños con autismo: experiencia y experiencias" l'ansietat catastròfica és definida com ansietat de caure o sobreviure en la no existència o en el buit (Viloca, Ll. pg. 173). De fet, el mateix llibre ens remet a una referència de Frances Tustin on parla d'una angoixa més primitiva que l'angoixa de morir-se i és la por a ser "no res" o la por a no existir, que es descriu com l'angoixa fonamental dels estats autístics.

Aquesta idea bioniana remet a entendre la salut mental com la capacitat de tolerar la vivència catastròfica (de patir la frustració d'enfrontar situacions de novetat o canvi), essent el naixement el primer d'aquests canvis que, en condicions normals de cura i sosteniment maternal acostumen a modular la sensació de catàstrofe que envolta aquest moment crític.

Així, els bebès que pateixen situacions traumàtiques o malalties al voltant del naixement (prematur, incubadora) viuen experiències en que l'ansietat catastròfica no pot ser continguda. És



probable que de grans situacions de canvi o de molta incertitud provoquin en ells una sensació angoixant de buit.

3.10. Pensament de Lacan...Hipotesis sobre l'autisme i les psicosis infantils.

Lacan inicia el seu camí en el psicoanàlisi a partir de les "psicosis". Però no és objecte d'aquest treball endinsar-nos en les ensenyances de l'autor sobre les psicosis sinó fer unes pinzellades sobre el concepte d'autisme o psicosis desenvolupat per Lacan. De fet, l'autor no diferencia entre autisme i psicosis a nivell d'estructura, cosa que afegeix més controvèrsia al terme entre la comunitat psicoanalítica.

Sobre l'autisme particularment, Lacan es referirà en la *Conferència sobre el Síntoma de Ginebra*. Els punts principals als que es refereix són:

1. *Que tengan ustedes dificultades para escuchar, para dar su alcance a lo que dicen, no impide que se trate de personajes más bien verbosos* (Lacan, 1976.) Els autistes compten amb un llenguatge auto-referencial, que compleix una funció pulsionar (autoerotisme); el que vol dir que els nens autistes no estan en el discurs (DiCiaccia, A. 2001) No entren en la demanda de l'altre, i aquest Altre queda estructuralment exclòs del món de l'autista. La seva paraula no li serveix per dir només pel seu *goig*¹³.

L'autista s'allunya del goig solitari de la veu, és més, en la infància, igual que parla sense veu també es tapa les orelles, es protegeix de l'*objecte-veu*. Es protegeix a través del mutisme o la verborrea, evitant la *interlocució*¹⁴, que vindria a ser la interacció amb l'altre. La paraula els podria interessar si no és portadora de l'objecte veu, així, se solen sentir atrets per la música de la paraula (ecolàlies¹⁵.) La verborrea autística és un exercici tranquil·litzador de paraula sense veu (Maleval, 2011)

La veu, comenta Lacan, no s'assimila, sinó que s'incorpora. (Lacan, 1967) Tot i que l'autor troba que són persones més aviat verboses, aquest atribut es refereix a la seva funció pulsionar, del llenguatge en el seu ús auto-eròtic, tal com ho va entendre Freud en la esquizofrènia (Egge, M, 2008)

13 Goce

14 Diàleg

15 Veure índex de conceptes



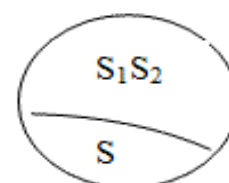
2. *Hay algo en el autista que se congela* (Lacan, 1967¹⁶.) L'autista no està separat del seu altre a nivell simbòlic. És Un sol un Un-sense-Otro del llenguatge. (Di Ciaccia, A. 2001)

Els significants estan compactats en el subjecte i manca una primera divisió simbòlica entre el representant simbòlic S1 i l'altre significat S2 que és el representant de l'altre que introdueix el món extern. Lacan parla de significants compactats en una *holofrase*¹⁷ al Seminari XI, significants que no es distingeixen.

“Holofrase” segons Lacan és el trastorn específic del llenguatge característic de les psicosis, els trastorns psicossomàtics i la debilitat mental.

És un fenomen de solidificació manca d'interval entre la parella de significants primordials (S1-S2) La “holofrase” psicòtica es representa amb la unió de S1-S2, impeding l'apertura dialèctica.

El significat no pot significar-se a si mateix, representa a un subjecte per a altra significat. Es representaria a través d'aquest esquema.



3. *Los autistas no pueden entender lo que se les dice, si se trata de hacerlo.* (Lacan, 1976)

Com més ens volem ocupar del subjecte autista més es tanca en si mateix, conclou però *a fin de cuentas seguramente hay algo que decirles.* (Lacan, 1976) i aquesta contradicció ens remet a la idea del tancament quan algú de nosaltres volem alguna cosa d'ells, col·locant el subjecte en posició d'objecte (del nostre desig.)

¹⁶ Seminari l'Angoixa. Llibre X

¹⁷ Veure índex de conceptes



4. Definició.

A mode d'introducció, l'autisme es pot entendre com un conjunt de símptomes que dificulten seriosament el procés d'entrada del nen/a en el llenguatge, la comunicació i el vincle social.

El model psicoanalític considera l'espectre de l'autisme com un mecanisme de defensa on predomina la retracció, l'aïllament, la recerca de sensacions auto-gratificants i tranquil·litzadores, pel que resulta difícil establir un vincle afectiu adequat. Hi hauria una persistència d'angoixes arcaïques de desestructuració en el nen autista, que determinen la relació amb els altres i amb si mateix.

Les últimes corrents psicoanalítiques ja no culpabilitzen els pares (l'entorn familiar) puntualitzant que hi ha circumstàncies que afecten a l'establiment del desenvolupament del vincle, però engloben els quadres nosològics en els TGD.

4.1. Des de la semiologia del llenguatge:

La tesi principal de Lacan és que l'inconscient està estructurat com un llenguatge. L'autor concep la pràctica clínica com la pràctica de la paraula. *El símptoma es resol totalment en una anàlisi del llenguatge, perquè ell mateix està estructurat com un llenguatge* (Alvarez, JM. 2004. pg. 387)

Aquesta concepció està desenvolupada al text "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis" (1953), en que l'autor remet a la idea de que el subjecte és parlat pel llenguatge.

Així, al text es remet a la idea que el llenguatge determina a l'home entenent aquesta determinació com que l'ésser humà és parlat pel llenguatge: *El hombre habla porque el simbololo ha hecho hombre.* (Álvarez, JM., 2004 pg. 388)

Al respecte del mutisme voluntari dels subjectes autistes podem constatar que és un mutisme voluntari en el que el pacient només respon qüestions concretes. Com quan el subjecte amb autisme pronunciar una resposta davant d'un estímul inesperat.

Al respecte de l'ecolàlia al llibre d'Alvarez apareix com a sinònim d'ecofrasia. Ve a ser la repetició de la última paraula o frase escoltada, que Bleuler atribueix a l'esquizofrènia.



4.2. Des de la semiologia del pensament:

Hi hauria un pensament autístic, en el sentit que ho va definir Bleuler, que fa referència a les idees delirants, les infraccions de la lògica i de la propietat i més símptomes patològics. Diferent de pensament realista, en que el pacient s'orienta en l'espai i en el temps, adaptant les seves reaccions a la realitat (Álvarez, 2004)

4.3. Des de la semiologia de la psicomotricitat:

Les estereotípies gestuals estan relacionades amb el moviment. Poden ser gestos simples (tics, frotaments) o moviments complexos (dels membres, salutacions, balanceig, rotacions) que es reproduïxen de manera fixa i repetida fins al punt de l'autolesió a vegades. Es poden incloure els tics verbals (Álvarez, 2004)

4.4. Fenomen elemental i estructura.

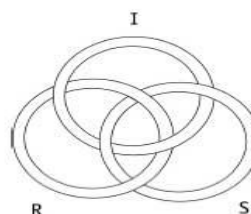
Des del punt de vista de Sauvagnat es podrien localitzar dos tipus de fenòmens elementals en l'autisme:

1. Un de tipus "designació insuportable" que correspon al *aloneness*¹⁸ de L. Kanner
2. i altre fenomen del tipus "unificació del sentit" similar al *sameness*¹⁹ de Kanner.

Ambdós manifestats sobretot en els fenòmens repetitius. Així, l'espectre de l'autisme pot comprendre quadres amb un dèficit greu o altres amb una bona inserció social (psicopatia autística o Asperger.)

Des del psicoanàlisi lacanià es poden entendre com les temptatives d'enllaçament entre les dimensions Imaginària, Real i simbòlica (veure figura 2).

Figura 2
Nudo borromeo que une lo real, lo imaginario y lo simbólico



¹⁸ Caparazon autístico.

¹⁹ Estereotípias



4.2. Definicions personals: testimonis de subjectes autistes.

“El sujeto tiene un saber esencial sobre su forma de funcionamiento, o sea, en tomarse en serio lo que los autistas dicen de si mismos.” (Maleval, J. 2011. pg. 67)

El mateix autor defensa al llibre “El autista y su voz” com la clínica de l'espectre autista dona un gir inesperat amb l'aparició de testimonis de subjectes autistes que demostren, des de l'àmbit familiar i amb procediments psicoeducatius personals o individuals, com han pogut trobar una forma de comunicació i de viure, d'estar en el món tot i la seva particularitat.

Així sorgeix aquest fenomen de tirada mediàtica, però amb un revers en forma d'alarma social, fruit també de l'augmenta de la prevalença de l'espectre autista on tot i cap.

Testimonis com el de Temple Grandin, Donna Williams, Birger Sellin i ara també Daniel Tammet, autor de “Nacido en un día azul” verifiquen la lògica de les hipòtesis psicoanalítiques a través dels resultats dels auto-tractaments; i ajuden d'alguna manera els clínics actuals de la psicoanàlisi a dissenyar estratègies que facilitin el recorregut de les persones que sol·liciten ser ateses.

Així, quan em plantejo fer una recopilació de referències on trobar la veritat sobre l'autisme, un dels psicòlegs que han col·laborat en el treball em comenta que la millor manera de saber que és l'autisme és preguntar-li amb un. D'aquí vaig treure la idea que els testimonis del personatge que exposo a continuació ens pot resultar d'utilitat per entendre més sobre la particularitat del cas per cas que planteja la psicoanàlisi.

Començo fent referència al prefaci de Berenguer al llibre de Donna Williams:

“Los cariotipos, los tests, las estadísticas, acaban diciendo de una persona mucho menos de lo que se suele creer. Por el contrario, la escucha, o la lectura, de un verdadero testimonio, de un testimonio de verdad, el de alguien que habla en nombre propio, sin defender los intereses de nadie, sin justificar a nadie, manteniéndose fiel en su narración al detalle de una experiencia que consigue traspasar a palabras que podemos entender, es algo que nos acerca mucho más a lo real que nos interesa.”²⁰ (D. Williams)

20 Postfàcio del llibre de Donna Williams “Alguien en algun lugar”. Per Enric Berenguer.



4.2.1. La paraula:

La posició del subjecte autista sembla estar caracteritzat per no voler cedir al goig oral.

“*Una voz –comenta Lacan—no se asimila, sino que se incorpora*”.²¹ Quan aquesta cau de l'òrgan de la paraula, permet modelar el buit de l'Altre, però per l'autista aquest Altre no està pacificat, i el desig de l'Altre no deixa d'angoixar-lo.

La dissociació entre la veu i el llenguatge està al principi de l'autisme. Es tracta d'un problema que comporta generalment deficiències cognitives, però que no troba en aquestes seus determinants. El rebuig d'anomenar l'Altre i el rebuig *d'alienació*²² de l'ésser de *gaudi* en el significat constitueixen les estratègies inconscients del subjecte per protegir-se de la presència angoixant d'un altre massa real. L'escissió entre veu i llenguatge es ressent com enigmàtica i dolorosa, però s'imposa a la voluntat. (Maleval, J. 2011)

Williams ho havia ja subratllat, en algunes condicions l'autista es pot expressar correntment, el punt en comú de totes elles resideix en la no posada en funció de la veu, de manera que pugui *parlar per la intermediació dels objectes* (Maleval, A. 2011). Encara que els autistes tinguin una gran dificultat per parlar d'ells mateixos, alguns poden expressar-se amb eloqüència, i fins i tot descriure amb precisió el viscut, però els cal llavors arribar a no implicar el gaudi vocal en el seu testimoni, d'aquí la seva predilecció per la cosa escrita. Es discerneix llavors que tenen sentiments i sensacions, però que es desenvolupen en l'aïllament, de manera que no poden verbalitzar de manera normal, i es troben inundats de les seves pròpies emocions anònimes. (Maleval, J. 2011).

Des dels anys 50, arrel del cas Dick analitzat per Melanie Klein, Lacan va notar que aquest nen autista no hi havia aconseguit el primer tipus d'identificació; la qual cosa seria ja un esbós de simbolisme. Aquesta identificació permet desprendre de captures imaginàries que deixen al subjecte en una dependència transitiva de dobles més o menys invasius.

Williams subratlla que ella no podia expressar simultàniament les emocions i les paraules, i explica haver sentit una veu interior que li deia que "les emocions són il·legals" (Maleval, J. 2011).

Les últimes línies confirmen que, fins i tot mut, l'autista és un subjecte *verboso*. No cedir al gaudi vocal, per no enfrontar-se al desig de l'Altre, és al principi de l'ésser autista. Per això, segons

²¹ Lacan J. *L'Angoisse. Le séminaire. Livre X*. Seuil. Paris. 2004, p.320.

²² Separació o manca



Williams, infringir aquesta estratègia protectora quan accepta que ella té una "necessitat de comunicació", ho viu com una traïció.

Els autistes d'alt nivell són exploradors del misteriós *nuament*²³ del gaudi amb el llenguatge, del qual no deixen de mantenir-se en els límits, de manera que Birger Sellin sap que parlar veritablement faria oblidar moltes de les preocupacions de l'autisme, però no cessa de percebre la llengua com una cosa terrible, ja que apel·la a una mortificació del gaudi vocal (Egge, M. 2008).

No per això és menys cert que hi ha *certament alguna cosa per dir-los*, com indicava Lacan en 1973. Saber esborrar la pròpia enunciació per dirigir-se a ells constitueix una qüestió preliminar.

La remarcable descripció dels mecanismes autistes produïda per Donna Williams mereix ser citada àmpliament ja que contribueix a la comprensió d'aquest fenomen.

Per Donna Williams l'autisme té una etiologia emocional, que engloba tres qüestions:

1. La tolerància que relaciona amb la hipersensibilitat sensorial,
2. El control que relaciona amb l'estat d'angoixa i
3. La connexió, que es relaciona amb la capacitat per comprendre el mon.

L'autisme per Williams no *seria una forma de locura, sinó un mecanisme extrem per prevenir el colapso mental de l'esquizofrènic, que ha d'intentar, després del col·lapse del simbòlic, reconstruir un mon a la seva mida a través d'idees delirants*. (Egge, M 2008. pg. 232)

L'autora ens proposa uns suggeriments a propòsit de la pràctica entre varis de la que parlarem després, crec que està molt relacionat i per això ho cito textualment:

Suggeriments:

1. *Tenir en compte a l'autista pel que diu, en lloc de posar-lo en el rol d'objecte passiu, el que nosaltres anomenem conferir una posició subjectiva.*
2. *que no s'imposi al subjecte un ritme que no pot mantenir.*
3. *evitar la interacció directa però mantenint en canvi una interacció de confrontació indirecta amb l'autista, de manera que no es tingui la percepció de ser bombardejat per un altre intrusiu (Egge,*

23 Relatiu al nudo borromeo



M. 2008, pg. 236)

4.2.2. Breu referència a Els Lefort

A partir de 1996 els autors Rosine i Robert Lefort miren de tenir en compte les aportacions dels autistes d'alt rendiment i aporten una nova hipòtesi sobre l'autisme inacabat: *El subjecte està sotmès a l'alternança real entre la pulsíó de vida i de mort, fet que el vincula amb la qüestió del seu doble, en el que el Real entra en competència amb el Simbòlic.* (Maleval, J. 2011. pg. 61)

Sembla que aquests investigadors de la clínica han trobat on situar-se al respecte de l'espectre i ho fan des de la consideració de l'autisme com a una psicosis.

Degut a l'especificitat del plantejament psicoanalític fa considerar que el subjecte autístic i el que no ho és té un saber essencial sobre la seva forma de funcionar, per això els autors prenen tant seriosament el que els autistes tenen que dir de si mateixos.

5. Classificació: DSM, CIE i clínica diferencial.

Els manuals de diagnòstic com el DSM-IV i la CIE-10 determinen l'autisme com un trastorn que ha de complir uns determinats criteris que es poden trobar en l'annex 2.

- **Sobre el diagnòstic:**

L'autisme, igual que els diferents Trastorns generals del desenvolupament, en els quals s'inclou als manuals de referència, pot presentar dificultats per al seu diagnòstic. Un primer problema sorgeix de les discrepàncies entre diferents classificacions diagnòstiques que inclouen o exclouen alguns criteris i s'adapten malament als nens més petits. En els casos d'autisme més clàssic, és a dir, aquells en els que presenten tots els símptomes, encara que no solen ser els més freqüents, sí que són els de diagnòstic més fàcil, sobretot en edats primerenques. No resulta tan fàcil la diagnosi en aquells casos en què falten o s'afegeixen elements no contemplats en els criteris diagnòstics formals.

L'autisme es pot contemplar com un trastorn amb una base simptomàtica comú però amb una gran variabilitat en la seva manifestació externa. Alguns autors defensen la idea que el trastorn



autista es mou en un continu en què els diferents casos van posicionant segons la seva afectació. En aquest continu els Asperger es situarien en la baula de funcionament més alt, mentre que l'Autisme més clàssic amb dèficits severes es situarà a l'altre extrem. Trobar el punt de tall per al diagnòstic diferencial pot resultar, de vegades, compromès a falta d'un marcador biològic. A més, hi ha gran comorbiditat amb altres trastorns del desenvolupament (retard mental, mutisme selectiu, etc ...) i malalties (Fenilcetonúria, embriopatia per Rubèola).

Malgrat tot, el diagnòstic primerenc és el que ens pot garantir la millor evolució possible si es complementa amb la intervenció adequada.

- **Sobre el criteri estadístic de la anormalitat...**

D'entrada la hipòtesis psicoanalítica no contempla el supòsit de l'existència de la normalitat o l'anormalitat, entenent els subjectes idiosincràtics i els mecanismes patològics presents o inherents a tots els éssers humans. Per tant, i entenent el criteri estadístic com una ficció abstracta del Real, l'ésser humà normal, tal i com postula Lacan no existeix.

5.1. Diagnòstic diferencial: des de la perspectiva psicoanalítica.

A partir del llibre de Maleval "El autista y su voz" podem avançar en la difícil tasca de percebre l'estructura autística des d'altres perspectives i noves propostes.

Donna Williams un altre cop i el concepte d'autisme de Rosine i Robert Lefort, permeten donar un contingut i un desenvolupament precís al concepte d'Eric Laurent *del retorn del gaudi a una vora* (Maleval, J. 2011), com a única forma real. I així poder establir una diferència fundada, entre l'esquizofrènia i l'autisme.

En primer lloc, tenim que el *gaudi* del subjecte autístic no està regulat pel Simbòlic, no hi ha realitat social i es sobrecarrega de *gaudi*. D'aquí s'apunta a la hiperactivitat dels autistes i la permanent sensació que tenen de que es poden desbordar. Maleval defineix aquest retorn a la vora com una *barrera autosensorial que es genera a partir d'estimulacions corporals, com son els moviments rítmics, balanceig, ...que ve a ser una barrera protectora contra l'Altre real.* (Maleval, J. 2011. pg. 98)

En segon lloc, en l'autisme, Significant i Real estan "congelats" el que té com a conseqüència un tornar molt problemàtic a l'estatut de l'Altre, no és assumible l'Un-sol.

En tercer lloc, en el registre de l'Un-sol, el nen autista intenta defensar-se contra el *gaudi* per una



doble operació d'autodefensa i d'autoconstrucció.

Així, tot signe de l'Altre és percebut com una pura agressió o bé en una total indiferència. És aquí que un esforç d'autodefensa ha de ser produït.

Com em comentat, hi ha una operació d'autoconstrucció que es manifesta en les temptatives d'instaurar un mínim de vida. Estant la vida humana regida pel simbòlic, el nen autista tractaria d'instaurar, no un món regit pel Nom-del-Pare, sinó un món regit per l'estructura elemental del simbòlic.

Concloent, aquest **ajust simbòlic** mínim s'introdueix a través d'un cert tipus de moviments efectuats pel nen a partir dels seus objectes. Concretament, ell intenta construir alguna cosa significant a partir de l'ús de l'objecte que li és propi: per exemple, marcació d'un interval de dos temps en relació al més i el menys, anar i venir, obrir i tancar. L'objecte pot ser també un apèndix pulsional del seu propi cos, sigui aquest el seu mocs o la seva saliva. Aquesta operació produeix una regulació mínima del gaudi.

En aquest treball que es presenta a l'observador com una *estereotípia*, l'instrument és el cos mateix o un objecte que el complementa. En aquesta activitat es reconeix l'interval que posa en joc l'alternança binària una estructura que fa ja a l'ordre del significant.

Ara bé, si d'una banda el nen autista es defensa del Simbòlic és tant que Real, l'altre no pot passar, precisament perquè és un ésser humà, és a dir, un ésser teixit de Simbòlic. El recurs a aquest funcionament mínim del simbòlic com a barrera al *gaudi* constitueix el treball quotidià del nen autista.

El Simbòlic ha de ser aquí entès com un element en continuïtat amb el real i l'imaginari.

En el nen autista, no només el simbòlic és real, sinó que també ho és l'imaginari. L'imaginari no substitueix la funció normalment sostinguda pel simbòlic, oferint al subjecte un punt d'ancoratge, de vegades ben sòlid i operator per sobreviure.

5.2. Clínica diferencial de la psicosis i l'autisme

Un abordatge de la clínica de la psicosis i l'autisme orientada per l'ensenyament de Lacan planteja l'interrogant sobre la manera com s'enllacen i es deslliuren - recordem el concepte de *nudo borromeo* plantejat abans - els registres Real (existència), Simbòlic (forat), Imaginari (consistència)



i l'entrellaçament que proposa el *Sinthome*²⁴.

En la hipòtesi de Lacan per al registre Simbòlic: "L'inconscient està estructurat com un llenguatge". Podríem situar al subjecte i la pèrdua de *gaudi* com a efecte del llenguatge.

Una hipòtesi per a l'eix imaginari, se situaria en l'estadi del mirall, que fa entendre "l'inconscient estructurat com una *imago*²⁵". Concepte entès com un esquema imaginari adquirit, on es proposa l'acoblament del cos, en la relació especular, en la captura imaginària de les identifications.

Així, el símptoma s'ha d'entendre en el registre d'una construcció simptomàtica.

Pel que fa al subjecte psicòtic, no està fora del llenguatge, està "fora del discurs".

Aquesta distinció entre dintre del discurs i fora de discurs, porta l'interrogant de com funciona la inscripció en un discurs, cal dir que el fora-de-discurs de la psicosi pot anar d'acord amb la seva instal·lació en el camp de *l'alienació*²⁶, suposa també l'operació de *separació*, aquesta condicionada al seu torn pel Nom-del-Pare.

Els conceptes alienació i separació mereixen una ampliació (veure figura 3).

L'alienació consisteix en un nivell lògic diferent del o exclouent i del o inclusiu, té la legalitat de la reunió de la teoria matemàtica de conjunts i teoritza la funció de la falta en l'estructura.

La separació posseeix la lògica de l'operació conjuntista de la intersecció i serveix per teoritzar com la trobada amb la falta de l'Altre rescata el subjecte de l'efecte letal de l'articulació significant.

Figura 3

24 Veure índex de conceptes

25 Veure índex de conceptes

26 Veure índex de conceptes



Figura 1



Figura 2

Per Lacan, l'alienació és una de les operacions que dóna compte de la relació del subjecte (S) i l'Altre (A), entès aquest últim com l'estructura del llenguatge i definida com "[...] fonamental i nova operació lògica" (Lacan, Llibre XI), en la mesura que concep els efectes sobre el subjecte a causa de seua naixement en un món de llenguatge constituït per la seva estructura, altres subjectes parlants i cadenes significants.

•**Pel que fa a l'autisme.** Es parteix de la tesi Lacaniana de que encara que no parlin són subjectes, en la mesura que són parlats, hi ha altres significants que els representen. Estar en el llenguatge no vol dir en el discurs. **Per Lacan, el nen autista està en el llenguatge però no està en el discurs.** Estar en el discurs vol dir, ho sàpiga un o no, saber desenvolupar-se amb els diversos llaços socials que s'instauren entre els éssers parlants.

Per tant, des d'aquesta hipòtesi ambdós estructures son la mateixa al respecte de ser dins o fora del discurs, subjecte psicòtic i autista estan fora del discurs, però el seu estar en el llenguatge és diferent segons les actuals concepcions de Laurent comentada abans.

6. Etiologia: De la ignorància de les causes i la investigació.

Les investigacions científiques apunten a les causes neurobiològiques com l'origen de l'autisme, però aquestes mateixes investigacions un cop formalitzades analitzen i conclouen que no es coneixen les causes neurobiològiques. Contradicció en la que faig èmfasi a partir de la lectura de la recerca del NICHD²⁷, en el seu document "Investigacions sobre el autismo en el NICHD" , que

²⁷ Institut Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano (EEUU)



en el seu apartat de definició apunta a l'autisme com un trastorn neurobiològic, per després, en l'apartat causes dir que els científics no coneixen les causes. Aquest es un exemple de molts.

6.1. Hipòtesis mèdica.

Ampliant una mica aquesta informació, per definir l'autisme el document es basa en el manual DSM, i per parlar de les causes apunta a una abundant evidència que recolza la causalitat de l'autisme d'origen genètic. Però no només seria responsable un gen, sinó diversos més concret 12 o més, ubicats en diferents cromosomes. Es parla de susceptibilitat genètica per determinar el risc de patir aquest trastorn.

Al document "El autismo y los genes" (NICHD, 2005) es conclou que la investigació encara és molt recent i que **no es poden veure conclusions d'evidència de la causalitat genètica**, sinó només la possibilitat d'aquestes investigacions que apunten a diverses vessants:

1. Cromosomes als que probablement es trobaran els gens.
2. Possibles gens candidats
3. substancies químiques implicades

6.1.1. Comprensió de les causes i factors de risc

No coneixem totes les causes dels TEA. No obstant això, hem après que hi pot haver moltes causes per als múltiples tipus de trastorns. Hi pot haver molts factors diferents que facin que un nen tingui més probabilitat de presentar un trastorn de l'espectre autista, com són els factors ambientals, biològics i genètics.

La majoria dels científics coincideix que els gens són un dels factors de risc que fan que una persona sigui més vulnerable a tenir un TEA.

Els estudis han mostrat que:

En els bessons idèntics, si un nen té un trastorn de l'espectre autista, l'altre estarà també afectat en un 60 a 96% de les vegades.

En els bessons, si un nen té un TEA, l'altre estarà també afectat en un 0 a 24% de les vegades.



Per als pares d'un nen amb un TEA, hi ha una probabilitat de 2 a 8% que tinguin un altre fill afectat per aquest trastorn.

Els TEA tendeixen a afectar més a persones que tenen certes afeccions. Al voltant del 10% dels nens amb aquests trastorns tenen una alteració genètica, neurològica o metabòlica, com:

Síndrome del cromosoma X fràgil*

Esclerosi tuberosa

Síndrome de Down

Altres alteracions cromosòmiques

Alguns medicaments que són nocius si es prenen durant l'embaràs també han estat associats a un risc més gran de causar TEA, per exemple, els medicaments receptats talidomida i l'àcid valproic.

Sabem que no és veritat l'antiga creença que els TEA són causats per una mala criança dels pares.

*Hi ha algunes evidències que un període crític en el desenvolupament dels TEA té lloc abans del naixement. No obstant això, atesa la preocupació sobre les vacunes i les infeccions, els científics han investigat els factors de risc abans i després del naixement.

Més...

Algunes investigacions, entre elles, la realitzada a l'Hospital del Mar de Barcelona, conclouen que l'epilèpsia pot estar relacionada amb l'autisme.

L'epilèpsia es revela com una possible clau de l'autisme, anuncia el titular de l'article de El País. En els nens autistes purs, aquesta activitat anòmala afecta els dos hemisferis. *Els resultats corroboren que l'autisme no és una malaltia psicològica, sinó neurobiològica, i que està relacionada amb canvis funcionals. Més, hem de parlar d'autismes, en plural*, indica Muñoz-Yunta (Ferrado, M. 2008).



L'article també confirma que l'autisme no té tractament, i que només es pot ajudar a tractar determinats símptomes, amb antiepilèptics, amb els que es troben millores de comportament.

6.2. Hipòtesis psicoanalítica

Molts psicoanalistes han realitzat estudis clínics fonamentals sobre l'autisme, sobre la seva causalitat i el seu tractament: Donald Meltzer, Frances Tustin, Margaret Mahler, Bruno Bettelheim, Rosine i Robert Lefort, Eric Laurent, Antonio Di Ciaccia, Jean Claude Maleval, alguns comentats abans.

Tots ells coincideixen que les conductes anomenades típiques (estereotípies, ecolàlies, aïllament) són modalitats de la defensa davant l'angoixa.

Les versions difereixen quant a la causalitat psíquica i la manera d'entendre els mecanismes específics. Però tots ells coincideixen en l'essencial dels principis ètics de la pràctica psicoanalítica: els símptomes de l'autisme són **símptomes de la subjectivitat** parlant que es troba en estat de màxima dificultat. Per mitjà dels seus símptomes intenten un tractament de l'Altre que ha de ser considerat com una creació individual a partir de la qual pot construir-se el món.

La hipòtesi d'una etiologia neurològica (hipòtesi mèdica comentada abans) suggeriria més aviat el d'una incapacitat, alguns consideren l'autisme com un *handicap*. La perspectiva psicoanalítica per contra postula que es tracta del treball d'un subjecte, treball voluntari o involuntari.

La clínica sembla confirmar fortament la segona hipòtesi.

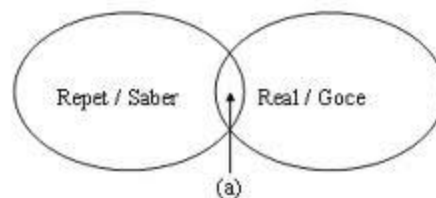
De fet, el rebuig a parlar és, sens dubte, alguna vegada conscient en el nen autista, però emana d'una elecció més radical, dirigida per un *gaudi* imperatiu, de manera que la major part dels autistes muts semblen experimentar dolorosament la seva ineptitud.

Tornant als testimonis de subjectes autistes; Grandin confirma que el rebuig és viscut com una imposició. En la seva infància sorprèn en el seu entorn quan pronuncia la paraula "vidre" arrel d'un accident de cotxe: *Sent una nena autista parlar era un dels meus majors problemes. Fins i tot si podia entendre tot el que la gent deia meves respostes eren limitades. Intentava, però la major part de les vegades les respostes no arribaven. Semblava un balboteig. Simplement les paraules no sortien. No obstant això algunes vegades pronunciava paraules, com ho vaig fer amb "vidre", molt clarament. Això es produïa en moments de gran tensió, com en el cas de l'accident de cotxe, quan l'estrès va arribar a vèncer la barrera que, habitualment, m'impedia parlar. És un dels aspectes inexplicables, frustrants, confusos l'autisme infantil que porta els adults al límit.* (Maleval,



2008. pg. 54)

Pel fet que el subjecte autista estigui en el llenguatge, té relació també amb el simbòlic. Però és un simbòlic en el qual el significat està en relació directa amb el *gaudi*. El nen autista és la prova vivent de l'existència d'una *circularitat* entre el significat i el gaudi. Per a ell, el significat no es presenta més que sota la seva cara de *real*.



Ampliem...sobre la no relació subjecte-Altre social amb el següent esquema:

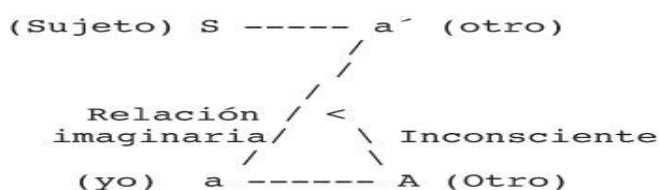


Figura 3.

Lacan utilitza "l'esquema L" (entre altres coses) per posar la paraula en la dimensió intersubjectiva, però hi ha una cosa que sembla paradoxal en tota aquesta trama: el subjecte es troba separat de si mateix per l'ordre del llenguatge i, paral·lelament, es construeix com a subjecte pel llenguatge. Lacan, recolzant-se en Saussure, diferencia entre "paraula" i "llenguatge" indicant que mentre la funció de la primera és simbòlica, l'ús del llenguatge és imaginari. Aquest últim adquireix la funció imaginària en tant s'objectivitza al subjecte com "jo", diguem que el clau en una "representació-imatge" de la qual no pot alliberar-se en endavant. La paraula, en canvi, compleix la funció de reconeixement subjectiu oposant-se a la funció objectivant del llenguatge.

Pel que fa a l'estructura psicòtica propera a l'autisme en Lacan, em de fer referència al tercer model psicopatològic, que parla sobre la funció del *Nom del Pare* i el predomini del significat en el Simbòlic. A grans trets la funció del *Nom del Pare* parla d'una introducció o operació que implica incorporar un límit entre el gaudi propi i el de la mare, que permeti tenir un desig propi. Si aquest significat manca (forclusió²⁸) perquè mai ha estat incorporat a la subjectivitat del ser, no hi ha un tercer que introdueix una separació; llavors apareix la psicosi.

28 Significant que no accepta l'ordre simbòlic i que apareix en el real.



$$\frac{\text{Nombre-del-Padre}}{\text{Desco de la Madre}} \cdot \frac{\text{Desco de la Madre}}{\text{Significado al sujeto}} \rightarrow \text{Nombre-del-Padre} \left(\frac{A}{\text{Falo}} \right)$$

Metàfora paterna²⁹. (Lacan, J 1958)

Per Lacan, el *Nom-del-Pare* introdueix en la paraula una separació entre el dir i el gaudir. El nen autista no està en la creença del *Nom-del-Pare*: per ell, hi ha una Un-sol, un Un-sense-l'Altre del llenguatge. Aquest Un és el gaudi.

Així és com la paraula perd el seu valor de comunicació i revela que ella és *gaudi*.

Lluny de ficar al subjecte a distància del gaudi, la paraula és al contrari allò pel que el subjecte està confrontat al gaudi mortífer. Per exemple; tapant-se les orelles, el nen autista es defensa de les paraules al·lucinades proferides per l'Altre intrusiu.

7. Epidemiologia: Causes de l'augment de la prevalença.

Segons indiquen les guies del SNS (2009), *els trastorns de l'espectre autista (TEA) formen part dels problemes de salut mental. Els TEA són una sèrie de trastorns neuropsiquiàtrics, catalogats com "trastorns generalitzats del desenvolupament" segons la classificació diagnòstica del DSM-IV-TR, els quals poden detectar-se a edats molt primerenques (per definició, el trastorn autista és d'inici anterior als 3 anys d'edat).*

Aquesta disfuncionalitat té un impacte considerable no només en el correcte desenvolupament i benestar de la persona afectada, sinó també de els familiars, atesa l'elevada càrrega de cures personalitzats que necessiten. La prevalença d'aquests trastorns ha augmentat considerablement i això és preocupant degut al perfil incapacitant que s'atorga al TEA per part d'aquests manuals, que converteixen els subjectes amb el trastorn en pacients crònics amb una patologia greu, que precisen de tractaments multidisciplinars personalitzats. Potser en això últim és la única cosa que no discrepa el present treball de les conclusions dels autors de les guies de consulta per a la

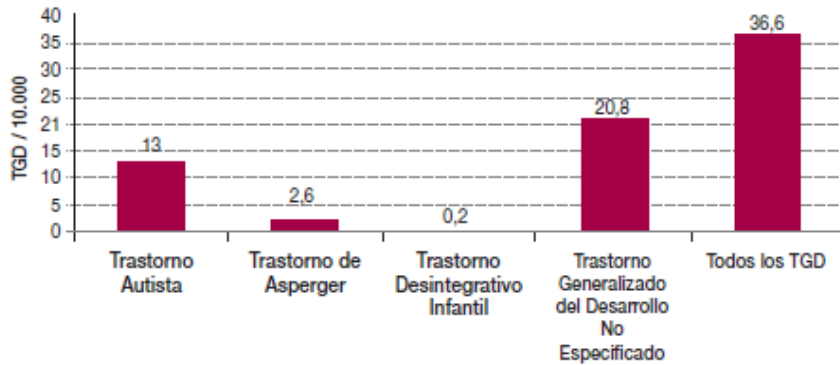
29 Lacan (1958) "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis."



pràctica assistencial en el SNS.

Afegeixo algunes gràfiques que il·lustren l'alarma del TEA.

Figura 1. Prevalencia de los Trastornos Generalizados del Desarrollo - TGD / 10.000*



* Datos de Fombonne¹⁶

He recorregut també a estudis d'altres països per tenir una idea més àmplia sobre la correlació que penso existeix entre l'augment de la prevalença del TEA tant als EEUU com a Europa, en concret Espanya, i l'ampliació de l'espectre autista en les guies.



*Informació del CDC (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, EEUU)

Una de les variables de vital importància és l'aparició del DSM-IV al 2000, dirigida per la psiquiatria



clàssica americana, que configura criteris, simplificant-los i provocant una inclusió cada cop més gran i indiscriminada. Aquest manual ha de publicar-se a final d'aquest any 2013, en la seva cinquena edició que sembla s'anomenarà DSM-5³⁰ per evitar confusions, i amb la pretensió d'ampliar encara més l'espectre de l'autisme; fent desaparèixer "el Síndrome d'Asperger" per introduir els ítems a l'espectre de l'autisme.

En resum hi han aquests canvis del quadre al respecte de l'autisme:

Desapareixen les categories diagnòstiques dins dels Trastorns Generalitzats del Desenvolupament, és a dir, el trastorn autista, la Síndrome d'Asperger, el trastorn desintegratiu infantil i el TGD-NE.

Tots ells queden englobats en una única categoria anomenada trastorns de l'espectre autista (TEA).

El trastorn de Rett s'elimina dels TEA.

La "tríada" esdevé una diada, en fondre les alteracions comunicatives amb els problemes de socialització.

Aquesta postura dels manuals de referència per la pràctica clínica apunta a un augment encara més gran de la que serà la nova epidèmia a partir d'ara, juntament amb la del TDHA: L'epidèmia del TEA.

8. Curs: Inici i importància de la detecció precoç.

L'atenció precoç que deriva de l'atenció precoç s'entén com el conjunt d'intervencions dirigides a una població infantil de 0 a 6 anys, a la família i a l'entorn, i tenen l'objectiu de donar resposta a les necessitats siguin transitòries o permanents que presenten els nens i nenes amb aquest trastorn o tenen el risc de patir-lo.

30

En l'annex 3 hi han els criteris del borrador del DSM-V, actualitzats al 2011 per ampliar informació.



Tabla 1: Ventajas de la detección precoz de los TEA:

<ul style="list-style-type: none"> • previenen o rectifican diagnósticos erróneos • reduce incertidumbres de los padres • ayuda a la identificación de opciones de educación • ayuda en la orientación profesional, e identifica servicios que faciliten dicha elección • proporciona acceso a recursos, apoyo y servicios • posibilita el consejo genético a las familias • posibilita soporte ambiental adecuado • facilita el contacto con otras personas o familiares con TEA 	<ul style="list-style-type: none"> • ayuda a identificar necesidades de apoyo familiar • ayuda a las personas con TEA a entenderse a sí mismos y a otras personas • ayuda a otras personas a entender a las personas con TEA, incluyendo familiares, parejas y la sociedad • previene problemas futuros de comorbilidad • reduce el aislamiento • orienta la identificación del fenotipo más amplio de TEA en miembros familiares
---	---

En concret, el treball hauria de ser multidisciplinar. I el treball psicoterapèutic infantil hauria de tenir en compte algunes indicacions al respecte de la teràpia psicodinàmica podem comentar les següents:

1. Menor èmfasi en les interpretacions que invoquen el passat com a explicació de la conducta.
2. Més atenció a les necessitats i el funcionament del pacient en l'aquí i l'ara.
3. Desenvolupament de la meta teoria relacional (no reduccionista ni mecanicista) capaç d'acomodar la novetat, el creixement, el canvi i l'estat mental.
4. Teoria de l'acció terapèutica del psicoanàlisi, aixecament de les barreres repressives amb un procés que implica, mitjançant la contenció analítica, l'extensió de les fronteres del self per incloure la recuperació de les parts perdudes, escindides i projectades del self.

8.1. Evolució

En general el trastorn Autista pot experimentar una millora gradual al llarg del temps (sobretot en els nens amb un CI més elevat o amb majors competències lingüístiques, socials o comunicatives), però la velocitat d'aquesta millora és molt irregular, podent alternar períodes de creixement evolutiu ràpid amb períodes de creixement més lent.

En ocasions es donen episodis de regressió en diverses situacions (malalties, pubertat, estrès



ambiental ...). Per tant, no estem en condicions de proposar un patró evolutiu estable per a tots els casos. No obstant això, a partir de diferents estudis publicats³¹, podem concloure:

L'evolució final tendeix a ser molt variable.

En alguns casos hi ha un progrés social i intel·lectual molt pobre i en altres es produeix una bona evolució en els progressos acadèmics (seria el cas dels Asperger). El 50% presenten un retard mental sever o profund, el 30% un retard mental lleu o moderat, i el 20% una intel·ligència dins dels límits normals.

1. En general, s'obté un mal pronòstic (60-66%) (handicaps severos, absència de progrés social i independència), o molt mal pronòstic (impossibilitat de mantenir qualsevol tipus d'existència independent).
2. Elevades taxes de mortalitat (1,5 a 2%).
3. Un elevat nombre d'epilèpsia en l'adolescència.

I a canvis dramàtics en l'estat mental quan arriben a l'adolescència:

1. Agreujament temporal (30%)
2. Agreujament permanent (22%)
3. Deteriorament intel·lectual
4. Augment conductes agressives i auto-lesives.
5. Pèrdua d'habilitats lingüístiques.

Un 10% evolucionen favorablement en la seva vida.

Es tractaria dels nens amb C.I. Executiu superior a 70 i amb llenguatge verbal comunicatiu als 5 anys.

El millor predictor per a un bon pronòstic serà:

1. Presència d'un C.I. no verbal elevat.

31 Psicodiagnosis.com



2. Presència de llenguatge comprensiu als 5 anys.

3. Capacitat d'aprenentatge d'Habilitats Socials

8.2. Com aprèn el nen autista³²?

El subjecte amb TEA fa un aprenentatge sense vincle, és autodidacta. La posició autista en referència a l'aprenentatge és de reclutament (tancament en si mateix) es defensa enfront de l'angoixa (Klein) evitant demanar a l'altre.

Si entenem l'autisme com una posició radical del subjecte davant l'angoixa, podrem entreveure el paper dels pares en aquesta dificultat, sobre les seves inquietuts i les seves angories també i com, a través de la proposta de teràpia psicoanalítica, en comptes de culpabilitzar-los, el que es fa es convertir-los en co-terapeutes. D'això en parlarem a l'apartat d'intervenció.

Així, el nen amb TEA amb els pares es comporta, fa:

1. El nen diu *no* a qualsevol intenció educativa de l'adult.
2. No funciona l'educació intuïtiva (alhora de les rutines, per exemple.)
3. El nen perd l'oportunitat de veure coses de la vida.
4. Els pares pensen que no saben educar.
5. El nen diu *no* al vincle amb l'altre (no a les coses concretes.)

Les manifestacions més identificades acostumen a ser les dificultats per dormir, ja que s'ha de produir un consentiment per dormir, *ens em de deixar dormir (Ruiz, I, 2012)*. A més, estas fent servir el llenguatge, d'aquí la importància del conte. Si un nen no té paraules no pot dormir-se. De vegades fan sons, canten per dormir-se.

També hi han manifestacions durant el canvi d'activitat, que implica un abisme pel nen/a amb TEA; és com un forat. Quan el nen accepta la renúncia i canvia fàcilment d'activitat està millorant.

Altres manifestacions s'inclouen al següent quadre extret de la web *Psicodiagnosis.cat*.

32 Conferència Ivan Ruiz (2013)



Edat:	Trets:
6 mesos	<p>Primers signes d'alerta:</p> <p>Plor difícil d'interpretar.</p> <p>Menys actius i exigents que un nen normal.</p> <p>Alguns són extremadament irritables.</p> <p>Contacte ocular molt pobre.</p> <p>No hi ha respostes anticipatòria.</p>
8 mesos	<p>Balbuceigs limitats i inusuals.</p> <p>No imiten sons, gestos ni expressions.</p> <p>Dificultats per poder-los consolar i tranquil.</p> <p>Presenten rebuig al contacte.</p> <p>Moviments repetitius.</p>
12 mesos	<p>Poden aparèixer les primeres paraules però s'utilitzen sense sentit.</p> <p>Plors molt fortes i freqüents difícils d'interpretar.</p> <p>Quan comencen a caminar, decreix la seva sociabilitat.</p> <p>No presenten ansietat de separació (absència conductes vinculació).</p>
24 mesos	<p>Emeten poques paraules (menys de 15).</p> <p>Les paraules es presenten de forma aïllada.</p> <p>No hi ha desenvolupament del gest comunicatiu.</p> <p>Donen poques senyals d'afecte.</p> <p>Poden diferenciar els seus pares de la resta de persones.</p> <p>Prefereixen estar sols.</p> <p>Mostren poca curiositat per explorar el món que els envolta.</p> <p>Fan ús anormal de les joguines.</p>
36 mesos	<p>Combinació estranya de paraules.</p> <p>Poden repetir frases, però no hi ha un llenguatge creatiu.</p> <p>Entonació i ritme estranys.</p> <p>Utilitzen l'adult per obtenir el que desitgen.</p> <p>No accepten els altres nens.</p>



	<p>Irritabilitat excessiva.</p> <p>No entenen el significat dels càstigs.</p> <p>Mosseguen les joguines.</p> <p>No hi ha joc simbòlic.</p> <p>Moviments repetitius.</p> <p>Fascinació visual pels objectes lluminosos.</p> <p>Poden mostrar una relativa habilitat en els jocs manipulatius.</p>
<p>3 a 6 anys (Preescolar)</p>	<p>Malaptesa psicomotriu.</p> <p>Manies motores repetitives i estereotipades (aleteig, contorsionisme mans ...)</p> <p>Afecció inflexible a rutines o rituals específics i no funcionals.</p> <p>Preocupació persistent per parts d'objectes.</p> <p>Ecolàlia.</p> <p>No entenen ni expressen conceptes abstractes.</p> <p>No poden mantenir una conversa. Retard considerable en el llenguatge.</p> <p>Ús incorrecte dels pronoms.</p> <p>Rarament fan preguntes.</p> <p>Persisteix ritme anormal de la paraula.</p> <p>Incapaços d'utilitzar i comprendre gestos.</p> <p>No utilitza la mirada, l'expressió facial o la postura del cos per comunicar-se.</p> <p>No entén el rol en els jocs.</p> <p>Manca de reciprocitat social o emocional.</p> <p>Sembla estar tancat en el seu propi món aliè a la resta.</p> <p>Mantenen relacions socials estranyes.</p> <p>Manca de sentiment de vergonya.</p> <p>No són competitius.</p> <p>Baix nivell de frustració.</p> <p>Incapacitat per jutjar les intencions dels altres.</p> <p>Utilitzen a les persones del seu entorn.</p> <p>Incapacitat per compartir afectivament situacions.</p> <p>Incapacitat per desenvolupar relacions amb companys apropiades a la seva edat.</p> <p>Toleren malament els canvis en les seves rutines diàries.</p> <p>Poden començar a aparèixer conductes autolesius.</p>



Edat escolar	<p>És en aquest període quan el nen autista sol manifestar els trets més específics del trastorn. Es manifesten dèficits importants en el desenvolupament normal de la interacció social i la comunicació amb els seus iguals. Funcionament intel·lectual deficitari. Repertori restringit d'activitats i interessos. Problemes de llenguatge. Important dèficit a l'hora d'establir converses amb llenguatge estereotipat, repetitiu. Volum, entonació i ritme de la parla anormals Els comportaments comunicatius no verbals presenten gran alteració (no hi ha contacte ocular, inexpressivitat facial, gestos inadequats ...). No senten necessitat d'obtenir gratificacions i de compartir interessos. Solen insistir en mantenir la uniformitat de les coses i de les situacions. No toleren els canvis en el seu entorn, ja siguin de persones, llocs o objectes. Interès desmesurat per objectes o part d'ells sense justificació aparent. Manies motores persistents (aleteig o contorsió de mans ...). Poden seguir o incrementar les conductes autolesius. Presenten afectes inapropiats al context, per exemple es riuen quan són castigats o poden plorar quan se senten bé o se'ls elogia.</p>
Adolescència	<p>Poden consolidar les conductes socials negatives i s'accentua el rebuig dels seus companys de la mateixa edat. En aquesta etapa hi ha gran vulnerabilitat a desenvolupar simptomatologia depressiva. Es pot consolidar un deteriorament generalitzat en totes les habilitats. Pel que fa a les habilitats lingüístiques hi ha pèrdua de part de les mateixes (si les havien adquirit anteriorment). Augmenta la hiperactivitat, les conductes agressives autolesius, les conductes sense sentit i la incapacitat de tolerar canvis en el seu entorn. Segueixen les manies motores i poden aparèixer crisis epilèptiques.</p>

Pel que fa a l'educació:

El nen autista no té un efecte de confiança en l'Altre. I l'educació dels pares queda en suspens fins que arriba el consentiment. És molt diferent interessar amb algú a que parli que dir-li que parli (obeir.)

Un *no* (límit) no té funció educativa en el nen autista, ja que ell és igual a la seva satisfacció. Així,



el nen amb autisme interpreta el *no* com una negació d'ell mateix (de la seva satisfacció.)

Per tant, s'hauria de plantejar una alternativa al *no*; i dir **SI** (entenent la importància que té aquest si pel nen) amb matisos (exemples: no d'aquesta manera, no ara...)

Aquest dir no amb matisos em fa pensar en una noció fonamental que va introduir DiCiaccia en la pràctica entre varis és la noció de "la dolce forzatura"³³. (DiCiaccia, A. 2001)

Aquest forçament suau és el que diferencia la pràctica psicoanalítica dels mètodes d'aprenentatge, perquè en el cas dels autistes d'alt nivell, esperen aquest forçament d'estimulació, però es vol que parteixin de les seves invencions o del seu saber implícit dels seus punts forts.

Els mètodes d'aprenentatge insisteixen en aquesta necessitat d'estimular al subjecte, però a partir del saber de l'educador i no a partir del saber de l'autista/subjecte.

9. Avaluació

Per avaluar eficaçment l'autisme hem de tenir en compte una diversitat de criteris.

Des de la pràctica sanitària tant l'avaluació com el tractament ha de ser multidisciplinar (Psicòleg, Psiquiatra Infantil, Neuròleg, Pediatra, logopeda, etc ...).

³³ Forçament suau



Des d'un paradigma cognitiu conductual; cal delimitar les capacitats dels infants, les seves àrees fortes i febles. Definir les seves conductes. Analitzar possibles deficiències visuals i auditives. És fonamental disposar d'una història evolutiva a nivell orgànic del nen. També seria desitjable la història clínica de la mare. Finalment, exàmens biològics, cromosòmics i metabòlics poden proporcionar informació valuosíssima.

A nivell més psicològic, l'avaluació de les seves capacitats cognitives ens donaran una idea del seu rendiment real. Les aplicacions de proves de capacitats intel·lectuals tipus WISC-R o WISC-IV s'han d'utilitzar amb precaució en aquest tipus de població i només poden ser aplicades a aquells nens que tinguin alguna preservada la seva expressió oral (els d'alt nivell o Asperger). Per als nens autistes amb símptomes més severes, hauran d'utilitzar qüestionaris o escales de desenvolupament per tenir un punt de partida per a la intervenció.

Escales com la XAT de Baron-Cohen són aplicables a partir de només 1 o 2 anys.

Altres escales utilitzades són l'Escala de Gesell i com a instrument més especialitzat l'ADI-R (Entrevista diagnòstic de l'Autisme-Revisada) publicada per TEA Edicions i que pot proporcionar una gran ajuda en l'avaluació.

Hi ha proves més específiques per al Autisme com l'ADI-R, publicada per Tea Edicions. Aquestes proves són bàsicament entrevistes estructurades i es basen en la informació proporcionada pels pares, mestres o el mateix psicòleg.

A nivell psicològic procedirem a una avaluació exhaustiva. Les bateries i qüestionaris estandarditzats només serien un primer pas. Amb ells obtindrem la línia base. Posteriorment, tal com s'ha assenyalat anteriorment, hem d'introduir l'**avaluació de cas únic**. Això comprendrà com a metodologia fonamental l'observació directa del nen en el seu ambient natural complementat amb la recollida d'informació en entrevistes a pares i educadors.

Recordem, però, que no hi ha actualment, cap instrument que per si només ens proporcioni el diagnòstic segur, i que cal recórrer a la recollida d'informació multidisciplinar anteriorment exposada.

És evident que aquesta informació és necessària en un primer moment a l'efecte de confirmar el



diagnòstic, però ha de ser després complementada amb proves individualitzades en funció de la realitat de cada nen. El que es planteja en aquests nens és la necessitat de donar pas a una avaluació de cas únic en contraposició al cas avaluat en funció de la norma, és a dir, de la població general.

Anem a avaluar tot allò que preocupa als pares en el seu comportament, en el que fa i també en el que deixa de fer, sense oblidar allò que potser encara no és visible encara o no se li dóna importància.

Molts d'aquests nens, sobretot els que mantenen conservades part de les seves capacitats intel·lectuals, poden adaptar-se al món i desenvolupar estratègies per compensar les seves limitacions, és per això que es fa necessari una avaluació a mida i l'oferiment d'ajudes per part dels diferents professionals implicats al llarg de tot el seu cicle vital.

9.1. Avaluació mitjançant el joc:

El nen dóna a conèixer generalment la seva relació al significat a través del joc. És aquí que entra en relació amb els altres, fent-se representar per un objecte que val com a significat de la seva posició subjectiva respecte als seus companys de joc. El seu petit cotxe li representa davant els petits cotxes dels seus companys. Jugant, ell es mostra en condicions d'acceptar regles, revelant d'aquesta manera una relació establerta amb la llei simbòlica.

El nen autista, al contrari, no juga. L'element, l'objecte, aquest «alguna cosa» que porta sempre amb ell no és allò amb el que el juga sinó el que li completa i, al mateix temps, l'aïlla. Aquest element petit cotxe, peluix o cordill no és un intermediari entre el i el seu semblant. Aquest complement constitueix una protecció però també una barrera respecte als altres.

10. Intervenció: De la clínica dels casos.

No hi ha criteri de normalitat en psicoanàlisi, i el criteri és la pròpia subjectivitat del subjecte, en el cas per cas no hi ha criteris normatius sinó avaluació del cas particular.



Com ja hem comentat, en el model psicoanalític l'acció terapèutica es dirigeix als mecanismes que fa servir el nen/a enfront de l'angoixa. Es busca el sentit del símptoma, que es considera l'etapa essencial i necessària i prèvia per a la intervenció. I és a través d'aquesta recerca de sentit que el món extern adquireix un significat pel nen/a.

L'enfocament multidimensional de l'orientació psicoanalítica entén que les dificultats del nen autista no són una suma de símptomes (com passa a la corrent CC) sinó que hi ha un denominador comú en les dificultats en la diferenciació, l'aïllament extern i el *caparazon* que ha hagut de construir per la gravetat de l'angoixa. Els trastorns relacionats amb el llenguatge i la psicomotricitat són abordats entenent que l'expressió oral i el moviment estan íntimament relacionats amb un investiment³⁴ del propi cos i el reconeixement d'un dins i un fora.

Un dels objectius principals consisteix a desviar les activitats espontànies de repetició auto-sensorial característiques del nen/a autista envers altres fonts d'interès, facilitant així l'establiment d'un vincle. Aquests canvis no responen a aprenentatges instrumentalitzats conductualment sinó a **l'aparició d'un desig de comunicació** que s'origina a través de la relació amb el terapeuta.

Dins del mar de corrents psicoanalítiques aplicables al tractament d'aquest trastorn, he escollit una per mirar-la més de prop i amplificar la seva tasca. Però en general, he de deixar clar que els diferents abordatges d'orientació psicoanalítica al·ludeixen a l'aplicació d'una sèrie de tècniques clàssiques quin objectiu és establir una relació significativa amb una persona que ofereixi una continuïtat en el temps, que permeti el desenvolupament psicoafectiu a través del treball de la individualització, la separació, la integració d'experiències i la creació d'espais transicionals que permetin el desenvolupament dels processos de simbolització.

A més, el treball amb les famílies és fonamental, i tenen l'objectiu de reduir tensions i restablir el narcisisme dels pares, per a que aquests puguin acompanyar el nen/a de manera adequada, perquè son part fonamental del procés de cura.

34 Veure índex de termes



10.1. La pràctica entre varis (“práctica à plusieurs”.)

Antonio Di Ciaccia

“La pràctica entre varis” és el nom donat per Jacques-Alain Miller a una modalitat inèdita de treball clínic amb nens autistes i psicòtics efectuat per diverses persones en un context social precís. Aquesta modalitat de treball fa referència a la psicoanàlisi de Sigmund Freud segons l'ensenyament de Jacques Lacan. Ella no preveu, però la utilització del dispositiu analític pròpiament dit.

La pràctica entre varis debuta el 1974 a la institució per a nens greument afectats d'autisme i de psicosi anomenada “Antenne 110” i situada als voltants de Brussel·les. És la resposta donada en aquesta institució per fer front a les problemàtiques del discurs social. D'aquí la importància de la contextualització històrica del treball clínic, sobretot de Bettelheim. Però alhora, és el resultat d'una elaboració clínica i teòrica de la qual el punt de partida consistia a confirmar la hipòtesi lacaniana de que el nen amb autisme està en el llenguatge.

Metodologia:

Consisteix a reunir una serie de condicions, per part de l'equip de treball, de continuïtat que respectin la forma de treballar de cada nen autista, esperant en cada moment en que forma ens convoca el nen autista.

Per això caldrà tenir dos virtuts:

- Una d'aquestes serà la de saber fer en primera persona, posant en joc la pròpia imatge, sobretot el propi cos i sentit de l'humor; resistint la fugida i responsabilitzant-se d'aquesta posada en joc de la seva presència no descarregar-la sobre altres (Di Ciaccia, A. 2001).
- L'altra condició és la de saber destituir-se de ser l'únic *partenaire*³⁵ del nen autista, instant a altres *partenaires* a posar en funcionament una cadena d'interessos i de desitjos, a través d'un joc regulat i calculat. Convertir-se en *partenaire* del nen autista implica situar-se en tant que un altre i no en tant que semblant. Un altre capaç de revestir-se de semblant que, enllaçant l'Altre de la

35

Subjecte *a* de l'esquema de L



paraula amb l'Altre del llenguatge, exclou el que està de gaudi en excés (Di Ciaccia, A. 2001)

Aquesta modalitat de treball no es redueix a un treball d'equip, va més enllà. Es podria definir com *un bricolatge posat en marxa per permetre que el nen autista digui NO a l'Altre del goig i digui SI a l'Altre de la concatenació significant, duplicat, per un Altre-amb connotacions imaginaries-que otorguen un lloc al nen autista reconeixent-li estatut de subjecte* (DiCiaccia, 2001. pg.95)

Es tractaria de donar la oportunitat al nen autista de poder inscriu-res, com qualsevol altre subjecte, amb els seus trets característics i propis seguint la seva única i particular estructura.

Així, la pràctica entre varis s'entén com un mètode que serveix per cobrir els forats de l'estructura, permetent al nen autista dir no a l'Altre sobre el vessant del gaudi mortífer i de dir si l'Altre que és l'Altre de l'encadenament significant.

Es tracta llavors d'una modalitat de treball que ofereix al nen autista una possibilitat de buscar i seguir les corbes de l'estructura, permetent el més possible ser en el llaç social.

A través del funcionament de la pràctica entre varis es pot entendre que s'ha induït al nen autista a entrar al camp de la paraula que permet una trobada i alhora una demanda. Perquè la demanda (*llamada*) implica la capacitat de reconèixer a l'Altre (*matern.*) (Lacan. Llibre XI)

Dinàmica:

Una operació ha de ser efectuada pels *partenaires* del nen autista. Han d'**inventar la posada en funcionament del treball ja iniciat pel nen autista**, ell sol, a partir de les seves manipulacions amb el seu cos i els seus objectes, per elevar-los a la dignitat de significants. Lluny d'interpretar el que fa el nen, cal inventar una modalitat que permeti elevar això a la dignitat de metàfora de la seva posició subjectiva (DiCiaccia, 2001).

Hi han un serie de condicions prèvies per fer-se *parteneire* del nen autista.

En primer lloc, cal saber fer en el seu nom propi, amb un estil personal. On es posar en joc la seva pròpia imatge, es posa en joc la seva presència i la seva absència, la seva pròpia relació teatral amb la vida, amb el seu cos i amb el seu desig particular. Saber assumir la seva responsabilitat, sense descarregar-la en un altre a qui seria conferida la posició del subjecte suposat saber.

En segon lloc, és desitjable el desfer-se de la creença de ser l'únic *partenaire* del nen autista, recorrent a altres *partenaires*, en un joc de permutació reglada, calculada i plena d'humor, posant així en moviment una cadena d'interessos i de desitjos. Aquest joc no estandarditzat, inventiu, és



fonamental per ajudar al nen autista a comprendre el benefici que pot obtenir interactuant amb la realitat amb el semblant.

12. Pràctiques a l'associació TEA dir: El taller amb nens/es amb TEA

Fruit de la iniciativa individual em vaig posar en contacte amb un dels responsables de l'associació TEA dir, el psicòleg Ivan Ruiz, que molt amablement em va convidar a veure una de les sessions del taller per nens amb autisme que des de l'associació s'han posat en marxa.

12.1. En que consisteix aquest taller?

Desenvolupat en un espai tancat i ampli, el taller s'ubica a un casal de barri de Sant Boi, referenciat a l'annex 1, on cada dissabte del curs lectiu els nens i nenes i/o adolescents estan dues hores a la cura dels professionals que intervenen.

12.2. Sessió del 4 de maig

Hi han 9 nens i 7 adults en la sessió que jo presencio (em compto a mi mateixa.)

I la dinàmica de la sessió a grans trets es desenvolupa tenint en compte els següents objectius:

Diàleg diferit, que consisteix a no dirigir-se directament amb el subjecte, sinó al públic o al fòrum al que fèiem referència abans.

S'ha d'intentar que tots "interactuïn", ja sigui entre ells com amb els terapeutes.

En la reunió posterior a les sessions es fa un *feedback* sobre com ha anat aquesta. Es comenten situacions de tensió i/o conflicte, dificultats que s'han trobat per la pràctica, moviments que han fet els nens, avenços i retrocessos en els subjectes.

Els avenços poden ser mirar-se al mirall amb un company i fer veure que reconeix la seva imatge especular (estadi del mirall) o interactuar amb més d'un terapeuta o company en un joc o activitat.

Els retrocessos tenen a veure amb possibles agressions o tancaments en si mateixos que poden fer els subjectes en un determinat moment, no tant en el propi taller sinó pel que expliquen pares



i/o educadors des de fora. Tot i que, això s'ha d'analitzar cas per cas.

13. Conclusions.

Lacan no va considerar mai la utilització del dispositiu analític estricte per al nen autista.

L'efecte de la posada en funcionament de la cadena significant que correspon a la instauració del *subjecte suposat saber* no existeix en efecte per a ell. Tanmateix, Lacan no considera que hagi d'abandonar la partida. En la seva famosa "Conferència a Ginebra sobre el símptoma" considera que el nen autista té segurament alguna cosa a dir, com ja em analitzat.

Es pot deduir que, per aquests subjectes és molt problemàtic escoltar a aquells que en tenen cura, en concret pares, educadors i terapeutes; com em vist al subapartat sobre com aprenen els nens amb autisme. D'aquesta indicació de Lacan, es pot deduir la possibilitat d'inventar altres modalitats de fer-se *partenaire* del nen autista per permetre a la paraula passar i ser escoltada.

El primer dels objectius que em plantejava en redactar aquest treball per crear un perfil sobre l'espectre autista encunyant termes psicoanalítics, m'ha resultat molt ampli i enriquidor, trobant referències a autors i teories que no he explorat en el present treball, però que em serveixen com a base de futures indagacions sobre l'actualitat de l'espectre.

He mirat, però, de confrontar les diferents visions que hi ha sobre l'espectre del trastorn autista amb diversos autors al llarg de la història d'aquest trastorn, passats i presents.

El segon dels objectius que tenia present era el de tenir en compte el cas particular per analitzar l'auto-cura promoguda pels "autistes d'alt rendiment" o "Aspergers", que reflexionen en llibres que poden escriure en períodes d'estabilitat de la seva patologia. Aquests testimonis que he inclòs aporten una sèrie de reflexions extremes del cas per cas de subjectes autistes i dels que des de la mirada psicoanalítica es pot aprendre molt.

En tercer lloc he analitzat la hipòtesi sobre la relació que hi ha entre l'obertura o la inclusió de més categories diagnòstiques en el trastorn de l'espectre autista i l'augment de la prevalença de la patologia en les zones que es fan servir majoritàriament els criteris del manual de referència psiquiàtrica DSM-IV. He elaborat un recorregut crític sobre les tensions que això provoca en



l'assistència a aquests pacients, tenint en compte la disparitat de criteris alhora de trobar una causa per l'autisme.

En quart lloc he analitzat la pràctica psicoanalítica en la intervenció sobre nens amb TEA i en concret, la pràctica entre varis que es posa en pràctica en diferents institucions, entre ells l'associació TEAdir.

El que expresso a continuació són les meves conclusions més personals o el que he après amb aquest treball.

He après que pot haver més d'una mirada sobre un determinat problema o dificultat.

He après que l'autisme és una patologia amb anys d'història i que el fet que actualment es diagnostiquin més casos té a veure amb múltiples variables, entre les quals si que està la pretensió d'englobar tot dins un espectre, però també s'hauria de valorar que l'atenció amb els subjectes cada dia és més completa i també ho és pel que fa a les patologies, per tant, la possibilitat de ser diagnosticat ara és més elevada ara que fa 30 anys, quan l'atenció precoç començava i l'atenció especialitzada en TEA no existia a través de la multitud de xarxes i associacions de pares o persones afectades que han proliferat durant aquests anys.

Sembla ser un esforç de tota la societat, el que cal potser és polir el com. Intentant entre tots tenir cura de subjectes sense l'etiqueta de la patologia, perquè tots som diferents, tots som fruit del discurs de la nostra família i això ens fa únics i irrepetibles.

14. Perspectives

Tot i que pugui semblar després de la lectura del present treball que només els psicoanalistes consideren que hi ha un tractament possible per a un nen amb autisme, aquesta no ha estat la finalitat de la investigació. Entre altres motius perquè personalment veig avantatges en la posada en discussió sobre les qüestions que preocupen, sobretot en l'àmbit de la salut i pel que fa a la discussió etimològica encara més.

On la corrent cognitiu conductual veu trastorns del llenguatge com dèficits produïts pels trastorns cerebrals, pel psicoanàlisi es tracta de fenòmens productius relatius a les psicosis.

El cognitivisme s'ocupa de restituir sentits allà on l'empatia i la significació imaginària falla, la



psicoanàlisi pren nota dels fenòmens de sense-sentit, de l'emergència de fenòmens elementals i del buit de significació per no emmascarar amb falses significacions imaginàries atorgades per la imitació o la suggestió.

Pel cognitivisme el nen autista és un organisme malalt, en canvi per a la psicoanàlisi el subjecte mai es redueix a un organisme...

Entenent que totes les orientacions tenen els seus límits, i coneixent-los es pot treballar per l'altre en la mesura que l'autocrítica sigui el més present possible.

La perspectiva de poder trobar un punt d'ancoratge entre ambdues perspectives és un impossible segons alguns professionals de la salut mental. Per altres és una via de treball interdisciplinar tot i que les corrents teòriques siguin diferents.

Al cap i a la fi, tots som persones i el dret de les persones a la pròpia dignitat i a ser considerats com a subjectes particulars és una postura en la que jo em sento més còmoda tant pel dia a dia com per la meva futura pràctica professional.

Per properes investigacions m'agradaria centrar-me en el llaç que hi ha entre la psicoanàlisi i la neurologia, ja que al final de la meva investigació he descobert els estudis sobre les neurones mirall, que estan donant descobriments importants al respecte de la causa de l'autisme. A més, hi ha un lligam entre psicoanàlisi i neurologia, hi ha llibres que en parlen del tema i seria una bona oportunitat per practicar això que he conclòs abans, sobre el treball des de diferents perspectives.

15. Valoració

La preparació bibliogràfica del present treball ha estat força elaborada i seleccionada degut a la ingent quantitat de referències a les que em vaig abocar des d'un inici. La selecció ha estat fruit d'un aprenentatge de conceptes nous també per mi, i per l'assessorament de professionals que s'hi dediquen al treball amb nens amb TEA dels que he aprofitat la seva valuosa aportació pel que fa a la intervenció i la part pràctica d'aquest treball.

M'ha resultat molt gratificant poder participar activament en el taller de TEA dir i analitzar després amb detall la meva participació i el treball que es fa amb aquests nens des de la orientació psicoanalítica.



Estic encoratjada a continuar el meu aprenentatge en aquests subjectes específicament per poder treballar un dia amb ells.

16. Bibliografia

Alvarez, JM., Esteban, R. I Sauvagnat, F. (2004) *Fundamentos de psicopatologia psicoanalítica*. Madrid: Síntesis.

Bettelheim, B. (2001). *La fortaleza vacía Autismo infantil y el nacimiento del yo*. Barcelona: Paidós

Dolto, F (2004). *La causa de los niños*. Buenos Aires: Paidos.

Edwards, J i McGorry, P (2002) *La intervención precoz en las psicosis. Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis*. Edición inglesa.

Espectroautista.info. *Trastorno del espectro autista segun el borrador del DSM-V*. Recuperat a:

<http://espectroautista.info/criterios-diagn%C3%B3sticos/DSM-V-TEA>

Fordham, M. (1976). *The self and autism* (Vol. 3). Karnac Books.

Freud, S. (1976) *El Yo y el Ello*. Buenos Aires: Amorrortu Tomo XIX.

Klein, M (1930) La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo. Recuperat a :

http://veterinariosnodiva.com.br/books/Melanie_Klein_Obras_Completas.pdf

Lacan, J (1993) *Conferencia en ginebra sobre el síntoma*. En Intervenciones y Textos 2. Buenos Aires: Manantial.

Lacan, J. (2007) *Dos notas sobre el niño*. Intervenciones y textos 2. Buenos Aires: Manantial. pg. 55-57

Lacan, J. *Discurso de clausura de las jornadas sobre las psicosis en el niño*. En El Analicón número 3, Ed. Correo/paradiso.(pg.5-15)

Lacan, J. (1990). Seminario III. *Las Psicosis*. Buenos Aires: Paidos.

Laurent, Eric (2012). *Los espectros del autismo*. Freudiana 65, pp. 53-67

Lopez, M (2008, Febrer) La epilepsia se revela como una posible causa del autismo. Recuperat a:

http://elpais.com/diario/2008/02/05/salud/1202166004_850215.html



Maleval, JC (2011) *El autista y su voz*. Madrid:Gredos

Martin Egge (2008) *El tratamiento del niño autista*. Barcelona: Gredos.

Ministero Affari Esteri (2001) *Desarrollos actuales en la investigación del autismo y psicosis infantil en el área mediterránea*. Madrid: sede.com

NICHHD (2005) *Una breve introduccion al autismo: lo que sabemos*.

http://www.nichd.nih.gov/publications/pubs/documents/introduccion_autismo_2005.pdf

Psicodiagnosis.cat: psicologia infantil i juvenil. (2013) "Autisme. Clínica. Avaluació i Intervencions"..
Recuperat a l'adreça:

<http://www.psicodiagnosis.cat/areaclinica/trastornssocialsintellectuals/autismeclasic/index.php>

Wing, L., Gould, J., & Gillberg, C. *Autism spectrum disorders in the DSM-V: Better or worse than the DSM-IV?* Research in Developmental Disabilities, 32(2), 768-773.

Guies

American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Rev. 4Th ed.) Washington, DC: Author

O.M.S. CIE-10 (1992.) Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Ministerio de sanidada y política social (2009) *Guía de practica clínica para el manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación



Índex de conceptes:

Ecolàlia: repetició constant d'una síl·laba, paraula o frase escoltada anteriorment. El nen amb autisme repeteix mecànicament el que ha sentit sense intenció comunicativa. Aquesta repetició pot produir-se tan aviat com és escoltada (ecolàlia immediata), o transcorregut un temps variable (ecolàlia diferida o retardada). La ecolàlia diferida es mostra sovint en forma de "frases fetes", frases que el nen memoritza i repeteix després fora de context i sense funció comunicativa. A vegades resulten més difícils de detectar o s'interpreten, simplement, com un llenguatge pedant.

Investiment: Mobilització i transformació per l'aparell psíquic de l'energia pulsional, que té com a conseqüència lligar-la a una o diverses representacions inconscients.

Imago: Prototip inconscient de personatges que orienta electivament la forma en què el subjecte aprehèn als altres; s'elabora a partir de les primeres relacions intersubjectives reals fantaseadas amb l'ambient familiar. Originari de Jung.

Síntoma: Fenomen subjectiu que, per la psicoanàlisi, constitueix no el signe d'una patologia sinó l'expressió d'un conflicte inconscient. Per Lacan, és l'efecte del simbòlic en el Real.

Alienació: L'humà és un ésser relacional en tant emergeix en i d'un seguit d'enllaços intersubjectius que el sostenen i determinen, com re és invisibles. Aquests enllaços són les unions, els lligams de un subjecte amb els altres, establint entre si diversos



intercanvis. Aquestes són lligadures verbals que determinen posicions.

Estadi del mirall: Expressió creada per Jacques Lacan en 1936 per designar un moment psíquic i ontològic de l'evolució humana, situat entre els sis i els divuit primers mesos de vida, durant el qual el nen anticipa el domini de la seva unitat corporal mitjançant una identificació amb la imatge del semblant i per la percepció de la seva pròpia imatge en un mirall.

Holofrase: Amb aquest terme Lacan fa referència a un funcionament específic del parell significant. En el mateix el S1 no es troba reprimat, renegat ni forcluit, sinó enganxat al S2, impossibilitant amb això la producció de l'objecte a i l'efecte subjecte en el discurs. Això fa que en el mateix no es trobin formacions del inconscient (el reprimat i el seu retorn són una mateixa cosa.)

Objecte: Per entendre el concepte d'objecte de que fem ús en aquesta lectura ens hauríem de remetre a la seva concepció d'*objecte libidinal* acunyada per Freud a la seva obra *Los instintos y sus destinos*, i que vindria a dir literalment que *el objeto de un instinto es aquello en relación a lo cual el instinto es capaz de lograr su finalidad...*(Freud, S, 1915 pg. 122) entenent que l'objecte libidinal al que ens referim varia inexorablement al llarg del desenvolupament i diferenciant-lo del concepte d'objecte de la psicologia acadèmica, més constant i mesurable, en l'espai i en el temps. No és objecte d'aquest treball fer una anàlisi exhaustiva sobre les relacions d'objecte, que fa René Spitz en el seu llibre "El primer año de vida del niño", però sí em d'anar fent aclariments conceptuals a mesura que anem introduint conceptes nous o fets servir amb altres concepcions per la disciplina analítica.



17. Anexos



Taller terapèutic per a nens amb dificultats

L'Associació TEAdir

ofereix un espai lúdic i terapèutic per a nens amb dificultats relatives a la comunicació, la relació i el vincle amb els altres

tots els dissabtes, de 10'30 a 12'30h
al Casal de barri Cooperativa
(C/ Pau Casals, 7)
de Sant Boí de Llobregat

Treballem en format de taller i a partir dels interessos de cada nen (música, informàtica, fotografia, jocs, ...) per afavorir la socialització i el vincle amb els altres

Inici: Maig de 2012

Participació a les despeses: 65€/mensuals

Informació i inscripcions: 647573339

Aquest Taller forma part dels projectes Respir de TEAdir

www.associacioteadir.org



TEAdir

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



**AJUNTAMENT DE
SANT BOÍ DE LLOBREGAT**

Annex 1



Annex 2

DMS-IV-TR

F84.0 Trastorn autista (299.00)

A. Existe un total de 6 (o más) ítems de 1, 2 y 3, con por lo menos dos de 1, y uno de 2 y de 3:

1. alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
(b) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo.
(c) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés). (d) falta de reciprocidad social o emocional.

2. alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).
(b) en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.

(c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.

(d) ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

3. patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

(a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo

(b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales

(c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o



movimientos complejos de todo el cuerpo)

(d) preocupación persistente por partes de objetos

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: 1 interacción social, 2 lenguaje utilizado en la comunicación social o 3 juego simbólico o imaginativo.

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

CIE 10

F84.0 Autismo infantil

Trastorno generalizado del desarrollo definido por la presencia de un desarrollo alterado o anormal, que se manifiesta antes de los tres años y por un tipo característico de comportamiento anormal que afecta a la interacción social, a la comunicación y a la presencia de actividades repetitivas y restrictivas. El trastorno predomina en los chicos con una frecuencia tres a cuatro veces superior a la que se presenta en las chicas.

Pautas para el diagnóstico

Por lo general no hay un período previo de desarrollo inequívocamente normal pero, si es así, el período de normalidad no se prolonga más allá de los tres años. Hay siempre alteraciones cualitativas de la interacción social que toman la forma de una valoración inadecuada de los signos socioemocionales, puesta de manifiesto por una falta de respuesta a las emociones de los demás o por un comportamiento que no se amolda al contexto social, por un uso escaso de los signos sociales convencionales y por una integración escasa del comportamiento social, emocional y de la comunicación, de un modo especial por una falta de reciprocidad socio-emocional. Asimismo, son constantes las alteraciones cualitativas de la comunicación. Consisten en no utilizar el lenguaje para una función social, debidos a una alteración de la actividad lúdica basada en el juego social imitativo y simulado, a una pobre sincronización en la expresión del lenguaje, a una relativa falta de creatividad y de fantasía de los procesos del pensamiento, a una falta de respuesta emocional a los estímulos verbales y no verbales de los demás, a defectos de la cadencia o entonación necesarias para lograr una modulación de la comunicación y, como es de



esperar, a la ausencia de gestos acompañantes para subrayar o precisar la comunicación verbal.

El comportamiento en este trastorno se caracteriza también por la presencia de formas de actividad restrictivas, repetitivas y estereotipadas, de restricción de los intereses y de la actividad en general, en los que destaca la rigidez y rutina para un amplio espectro de formas de comportamiento. Por lo general, estas características afectan tanto a las actividades nuevas, como a los hábitos familiares y a las formas de juego. Puede presentarse, sobre todo en la primera infancia, un apego muy concreto a objetos extraños, de un modo característico a los "no suaves". Los niños persisten en llevar a cabo actividades rutinarias específicas consistentes en rituales sin un sentido funcional, tal y como preocupaciones estereotipadas con fechas, trayectos u horarios, movimientos estereotipados o un interés en los elementos ajenos a las funciones propias de los objetos (tales como su olor o textura) y suelen presentar una gran resistencia a los cambios de la rutina cotidiana o de los detalles del entorno personal (tales como la decoración o los muebles del domicilio familiar).

También es frecuente que en los niños con autismo aparezcan otros trastornos sin especificar, tales como temores, fobias, trastornos del sueño y de la conducta alimentaria, rabietas y manifestaciones agresivas. Son bastante frecuentes las autoagresiones (por ejemplo, morderse las muñecas), sobre todo cuando el autismo se acompaña de un retraso mental grave. La mayoría de los niños autistas carecen de espontaneidad, iniciativa y creatividad para organizar su tiempo libre y tienen dificultad para aplicar conceptos abstractos a la ejecución de sus trabajos (aun cuando las tareas se encuentran al alcance de su capacidad real). Las manifestaciones específicas de los déficits característicos del autismo cambian al hacerse mayores los niños, pero los déficits persisten en la edad adulta con una forma muy similar en lo que se refiere a los problemas de socialización, comunicación e inquietudes. Para hacer el diagnóstico, las anomalías del desarrollo deben haber estado presentes en los tres primeros años, aunque el síndrome puede ser diagnosticado a cualquier edad.

En el autismo pueden darse todos los niveles de CI, pero hay un retraso mental significativo en, aproximadamente, el 75 % de los casos.

Incluye:

Autismo infantil.

Síndrome de Kanner.

Psicosis infantil.

Trastorno autístico.



Excluye: Psicopatía autística (F84.5).

F84.1 Autismo atípico

Trastorno generalizado del desarrollo que difiere del autismo en que el desarrollo anormal o alterado se presenta únicamente después de los tres años de edad o en que faltan anomalías suficientemente demostradas en una o dos de las tres áreas de psicopatología requeridas para el diagnóstico de autismo (la interacción social, el trastorno de la comunicación y el comportamiento restrictivo, estereotipado y repetitivo), a pesar de la presencia de características de una o dos de las otras áreas. El autismo atípico suele presentarse en individuos con retraso profundo cuyo bajo nivel de rendimiento favorece la manifestación del comportamiento desviado específico requeridos para el diagnóstico de autismo. También sucede esto en individuos con graves trastornos específicos del desarrollo de la comprensión del lenguaje.

Incluye:

Retraso mental con rasgos autísticos.

Psicosis infantil atípica.



Annex 3

DSM-V...

299.00 Trastorno Autista

Trastorno del Espectro Autista

Debe cumplir los criterios A, B, C y D:

1. Déficits persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos, no atribuibles a un retraso general del desarrollo, manifestando simultáneamente los tres déficits siguientes:

1. Déficits en la reciprocidad social y emocional; que pueden abarcar desde un acercamiento social anormal y una incapacidad para mantener la alternancia en una conversación, pasando por la reducción de intereses, emociones y afectos compartidos, hasta la ausencia total de iniciativa en la interacción social.

2. Déficits en las conductas de comunicación no verbal que se usan en la comunicación social; que pueden abarcar desde una comunicación poco integrada, tanto verbal como no verbal, pasando por anomalías en el contacto visual y en el lenguaje corporal, o déficits en la comprensión y uso de la comunicación no verbal, hasta la falta total de expresiones o gestos faciales.

3. Déficits en el desarrollo y mantenimiento de relaciones adecuadas al nivel de desarrollo (más allá de las establecidas con los cuidadores); que pueden abarcar desde dificultades para mantener un comportamiento apropiado a los diferentes contextos sociales, pasando por las dificultades para compartir juegos imaginativos, hasta la aparente ausencia de interés en las otras personas.

2. Patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas que se manifiestan al menos en dos de los siguientes puntos:

1. Habla, movimientos o manipulación de objetos estereotipada o repetitiva (estereotipias motoras simples, ecolalia, manipulación repetitiva de objetos o frases idiosincráticas).

2. Excesiva fijación con las rutinas, los patrones ritualizados de conducta verbal y no verbal, o excesiva resistencia al cambio (como rituales motores, insistencia en seguir la misma ruta o tomar la misma comida, preguntas repetitivas o extrema incomodidad motivada por pequeños cambios).

3. Intereses altamente restrictivos y fijos de intensidad desmesurada (como una fuerte vinculación o preocupación por objetos inusuales y por intereses excesivamente circunscritos y perseverantes).



4. Hiper o hipo reactividad a los estímulos sensoriales o inusual interés en aspectos sensoriales del entorno (como aparente indiferencia al dolor/calor/frío, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, sentido del olfato o del tacto exacerbado, fascinación por las luces o los objetos que ruedan).
3. Los síntomas deben estar presentes en la primera infancia (pero pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las limitadas capacidades).
4. La conjunción de síntomas limita y discapacita para el funcionamiento cotidiano.